



360 GRADERS ANALYSE AF PLEJE OG SUNDHED

GENTOFTE KOMMUNE

August 2022

BDO

INDHOLD

1.	INDLEDNING	3
1.1	LÆSEVEJLEDNING	3
2.	SAMMENFATNING	5
3.	PROCES OG METODE	9
4.	DESKRIPTIVE ANALYSER OG BENCHMARKS	11
4.1	UDGIFTSNIVEAU	11
4.2	PERSONALERESSOURCER	13
4.3	AKTIVITETSLEVELLE.....	15
4.3.1	Praktisk hjælp og personlig pleje (Hjemmepleje)	15
4.3.2	Rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a	17
4.3.3	Sundhedslovsindsatser efter SUL § 138 i eget hjem (hjemmesygepleje).....	17
4.3.4	Plejeboliger	20
4.3.5	Midlertidige døgnpladser.....	21
4.4	UDGIFTSFREMSKRIVNING	22
5.	ORGANISATORISKE OG FAGLIGE INDSATSOMRÅDER	24
5.1	STYRKET FORVENTNINGSADFÆSTNING OM SERVICENIVEAU OG FOKUS PÅ REHABILITERING ...	25
5.2	ENSARTET OG SYSTEMATISK DOKUMENTATIONSPRAKSIS	25
5.3	STYRKELSE AF DET TVÆRORGANISATORISKE SAMARBEJDE OM FÆLLES MÅL OG PLAN FOR BORGEREN	26
5.4	FASTE ARBEJDSGANGE FOR DE TYPISKE BORGERFORLØB OG OVERGANGE MELLE OMRÅDER	27
5.5	ANVENDELSE OG UDVIKLING AF KOMPETENCER I DEN DAGLIGE OPGAVEVARETAGELSE	28
5.6	STYRKET UDDYTTTELSE AF VELFÆRDSTEKNOLOGI OG DIGITALE LØSNINGER	29
5.7	STYRKET FÆLLES RETNING OG LÆRINGS- OG FORBEDRINGSKULTUR	29
6.	ANBEFALINGER OG HANDLEMULIGHEDER	31
7.	BILAG	36

1. INDLEDNING

Denne rapport er resultatet af en 360 graders analyse af Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune. Hensigten med analysen er at danne et fyldestgørende overblik over området med henblik på at skabe et kvalificeret grundlag for de beslutninger og prioriteringer, der fremadrettet skal laves på området.

Ønsket om en analyse udspringer af, at Gentofte Kommune, ligesom de øvrige kommuner i Danmark, står over for en demografisk udvikling med en stigende andel ældre borgere. Selvom mange generelt er sundere og mere aktive end tidligere, så er der også flere borgere med kroniske sygdomme og komplekse behov. Dertil kommer, at Gentofte Kommune i lighed med øvrige kommuner er udfordret på at tiltrække og fastholde kvalificeret og uddannet social- og sundhedspersonale.

Sideløbende ændrer ældre- og sundhedsområdet sig markant i disse år i bevægelsen mod et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor faldende indlæggelsestid på hospitaler og mere behandling i eget hjem betyder, at kommunerne har fået en større rolle i opgaveløsningen. Denne udvikling vil formentlig rykke sig endnu mere i de kommende år med Nærhedsreform og regeringens kommende sundhedsudspil. Udviklingen giver mening både samfundsmæssigt og på borgerniveau, hvor den er med til at skabe øget livskvalitet for borgerne, da opgaverne løses tættere på dem, deres pårørende og deres hverdag. Samtidig skaber det nye krav og forventninger fra borgere, pårørende og politikere til medarbejdere og ledere på ældre- og sundhedsområdet. Derfor er der behov for at gøre organisationen klar til fremtiden, hvor der bliver brug for tværgående ledelse og koordinering, effektiv opgavevaretagelse og sammenhængende forløb for borgerne.

Gentofte Kommune har i 2021 samlet plejeboliger, hjemme- og sygepleje, træning samt myndighed i en fælles organisation - Pleje og Sundhed. Denne nye organisering er et skridt i retningen af at imødekomme de demografiske og bemandingsmæssige udfordringer samt udviklingen mod det nære, sammenhængende sundhedsvæsen og nye krav fra omverdenen. Organiseringen har yderligere til hensigt at give den nødvendige organisatoriske kapacitet og tilpasningsevne, som er påkrævet for at skabe sammenhængende borgerforløb og en effektiv og optimal ressourceudnyttelse. Gentofte Kommune har desuden defineret fire centrale bevægelser og otte målsætninger, som er strategiske pejlemærker for områdets udvikling.

Denne analyse har - som beskrevet ovenfor - til formål at skabe et fyldestgørende indblik i Pleje og Sundhedsområdet, så Gentofte Kommune kan træffe beslutninger og prioriteringer, der kan indfri de opstillede målsætninger for områdets udvikling, så der fortsat kan sikres en ældrepleje med høj kvalitet og tryghed i Gentofte Kommune set i lyset af den forventede fremtidige udvikling og tendenser. Analysen og tilhørende rapportering tilvejebringer nogle konkrete og realiserbare anbefalinger til handlemuligheder, der kan indfri de opstillede målsætninger og styrke Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune i et flerårigt sigte.

1.1 LÆSEVEJLEDNING

Forinden rapportens analytiske afsnit præsenteres læseren for en sammenfatning, der tjener et politisk sigte, idet denne opsummerer analysens mest centrale resultater. Dernæst præsenteres proces og metode, så læseren får indblik i, hvordan analysen er grebet an, og hvordan der har været afviklet en bred inddragende proces for at få sat den interne viden i spil og sikre ejerskab herfor.

Dernæst følger rapportens databaserede afsnit med deskriptive analyser og benchmark. Afsnittet har til formål at belyse Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune gennem deskriptive dataanalyser og benchmark med andre kommuner for at belyse forskelle i ressourceforbrug og aktivitetsniveau samt lave en udgiftsfremskrivning af nuværende ressourceforbrug set i lyset af den forventede demografiske udvikling.

Afsnittet indeholder en beskrivelse af udgiftsudvikling og sammenligning af udgiftsniveau samt tilsvarende for personaleressourcer. Derefter følger en række faglige aktivitetstal for hjemmepleje, rehabiliteringsforløb, hjemmesygepleje, plejeboliger samt midlertidige pladser, som sammenlignes med andre kommuner. Endelig afsluttes afsnittet med en udgiftsfremskrivning af udgifterne på området til 2034.

Afsnit 5 rummer en beskrivelse af syv identificerede faglige og organisatoriske indsatsområder, der er udarbejdet på baggrund af sagsgennemgang, interviews og workshops med medarbejdere og ledere.

Indsatsområderne rummer udfordringer og muligheder i forhold til de opstillede interne målsætninger og den forventede udvikling på området.

Rapporten afsluttes med opstilling af BDO's konkrete anbefalinger og handlemuligheder, der vurderes at kunne styrke Pleje og Sundhed i et flerårigt sigte.

2. SAMMENFATNING

Gentofte Kommune har igangsat en analyse som har til formål at tilvejebringe et fyldestgørende indblik i Pleje og Sundhedsområdet og et beslutningsgrundlag. Analysen skal sikre, at Gentofte Kommune kan træffe beslutninger og prioriteringer i et flerårigt sigte med henblik på at indfri de politisk fastsatte 4-årige mål, samt de opstillede målsætninger for områdets udvikling og fortsat at sikre en ældrepleje med høj kvalitet og tryghed i lyset af den fremtidige forventede udvikling på det kommunale ældre- og sundhedsområde.

Baggrunden for analysen er en demografisk udvikling med en stigende andel ældre borgere og rekrutteringsudfordringer nu og i fremtiden med at tiltrække og fastholde kvalificeret og uddannet social- og sundhedspersonale. Dertil er der sket en bevægelse mod et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor kommunerne har fået og forventes at få en større rolle i opgaveløsningen i de kommende år.

Gentofte Kommune har i 2021 samlet plejeboliger, hjemme- og sygepleje, træning samt myndighed i en fælles organisation - Pleje og Sundhed. BDO vurderer, at den samlede organisering er et skridt i retningen mod at imødekomme de demografiske og bemandingsmæssige udfordringer samt udviklingen mod det nære, sammenhængende sundhedsvæsen og nye krav fra omverdenen. Samtidig giver en samlet organisering med en tværgående ledergruppe udgangspunkt for en øget organisatorisk kapacitet og sammenhæng, som er påkrævet for at skabe sammenhængende borgerforløb og en effektiv og optimal ressourceudnyttelse.

Med udgangspunkt heri har BDO tilrettelagt en analyse i to spor. Spor 1 har indeholdt en række dataanalyser og benchmarks med andre kommuner af udgifter, personale og aktivitet med det formål at etablere et databaseret indblik af området samt at få nuanceret og belyst forskelle i ressourceforbrug i Gentofte Kommune sammenlignet med andre kommuner. Yderligere er der foretaget en udgiftsfremskrivning baseret på nuværende enhedsudgifter og den forventede befolkningsudvikling.

De overordnede resultater af analyserne i spor 1 er, at Gentofte Kommune på ældre- og sundhedsområdet har et moderat til højt udgiftsniveau pr. borger sammenlignet med Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune. BDO's benchmarks har vist, at det højere udgiftsniveau bl.a. er drevet af en højere dækningsgrad på plejeboliger end Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune samt markant flere midlertidige døgnpladser end andre kommuner i Region Hovedstaden. Gentofte Kommune har dog et lavere omfang af hjemmepleje og særligt rehabiliteringsforløb i eget hjem end de øvrige kommuner. Endelig viser de faglige benchmarks, at der er relativt få borgere, som modtager hjemmesygepleje i Gentofte Kommune, men at borgerne i gennemsnit er visiteret flere timer og sundhedslovsindsatserne i eget hjem i højere grad leveres af sygeplejersker og i mindre grad af hjemmeplejen.

Gentofte Kommunes udgiftsniveau på ældre- og sundhedsområdet skal særlig ses i lyset af, at Gentofte Kommune har bedre socioøkonomiske vilkår end Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe Kommune - det vil sige et bedre befolkningsgrundlag baseret på en række objektive kriterier. Gentofte Kommunes befolkningsgrundlag er socioøkonomisk sammenligneligt med Rudersdal Kommune. Gentofte Kommune har højere udgifter pr. borger over 67 år og over 80 år på ældreområdet end Rudersdal Kommune. Justeret for befolkningsstørrelse er der en forskel i enhedsudgifter svarende til 31 mio. kr. ift. antallet af borgere over 67 år og 148 mio. kr. ift. antallet af borgere over 80 år. Det skal understreges, at denne forskel i enhedsudgift pr. indbygger over 67 år og 80 år ikke umiddelbart kan reduceres fra det ene år til det andet, men indikerer, at der er et potentiale for at arbejde med ressourceudnyttelsen i et flerårigt sigte, hvilket flere af BDO's anbefalinger peger ind i.

BDO har også lavet en udgiftsfremskrivning af de nuværende udgifter ud fra en alt-andet-lige-tilgang på nogle simple og gennemsigtige antagelser. Udgiftsfremskrivningen viser, at Gentofte Kommune står overfor en stigning i udgifter på 194 mio. kr. på ældre- og sundhedsområdet i 2034 som resultat af den demografiske udvikling med flere ældre borgere og med de nuværende enhedsudgifter.

Det andet spor i analysen har været rettet mod organisatoriske og faglige analyser af nuværende praksis baseret på interviews og workshops med et bredt udsnit af medarbejdere og ledere på tværs af organisationen, samt en sagsgennemgang af konkrete borgersager. Der har været anlagt en

hypotesedrevet tilgang, hvor der er taget udgangspunkt i de fire opstillede bevægelser for de kommende år for Pleje og Sundhed:

- Styrket rehabilitering med effekt for borgeren
- Øget sammenhæng i tilbud til borgeren
- Attraktive arbejdspladser, der udvikler medarbejdernes kompetencer
- Grænsekrydsende ledelse, der fremmer en lærings- og forbedringskultur

På baggrund af en involverende proces med medarbejdere og ledere i Pleje og Sundhed har BDO identificeret syv tværgående organisatoriske og faglige indsatsområder for Pleje og Sundhed. BDO vurderer, at indsatsområderne er relevante for at indfri de opstillede målsætninger på området og vil bidrage til en bedre ressourceudnyttelse i et flerårigt perspektiv samtidig med at de vil øge kvaliteten og tryghed for borgerne. De syv tværgående organisatoriske og faglige indsatsområder omhandler:

1. Styrket forventningsafstemning om serviceniveau og fokus på rehabilitering
2. Ensartet og systematisk dokumentationspraksis
3. Styrkelse af det tværorganisatoriske samarbejde om fælles mål og plan for borgeren
4. Faste arbejdsgange for de typiske borgerforløb og overgange mellem områder
5. Anvendelse og udvikling af kompetencer i den daglige opgavevaretagelse
6. Styrket udnyttelse af velfærdsteknologi og digitale løsninger
7. Styrket fælles retning og lærings- og forbedringskultur.

På baggrund af den samlede analyse har BDO udarbejdet 11 konkrete anbefalinger til Gentofte Kommune med henblik på, hvordan Pleje og Sundhed i de kommende år kan indfri de opstillede målsætninger og fortsat sikre kvalitet og tryghed i ældreplejen samt imødekomme rekrutteringsudfordringer nu og i fremtiden ved at sikre at ressourcer og kompetencer til rådighed bruges til de vigtigste opgaver. De 11 anbefalinger rummer fem anbefalinger med politisk beslutningsrum samt seks anbefalinger med et driftsnært indhold.

ANBEFALINGERNE MED POLITISK BESLUTNINGSRUM:

1 | Tydeligere politisk fastsat serviceniveau

Der er behov for en større klarhed over kommunens serviceniveau på ældre- og sundhedsområdet. Det anbefales, at kommunens serviceniveau beskrives klarere i kvalitetsstandarder og med en tættere kobling til ønskerne om en rehabiliterende tilgang, som det også er beskrevet i kommunens værdighedspolitik. Det anbefales, at kvalitetsstandarder bliver omsat til et mere handlevejledende og retningsgivende administrativt indsatskatalog, hvor det politisk fastsatte serviceniveau udmøntes med konkrete indsatser og ydelser baseret på borgerens funktionsniveau.

Dette vil bidrage til en lettere forventningsafstemning og dialog med ressourcestærke borgere og pårørende, som aktuelt kan være en svær opgave for medarbejdere. Det vil desuden bidrage til et ensartet serviceniveau samt en tættere kobling mellem aktivitet og økonomi.

2 | Øget brug af rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a

Gentofte Kommune udfører relativt få kortvarige rehabiliteringsforløb til borgere med nedsat funktionsevne efter SEL § 83a. Det anbefales, at der ses på den nuværende organisering og samarbejdet mellem myndighed, hjemmepleje og terapeuter, der kan sikre en større volumen og et større omfang af indsatsen.

Dette vil sikre, at flere borgere vil opnå en større selvhjulpethed og frihed til at klare praktiske opgaver og personlig pleje selv, som de ellers vil være afhængige af kommunens hjælp til.

3 | Optimeret brug af midlertidige døgnpladser

Gentofte Kommune har et højere antal midlertidige døgnpladser end andre kommuner, og der er muligheder for en kapacitetstilpasning. Dertil kommer, at Rehabiliteringscentret har haft et omfang og en funktion med læger med behandlingsansvar, som BDO ikke har set i andre kommuner.

BDO anbefaler, at der foretages en nærmere stillingtagen til de midlertidige rehabiliteringspladseres indretning, rolle og omfang i den samlede tilbudsvifte, hvilket vurderes at kunne frigive et økonomisk potentiale til andre indsatser.

4 | Fortsat konvertering af plejeboliger med hjemmehjælp til almindelige plejeboliger

Gentofte Kommune adskiller sig fra andre kommuner ved at have to typer af plejeboliger. BDO har ikke set andre kommuner, hvor boligtypen plejebolig med hjemmehjælp har det omfang, som den har i Gentofte Kommune. I andre kommuner klarer målgruppen sig i højere grad med støtte i eget hjem på et lavere omkostningsniveau end i denne boligtype.

Det anbefales derfor i en økonomisk logik at fortsætte med at reducere antallet af plejebolig med hjemmehjælp og i stedet prioritere en indsats i eget hjem kombineret med forebyggende indsatser, som vil være mindre omkostningstunge.

5 | Styrkede demografi- og budgettildelingsmodeller

Der er et potentiale i at styrke de nuværende demografi- og budgettildelingsmodeller i Pleje og Sundhed ud fra principperne om enkelthed, gennemsigtighed og rette incitamenter med henblik på optimal allokering og anvendelse af ressourcer og at fremme den ønskede adfærd og bidrage til opnåelsen af de opsatte mål.

BDO anbefaler, at der igangsættes en proces og et arbejde med en nærmere fastlæggelse af principper, målbillede samt tilpasning og implementering af opdaterede demografi- og budgettildelingsmodeller.

ANBEFALINGERNE MED DRIFTSNÆRT INDHOLD:

6 | Fokus på systematisk og ensartet dokumentationspraksis

Der er brug for at rette fokus mod dokumentationspraksis og fælles arbejdsgange på tværs af Pleje og Sundhed. Dette også et potentiale i flere andre kommuner, men opgaven skal dog ikke undervurderes, da det er en forudsætning for at skabe sammenhæng i borgerforløb, bringe medarbejdernes kompetencer og faglighed bedre i spil og sikre kvalitet og mere tryk for borgerne.

Det anbefales, at der iværksættes et arbejde med at implementere mere ensartede arbejdsgange på tværs af Pleje og Sundhed omfattende udarbejdelse af letforståelige retningslinjer, undervisning mv. Dette vil medføre, at medarbejdere vil opleve en større klarhed til forventningerne til dokumentationsopgaver, bedre koordination på tværs af Pleje og Sundhed, og borgerne vil opleve mere sammenhængende forløb ligesom at mere systematik på sigt rummer potentiale for at skabe mere tid og nærvær til borgeren.

7 | Styrket fælles mål og plan for borgerens forløb

Det anbefales, at der sættes fokus på at opsætte overordnede mål og planer for alle borgere i Pleje og Sundhed. Opstilling af et overordnet mål for borgerens forløb kan med fordel ske i samarbejde med borgere og pårørende tidligt i borgerens forløb med udgangspunkt i borgerens ressourcer og motivation. Ønsket om arbejdet med målsætninger skal ses som led i den rehabiliterende tankegang med henblik på, at borgerne i størst mulig grad kan genvinde eller bevare deres selvhjulpenshed og livskvalitet.

Bedre mål og planer for borgerens forløb vil betyde en mere koordineret indsats og effektive forløb med et større fokus på rehabilitering. Fælles mål og plan for borgerens forløb kan bruges som dialogredskab på tværs af områderne, og det vil bidrage til, at borgere og pårørende oplever tryk og sammenhæng i indsatsen.

8 | Faste arbejdsgange for de typiske borgerforløb og overgange mellem områder

Det anbefales, at der skabes nogle tydeligere arbejdsgange og borgerforløb på tværs af Pleje og Sundhed. Etablering af faste aftaler og forløb for de mest almindelige indsatser skal sikre, at indsatser sættes i gang på laveste niveau og en mere klar struktur og retning for samarbejdet.

De faste arbejdsgange er med til at tydeliggøre tilbuddenes indhold, faser og aktørernes roller og ansvar undervejs i forløbet. Præcisering af målgruppe og visitationskriterier bidrager til at sikre god kapacitetsanvendelse ud fra princippet "rette borger i rette tilbud til rette tid".

9 | Styrket fokus på tidlig opsporing og forebyggende indsatser

Der er potentiale for at styrke systematikken og arbejdsgangene omkring tidlig opsporing af forringet funktions- og helbredstilstande samt rolle- og ansvarsfordeling til at handle på observationer. Medarbejderne oplever, at der kommer nye borgere ind i Pleje og Sundhed, hvor en tidlig og målrettet

indsats kunne have ændret situationen til det bedre, men at der først bliver igangsat indsatser, når problemerne har udviklet sig.

Det taler for en mere struktureret og systematisk indsats for tidlig opsporing og forebyggende indsatser med forebyggende hjemmebesøg, kontakt efter hospitalsindlæggelse samt at styrke samarbejdet om tidlig opsporing med praktiserende læger, der har mulighed for at henvise borgere til kommunale forebyggelsestilbud. Dette vil understøtte, at borgerne er selvhjulpne længst muligt og dermed udskyde behovet for mere omfangsfulde indsatser fra Gentofte Kommune.

10 | Introduktion af velfærdsteknologiske løsninger

Velfærdsteknologier har endnu ikke vundet almindelig udbredelse i Pleje og Sundhed. Ledere og medarbejdere er generelt interesserede og deler vurderingen af potentialet. Samtidig er der også en vis skepsis over for, om de svækkede ældre borgere kan finde ud af at bruge løsningerne. Der er allerede gode erfaringer på demensområdet, som med fordel kan udbredes yderligere til organisation. Potentialet er dermed knyttet til borgere i eget hjem og rehabiliteringsområdet, hvor der er mulighed for at implementere arbejdskraftbesparende løsninger som fx skærmbesøg, bevægelsessensorer og dosisdispensering af medicin.

Det anbefales at udnytte erfaringer fra demensområder og indhente erfaringer fra andre kommuner og på den baggrund gøre forsøg med at introducere udvalgte teknologier i de hjem, hvor det giver mening. Implementeringen forudsætter adgang til kompetencer inden for sundhedsteknologi samt IT-support.

11 | Øget delegation af sundhedsopgaver fra sygeplejersker til andre faggrupper

Der er aktuelt en relativ lille andel af hjemmesygeplejeopgaver, som løses af hjemmeplejen i Gentofte Kommune sammenlignet med andre kommuner. Det anbefales derfor at rette særlig fokus på delegeringspraksis fra hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, så flere sundhedslovsopgaver kan udføres af hjemmeplejen, når de er i borgerens hjem i forbindelse med andre indsatser og dermed understøtte en øget kontinuitet, hvor færre medarbejdere kommer i borgerens hjem.

Det anbefales konkret, at der udarbejdes lettilgængelige og -forståelige kompetenceprofiler for hver faggruppe, så det bliver tydeligt, hvilke muligheder der er for at overdrage opgaver til andre faggrupper. Det vurderes at være relevant for alle faggrupper og områderne på tværs af Pleje og Sundhed og det vil bidrage til bevægelsen om en attraktiv arbejdsplads, hvor der arbejdes på at udvikle medarbejderes kompetencer og bringer fagligheden i spil på alle niveauer.

Der er for nylig sket en omorganisering af hjemmepleje og sygepleje med henblik på øget integration af hjemmeplejen og sygeplejen, som også har til hensigt at understøtte dette. I forlængelse heraf anbefales det, at der ses på styringen og incitamentsstrukturen omkring delegeringen af indsatser mellem sygeplejen og hjemmeplejen.

3. PROCES OG METODE

Den overordnede tilgang til analysen har taget afsæt i Gentofte Kommunes ønske om tre fokusområder for analysen, som har været retningsgivende for både indhold af analysen og BDO's tilrettelæggelse af processen:

1. Deskriptive analyser af ressource- og personaleforbrug samt aktivitetsudvikling og relevante benchmarks med andre kommuner, der belyser og nuancerer baggrunden for forskelle i ressourceforbrug mellem kommunerne.
2. Organisatoriske og faglige analyser af kommunens nuværende praksis og organisering med henblik på at identificere udfordringer og muligheder for at imødekomme den forventede udvikling på området.
3. Udarbejdelse af konkrete anbefalinger og handlemuligheder, der kan styrke Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune i et flerårigt sigte.

BDO's analyse bygger på to bærende principper. Først og fremmest har det været afgørende, at analysen blev skabt i en inddragende proces med ejerskab og genkendelighed i organisationen. I den kvantitative analyse har der været et samarbejde om tilvejebringelse af datagrundlag og indhentning af data fra øvrige kommuner samt en drøftelse og kvalificering af BDO's resultater, der sikrer validitet og genkendelighed. I den kvalitative analyse er det kommet til udtryk ved, at analysens resultater i høj grad bygger på indsigter og input fra medarbejdere og ledere i Pleje og Sundhed, som på workshops og interviews har haft mulighed for at sikre, at analysen tager afsæt i en Gentofte Kommune-kontekst og bringe deres faglige perspektiver i spil. Dette er suppleret med BDO's ekspertviden på ældre- og sundhedsområdet og erfaringer fra lignende analyser og processer.

For det andet har BDO i de organisatoriske og faglige analyser anvendt en hypotesedrevet tilgang, hvor medarbejdere og ledere med udgangspunkt i Pleje og Sundheds definerede bevægelser og målsætninger har bidraget til opstilling af en række hypoteser for, hvor Pleje og Sundhed lykkes på nuværende tidspunkt, og hvor der er barrierer og udfordring med at indfri de opstillede bevægelser og målsætninger. Medarbejdere og lederes indledende input har suppleret BDO's viden og erfaringer og fokuseret analysens retning. Undervejs i processen er hypoteser blevet bekræftet og nuanceret, så BDO har kunnet formulere nogle indsatsområder for Pleje og Sundhed, som medarbejdere og ledere i processen har haft mulighed for at nuancere yderligere og bidrage med konkrete løsninger på, hvilket danner udgangspunkt for BDO's anbefalinger.

Selve analysen er blevet afviklet med følgende fire faser, der samlet afdækker den nuværende situation og skitserer mulige fremtidige potentialer:

Fase 1 Mobilisering og forventningsafstemning I Her blev skabt et fælles afsæt for analysen i samarbejde med styregruppen med forventningsafstemning i forhold til succeskriterier og leverancer.

Fase 2 Deskriptive analyser og benchmarks med andre kommuner I Formålet med den del af analysen var at få et databaseret indblik i udgiftsniveauer ydelsesniveauer samt at få nuanceret og belyst forskelle i ressourceforbrug i Gentofte Kommune sammenlignet med andre kommuner. Yderligere blev her belyst, hvor stort et potentielt råderum Gentofte Kommune har på ældre- og sundhedsområdet ift. sammenligningskommunerne, samt hvor dette råderum ligger. Derudover blev der lavet en fremskrivning af Gentofte Kommunes udgiftsbehov baseret på den forventede udvikling samt vurdering af de primære udgiftsdrivere og udfordringer.

Fase 3 Organisatoriske og faglige analyser af nuværende praksis I Denne del af analysen blev indledt med en sagsgennemgang af konkrete borgersager på tværs af organisationen med henblik på at afdække dokumentationspraksis. Det har dannet afsæt for inddragelse af medarbejdere og ledere, der igennem workshops først og fremmest har bidraget med deres perspektiv på den nuværende praksis ift. styrker og svagheder samt opstilling og nuancering af hypoteser. Dernæst har inddragelsen været præget af idégenerering, så analysens anbefalinger og 'veje at gå' tager afsæt i den interne viden og perspektiver. Konkret er der

afholdt en indledende tværgående hypoteseworkshop med medarbejdere og ledere, to workshops med hver af de fire områder - Myndighed, Rehabiliteringscenteret, Plejebolig samt Hjemmeplejen- og sygeplejen - suppleret af interviews.

Fase 4 Tværgående kvalificering og rapportering I Endelig har vi udarbejdet konkrete og realiserbare anbefalinger til handlemuligheder, der sammen med analyserne i de fire spor giver et kvalificeret grundlag til at træffe beslutninger for fremtiden. I forbindelse med afrapporteringen er der blevet afviklet fælles tværgående kvalificering af anbefalinger, så Gentofte Kommune får ejerskab på tværs af Pleje og Sundhed samt får lejlighed til at drøfte de centrale organisatoriske snitflader.

Som ovenstående procesbeskrivelse viser, baseres analysen på en metode af både kvantitative og kvalitative elementer, der sikrer et bredt vidensfundament. Den kvantitative analyse sikrer et datamæssigt ståsted, mens medarbejderne og lederne har givet deres perspektiver på den nuværende situation samt igennem de inddragende aktiviteter har været medvirkende til at tænke i løsninger og potentialer for fremtiden. Aktiviteterne er afviklet som enten workshops eller interviews, hvor fokus har været aktivt at sætte den interne viden i spil. Nedenfor ses en opsummering på de kvalitative aktiviteter, der har været afviklet i processen:

AKTIVITETER	OUTPUT
Sagsgennemgang af borgersager	Indblik i dokumentationspraksis.
Opstart og hypoteseworkshop	Bekræftelse af indsigter fra sagsgennemgang samt udarbejdelse af foreløbige hypoteser på baggrund af de 4 bevægelser og 8 målsætninger.
Design og kortlægningsworkshop	Områdernes egne vurderinger af styrker og svagheder, herunder be- eller afkræftelse og nuancering af hypoteser.
Interviews med medarbejdere og ledere	Nærmere indblik og forståelse af områderne med målsætningen om at bevæge sig fra hypoteser til konkrete indsatsområder.
Idéudviklingsworkshop	Nuancering af indsatsområder samt udvikling af idéer til adressering af indsatsområder.
Tværgående kvalificering workshop	Kvalificering og udfoldning af tiltag samt input til de ideelle samarbejdsflader med udgangspunkt i borgerens perspektiv.

Samlet set har Gentofte Kommune og BDO sammen gennemført en proces, hvor der har været en bred afdækning af organisationen med ønsket om at identificere mulige veje at gå i forhold til at lykkes med både et økonomisk og fagligt fremtidigt sigte.

4. DESKRIPTIVE ANALYSER OG BENCHMARKS

Dette afsnit har til formål at belyse Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune gennem deskriptive dataanalyser og benchmark med andre kommuner for at belyse forskelle i ressourceforbrug og aktivitetsniveau samt lave en udgiftsfremskrivning af nuværende ressourceforbrug set i lyset af den forventede demografiske udvikling.

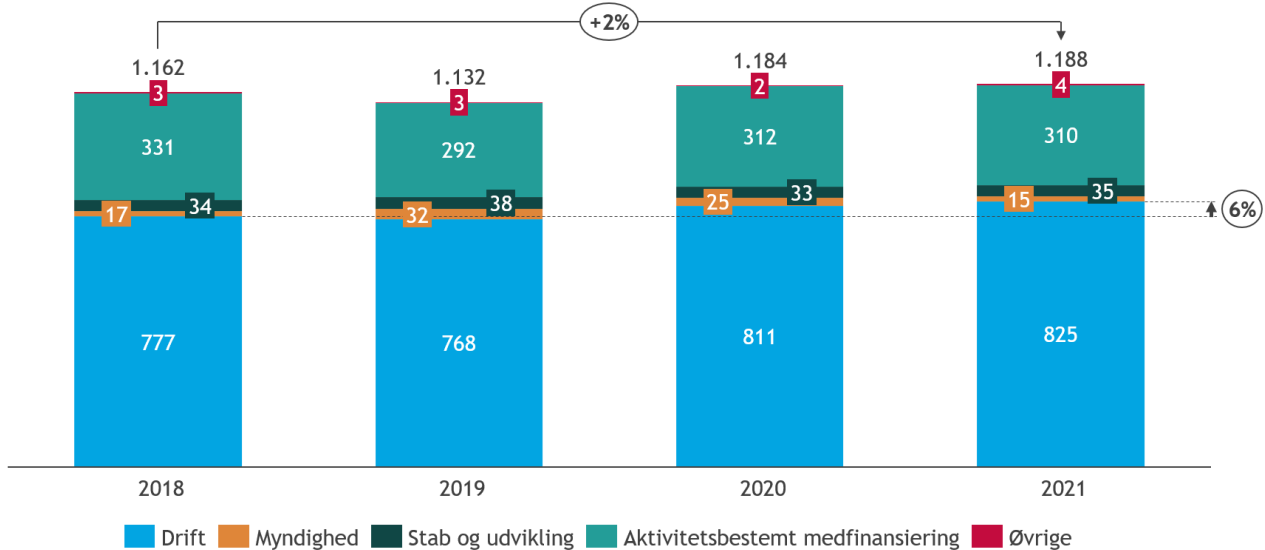
I det følgende følger afsnit med beskrivelse af udgiftsudvikling og sammenligning af udgiftsniveau samt tilsvarende for personaleressourcer. Derefter følger en række faglige aktivitetstal for hjemmepleje, rehabiliteringsforløb, hjemmesygepleje, plejeboliger samt midlertidige pladser, som sammenlignes med andre kommuner, hvor det har været muligt. Herefter følger metodik og resultat af BDO's udgiftsfremskrivning, før der laves en opsamling og anbefalinger til råderumsmuligheder.

4.1 UDGIFTSNIVEAU

I det følgende redegøres for udgiftsudvikling i Pleje og Sundhed, og der laves en sammenligning af udgiftsniveauet i 2021 i forhold til Gladsaxe, Rudersdal og Lyngby-Taarbæk Kommune samt Region Hovedstaden og hele landet.

Pleje og Sundhed har i perioden 2018-2021 haft en moderat udgiftsudvikling samlet set, hvor der i faste priser ses en stigning på 26 mio. kr. svarende til 2 % i perioden. Stigningen er drevet af en stigning i driftsudgifter på 48 mio. kr. svarende til 6 % i perioden.

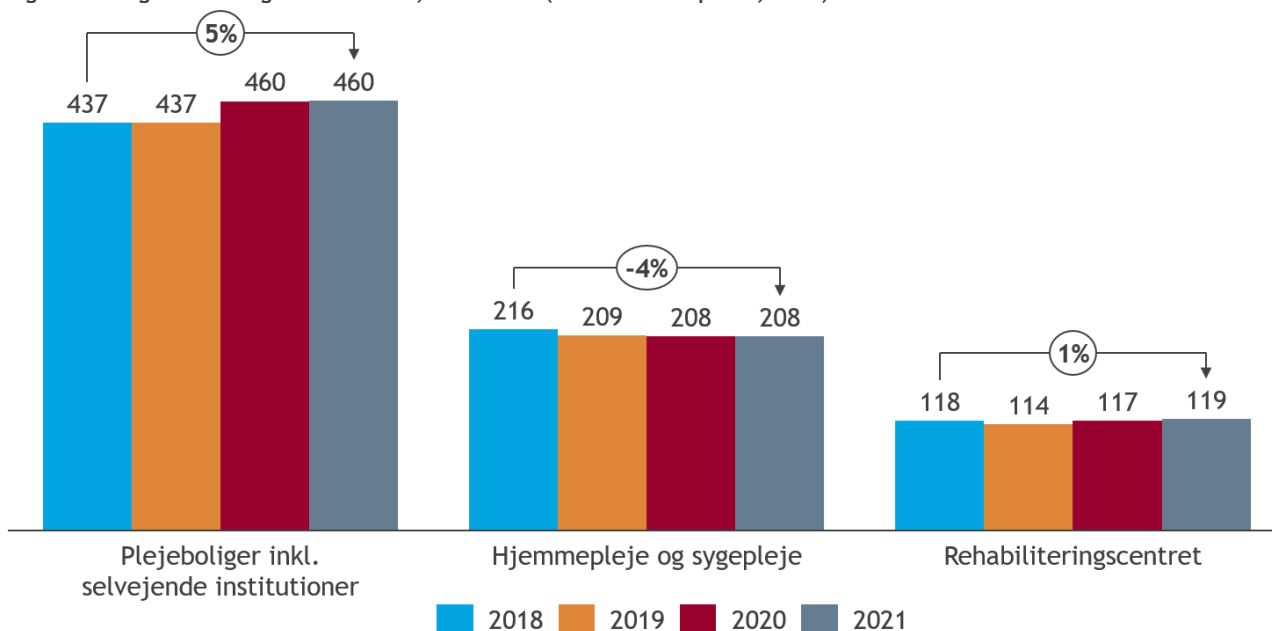
Figur 4.1: Udgiftsudvikling i Pleje og Sundhed, 2018-2021 (Mio kr. - faste priser, 2021)



Note: Omregningen til faste priser er baseret på KL's faktor pris- og lønfremskrivningen fra 2018 til 2021 for serviceudgifter ekskl. overførsler.
Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

Som det ses af figur 4.2, så er stigningen i driftsudgifter drevet af plejeboligområdet inkl. selvejende plejeboliger, mens der i faste priser har været et faldende udgiftsniveau for hjemmepleje og sygepleje fra 2018 til 2021. Stigningen på plejeboligområdet skal ses i lyset af en omdannelse af 59 plejeboliger med fast personale fra 2018 til 2021, tilførsel af midler fra værdighedspulje til mere hjælp i ydertimerne samt et budgetunderskud på én selvejende institution i 2021. For Rehabiliteringscentret bemærkes en stigning fra 2018 til 2021 på 1 %, mens der dog har været en stigning fra 2019 til 2021 på 5 %.

Figur 4.2: Udgiftsudvikling driftsområder, 2018-2021 (Mio kr. - faste priser, 2021)



Note: Omregningen til faste priser er baseret på KL's faktor pris- og lønfremskrivningen fra 2018 til 2021 for serviceudgifter ekskl. overførsler.
 Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

BDO har sammenlignet udgiftsniveauet i Pleje og Sundhed med tilsvarende områder i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal samt Region Hovedstaden og hele landet. Kommunernes udgifter i 2021 på funktioner i den autoriserede kontoplan knyttet til ældre- og sundhedsområdet er sammenholdt med antallet af borgere over henholdsvis 67 år og 80 år i de enkelte kommuner med henblik på at gøre udgifterne sammenlignelige. Der gøres opmærksom på, at det er de samlede aggregerede udgifter, som sammenholdes med antallet af borgere over henholdsvis 67 år og 80 år, og udgifterne er altså ikke isoleret til de enkelte aldersgrupper. BDO vurderer ikke dette af betydning for resultaterne. I tabel 7.1 i bilag findes nærmere information om medtagne funktioner og oversigt over baggrundsvARIABLE for sammenligningskommuner.

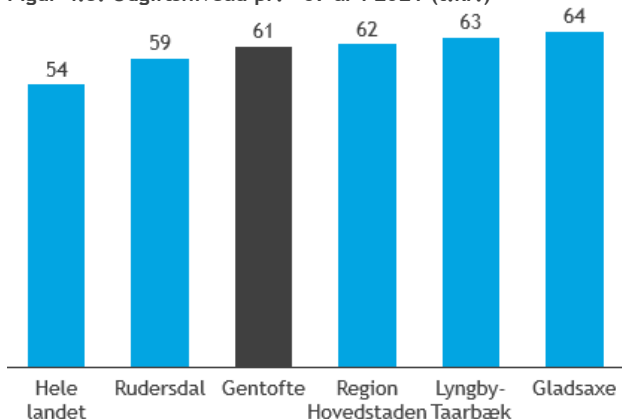
Sammenligningen af udgiftsniveauet viser, at Gentofte Kommunes udgiftsniveau er på niveau med de øvrige kommuner, når det opgøres i forhold antal borgere over 67 år. Når der ses på udgiftsniveauet pr. +80 år har Gentofte et relativt højt udgiftsniveau sammenlignet med Rudersdal og Lyngby-Taarbæk Kommune, mens det er på niveau med Gladsaxe Kommune. Det er dog relevant at bemærke, at Gentofte Kommune har de bedste socioøkonomiske vilkår sammen med Rudersdal Kommune, mens Gladsaxe Kommune har de klart dårligste socioøkonomiske vilkår. Dette baserer sig på Indenrigs- og Boligministeriets socioøkonomiske indeks, som bl.a. baserer sig på indkomst, uddannelsesniveau, levealder, enlige over 65 år mv., og som har betydning for det forventede udgiftsniveau og også benyttes i den kommunale udligning¹.

Gentofte Kommunes udgiftsniveau i 2021 pr. +67-årig og +80-årig er henholdsvis ca. 2.000 kr. og 37.000 kr. dyrere end Rudersdal Kommune - som er den billigste kommune i benchmarken. Justeret for forskel i befolkningsstørrelse giver dette en teoretisk forskel på 31. mio. kr. ift. borgere over 67 år og 148 mio. kr. ift. borgere over 80 år ift. Rudersdal Kommune.

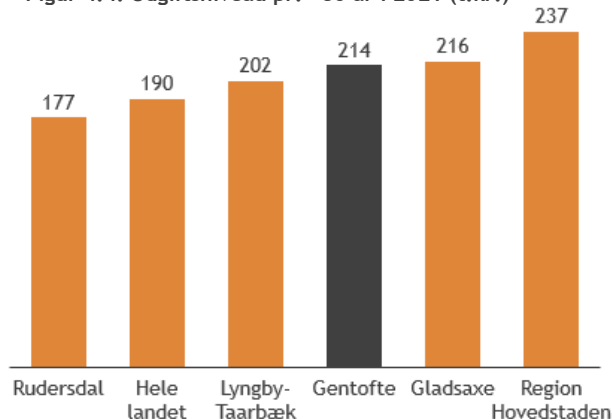
Det skal understreges, at denne forskel i udgiftsniveau baseret på enhedsudgift pr. indbygger +67 og +80 år ikke er noget, der kan reduceres fra det ene år til det andet, men indikerer forskelle i ressourceudnyttelse knyttet til tilbudsvifte, serviceniveau, effektivitet samt faglige og organisatoriske forhold. Det højere udgiftsniveau i Gentofte Kommune er blandt andet drevet af en højere dækningsgrad af plejeboliger i Gentofte Kommune i forhold til Rudersdal Kommune jf. afsnit 4.3.4., som der skal tages højde for i en direkte sammenligning af udgiftsniveauet af de to kommuner.

¹ Se nærmere uddybning i bilag 1 samt indenrigs- og boligministerie Kommunale Nøgletal (2021)

Figur 4.3: Udgiftsniveau pr. +67 år i 2021 (t.kr.)



Figur 4.4: Udgiftsniveau pr. +80 år i 2021 (t.kr.)



Kilde: Fælleskommunalt LedelsesInformationsSystem (FLIS), Danmarks Statistik og BDO's egne beregninger.

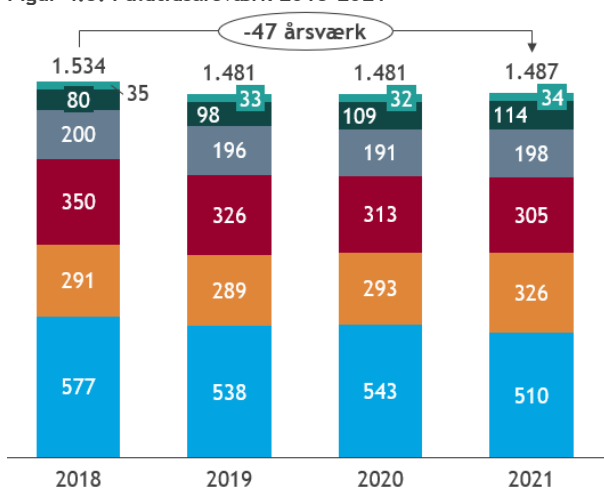
4.2 PERSONALERESSOURCER

I det følgende beskrives udviklingen af personaleressourcer fordelt på områder og faggrupper i Pleje og Sundhed i Gentofte Kommune. Derefter sammenholdes Pleje og Sundheds faggruppesammensætning med Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune².

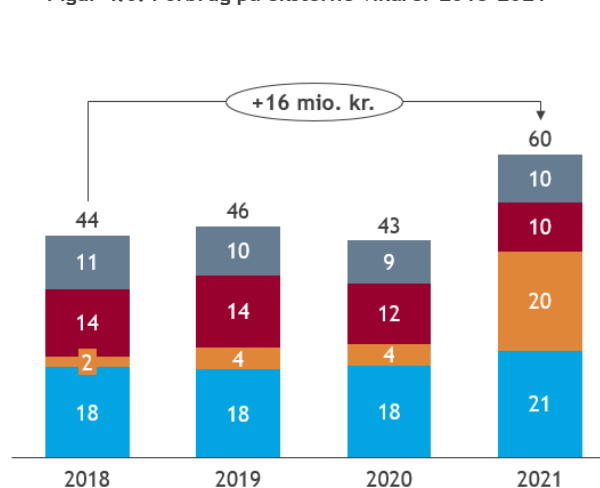
I perioden 2018 og 2021 er der sket et mindre fald i antallet af fuldtidsårsværk i Pleje og Sundhed. I 2021 var der 1.487 fuldtidsårsværk ansat i Pleje og Sundhed, hvilket er 47 årsværk færre end i 2018 svarende til 3 %. Faldet er blandt andet sket i hjemmeplejen, som hovedsageligt skyldes, at en større andel af personlig pleje og praktisk hjælp leveres af private leverandører. Det bemærkes, at stigning i Drift Fælles skyldes en stigning i antallet af elever, som konteres centralt.

Derudover har der været en stigning på 16 mio. kr. i anvendelse af eksterne vikarer fra 44 mio. kr. i 2018 til 60 mio. kr. i 2021 (faste priser, 2021). Der kan ikke drages en direkte kobling mellem de to figurer, da forbruget af vikarer i 2021 bl.a. er drevet af særlige omstændigheder på én selvejende institution.

Figur 4.5: Fuldtidsårsværk 2018-2021



Figur 4.6: Forbrug på eksterne vikarer 2018-2021



■ Plejeboliger ■ Hjemmepleje ■ Drift Fælles
■ Selvejende ■ Rehabiliteringscentret ■ Myndighed

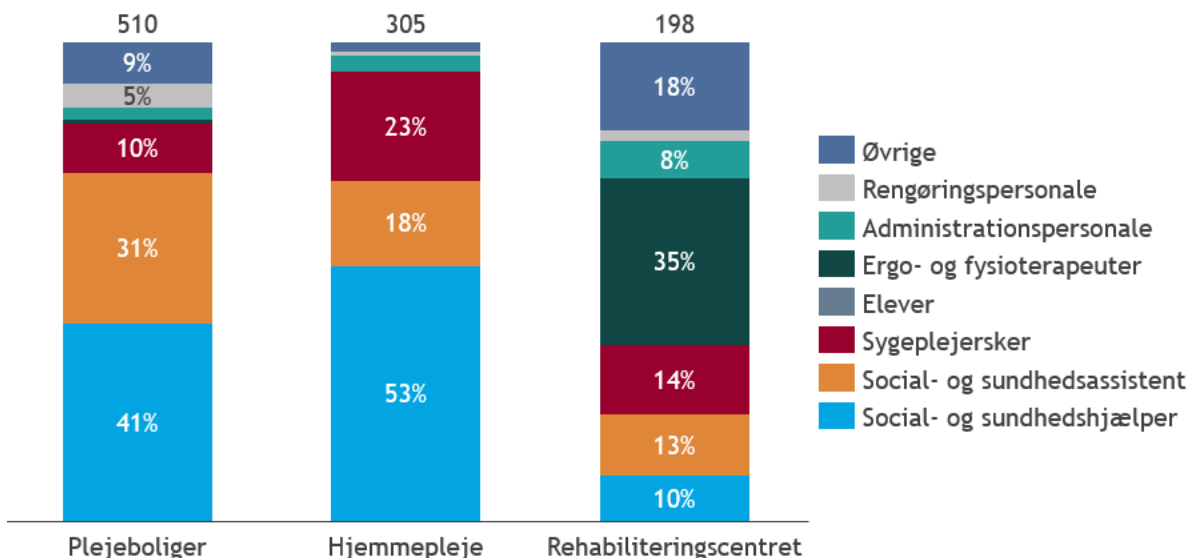
Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger. Vikarudgifterne er opgjort i faste priser i 2021

I figur 4.7 ses på fordelingen af faggrupper i plejeboliger, hjemmepleje og rehabiliteringscentret. Det har ikke været muligt at få faggruppesammensætningen for selvejende institutioner. Det ses, at der er flest

² Gladsaxe er udeladt, da der er mangler i datagrundlaget.

social- og sundhedsassistenter i plejeboliger. Det bemærkes at opgørelsen afspejler det organisatoriske ansættelsesforhold, hvor fx ergo- fysioterapeuter er ansat på rehabiliteringscentret, men også løser opgaver for borgerne i plejeboliger.

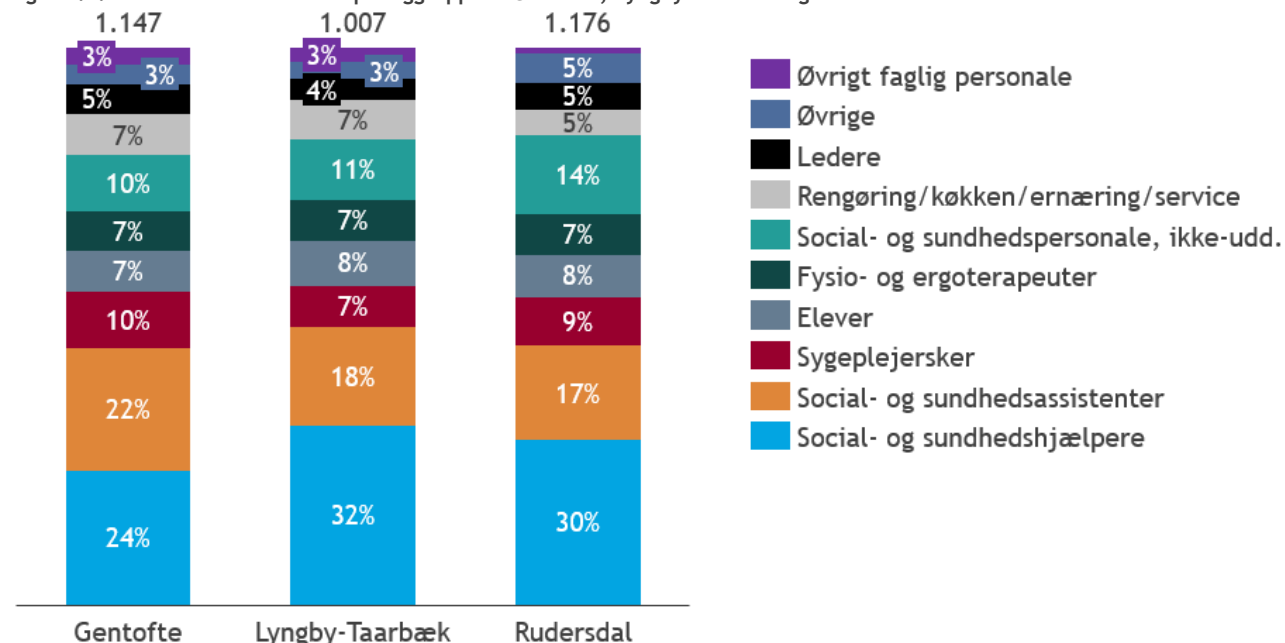
Figur 4.7: Fuldtidsårsværk fordelt på områder og faggrupper - 2021



Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

BDO har også lavet en sammenligning af faggruppesammensætningen i Pleje og Sundhed sammenholdt med Rudersdal Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune på ældre- og sundhedsområdet. Opgørelserne er uden årsværk ansat på selvejende institutioner samt private leverandører af hjemmehjælp. Her er den mest markante forskel, at Gentofte Kommune har relativt flere social- og sundhedsassistenter samt flere sygeplejersker ansat end Rudersdal Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune.

Figur 4.8: Fuldtidsårsværk fordelt på faggrupper i Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune - oktober 2021³



Kilde: Fælleskommunalt LedelsesInformationsSystem (FLIS) og BDO's egne beregninger.

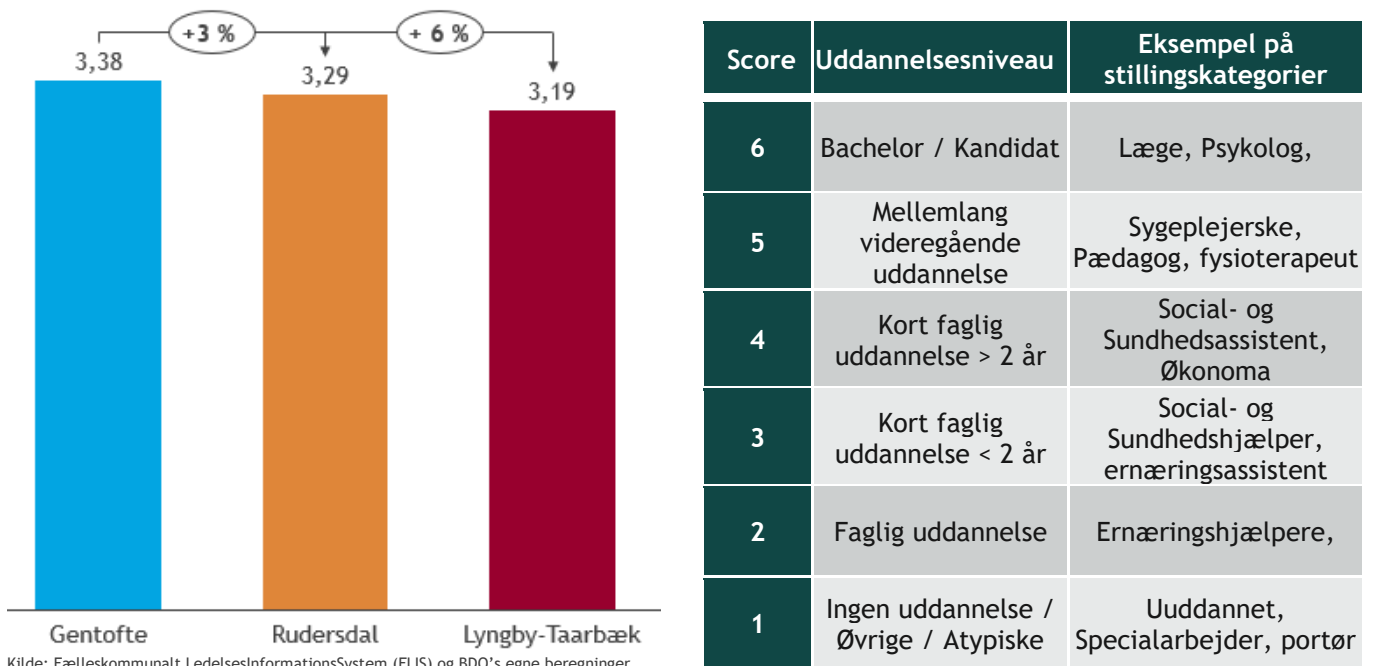
³ Kategorien *Øvrige* dækker over følgende stillingskategorier: Kontorassistenter, Beskæftigelsesvejledere, Tilsynsassistenter, Magistre, Atypiske stillinger. Kategorien *Øvrigt faglig personale* dækker over: Bioanalytikere, Socialpædagoger og specialister.

Med henblik på at sammenligne personalemæssige ressourcer og kompetencer nærmere har BDO konstrueret et kompetenceindeks.

Kompetenceindekset er beregnet ved, at hver mulig stillingskategori er blevet givet en score fra 1-6, som afspejler et generelt niveau af kompetence, som baserer sig på uddannelse og funktion¹. Indekset beregnes ved, at alle stillinger opgjort i årsværk, som er blevet tildelt samme indekxsværdi (1-6), ganges med deres respektive indekxsværdi. Ledere og elever er udeladt af indekset. En komplet liste over stillingskategorier og tildelte indekxsværdi kan ses i tabel 7.2 i bilag.

Resultatet er, at Gentofte Kommune er en anelse højere i kompetenceindeks, hvor stillingskategorierne er vægtet, end både Rudersdal Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune på ældre- og sundhedsområdet.

Figur 4.9: Kompetenceindeks for Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune - oktober 2021



4.3 AKTIVITETSNIVEAU

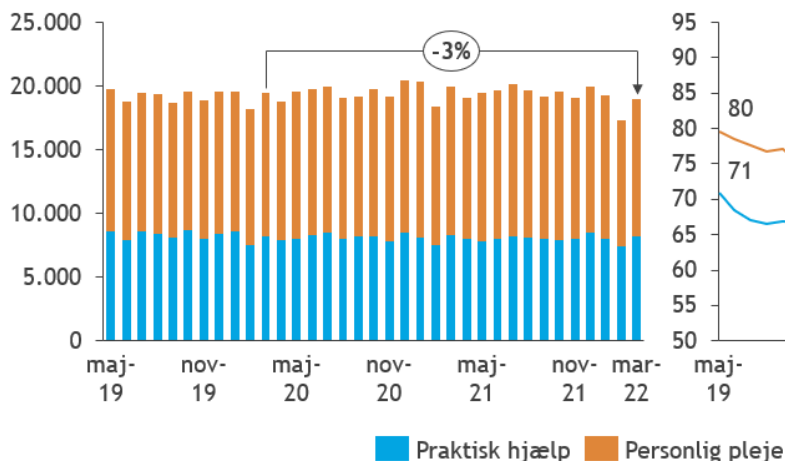
I det følgende redegøres der for udviklingen i aktivitetsniveauet på en række områder, og der er indsamlet data fra Gladsaxe Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Rudersdal Kommune med henblik på at opstille valide benchmarks af aktivitetsniveauet.

4.3.1 Praktisk hjælp og personlig pleje (Hjemmepleje)

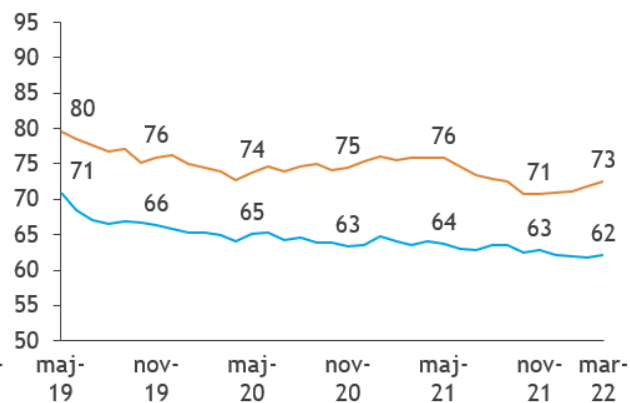
Aktivitetsniveauet for praktisk hjælp og personlig pleje har ligget på et stabilt niveau på omkring 19.000 timer pr. måned i perioden fra maj 2019 til marts 2022. Figur 4.10 viser, at der fra marts 2020 til marts 2022 har været et fald på 3 % for personlig pleje og praktisk hjælp. Forholdet mellem timer til praktisk hjælp og personlig pleje har også været stabilt i perioden med henholdsvis 42 % praktisk hjælp og 58 % personlig pleje. Der har været et fald på cirka 100 borgere, som modtager indsatser i hjemmeplejen hver måned, fra 1.651 borgere i maj 2019 til 1.553 borgere i marts 2022.

Figur 4.11 viser at henholdsvis 62 % og 73 % af de visiterede timer til praktisk hjælp og personlig pleje i marts 2022 leveres af Gentofte Kommunes egen hjemmepleje. Det ses desuden, at der er sket en stigning af andelen af hjemmepleje, som leveres af private leverandører. Konkret er der sket en stigning på ca. 8 %-point i de visiterede til praktisk hjælp og personlig pleje fra maj 2019 til marts 2022, som leveres af private leverandører.

Figur 4.10: Udvikling i praktisk hjælp og personlig pleje



Figur 4.11: Andel praktisk hjælp og personlig pleje leveret af Gentofte Kommunes egen hjemmepleje



Note: Det er ikke muligt at gå længere tilbage end maj 2019 grundet skift i omsorgssystem.
Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

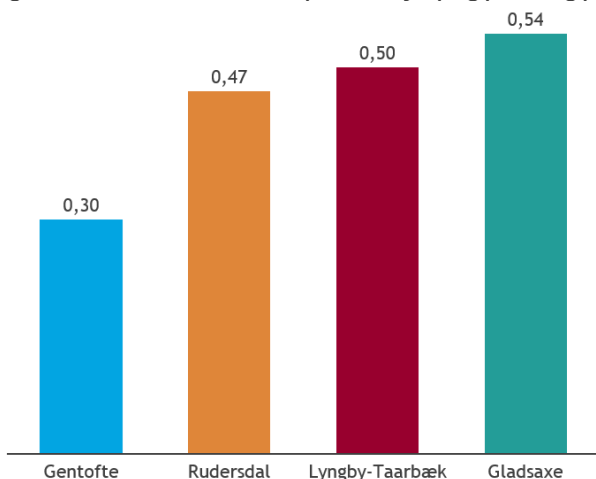
BDO har lavet en nærmere analyse af karakteristika for de borgere, som modtog hjemmepleje i Gentofte Kommune i 2021. Som det fremgår af figur 7.3-7.5 i bilag, gælder det i 2021, at:

- Kønsfordelingen er 70 % kvinder og 30 % mænd.
- 41 % er enke eller enkemand, 23 % er gift, 23 % er fraskilte og 13 % er ugifte.
- 40 % er i aldersgruppen 81-90 år, mens 19% er over 90 år.
- 38 % af borgerne boede i 2920 Charlottenlund, 29% i 2820 Gentofte og 21 % i 2900 Hellerup.
- 59 % af borgerne modtog hjemmepleje af Gentofte Kommune, 30% af Puk's hjemmepleje og 11 % i Cura Pleje.
- Omfanget af behov for hjælp stiger med alderen, og mænd får typisk mere hjælp end kvinder.

BDO har foretaget en sammenligning af aktivitetsniveauet til praktisk hjælp og personlig pleje i Gentofte Kommune med Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune. Denne viser, at det samlede antal visiterede timer til praktisk hjælp og personlig pleje er lavere i Gentofte Kommune end i de tre øvrige kommuner. Det lavere niveau af hjemmepleje skyldes særligt, at der er færre, der modtager praktisk hjælp og personlig pleje samt at borgere, der modtager personlig pleje i gennemsnit får visiteret mindre tid end i de øvrige kommuner

Det lavere niveau af hjemmepleje kan skyldes, at Gentofte Kommune har et stort antal pladser af plejeboligtypen med hjemmehjælp, som rummer borgere, der i andre kommuner er i målgruppen for hjemmepleje i eget hjem. Disse borgere bor i andre kommuner i stort omfang i eget hjem, hvor de er visiteret til praktisk hjælp og personlig pleje af hjemmeplejen.

Figur 4.12: Visiterede timer til praktisk hjælp og personlig pleje ift. antallet af borgere over 67 år



Figur 4.13: Sammenligning af aktivitetsdata for praktisk hjælp og personlig pleje.

	Gentofte	Rudersdal	Lyngby-Taarbæk	Gladsaxe
Gns. antal borgere pr. uge ift. +67-årige - Praktisk hjælp	9,6%	10,8%	11,8%	11,3%
Gns. antal borgere pr. uge ift. +67-årige - Personlig pleje	4,4%	6,4%	6,5%	8,3%
Timer pr. uge pr. modtager praktisk hjælp	1,4	1,8	1,4	1,4
Timer pr. uge pr. modtager personlig pleje	4,0	5,5	5,2	4,7

Note: Data er for uge 8-10 i 2022.

Kilde: Kommunernes egne omsorgssystemer og BDO's egne beregninger

4.3.2 Rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a

I det følgende sammenlignes aktivitetstal for rehabiliteringsforløb efter SEL §83a i Gentofte Kommune med Gladsaxe Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Rudersdal Kommune.

Sammenlignet med de øvrige kommuner har Gentofte Kommune et relativt lille omfang af rehabilitering efter § 83a. Gentofte Kommune havde 13-20 borgere pr. uge i uge 8-10 i 2022 svarende til cirka 1 ud af 1.000 borgere over 67 år. Borgere som modtog en indsats, modtog i gennemsnit 1 times indsats pr. uge. Til sammenligning modtog mellem 5 og 9 borgere ud af 1.000 borgere rehabiliteringsindsats efter SEL § 83a pr. uge i de tre øvrige kommuner, hvor borgerne modtog fra 2 til 8 timers rehabilitering om ugen.

BDO vurderes på baggrund heraf, at der et stort potentiale i Gentofte Kommune til at intensivere og øge indsatsen omkring rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a. Det vurderes at kunne rummes inden for områdets eksisterende budget ved ændringer i den nuværende struktur og organisering af indsatsen jf. anbefaling 2.

Figur 4.14: Sammenligning af aktivitetsdata for rehabiliteringsforløb SEL § 83a

	Gentofte	Rudersdal	Lyngby-Taarbæk	Gladsaxe
Gns. antal borgere pr. uge	16	18	51	94
Antal borgere pr. 1.000 borgere over 67 år	1,2	7,9	5,0	9,1
Antal timer pr. uge pr. modtager	1,0	8,3	3,5	1,9

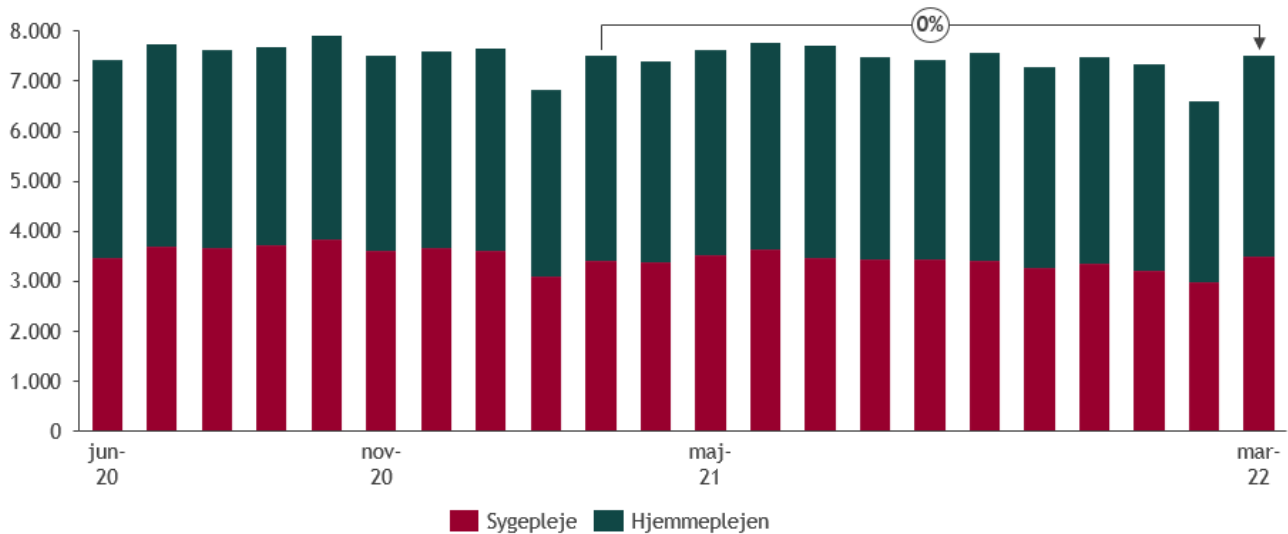
Note: Data er for uge 8-10 i 2022.

Kilde: Kommunernes egne omsorgssystemer og BDO's egne beregninger

4.3.3 Sundhedslovsindsatser efter SUL § 138 i eget hjem (hjemmesygepleje)

Aktivitetsniveauet for sundhedslovsindsatser efter SUL § 138 i eget hjem (hjemmesygepleje) har ligget på et stabilt niveau på omkring 7.500 timer pr. måned i perioden fra maj 2019 til marts 2022. De udekørende sygeplejersker har i perioden leveret ca. 3.500 timer pr. måned svarende til ca. 46 % af den samlede mængde leverede sundhedslovsindsatser, mens ca. 4.000 af timerne er delegeret til hjemmeplejen, som har leveret sygeplejeindsatsen svarende til 54 %. Der er i perioden fra juni 2019 til marts 2022 sket en tilgang på 46 borgere fra 992 borgere i juni 2019 til 1.038 borgere i marts 2022.

Figur 4.15: Udvikling i hjemmesygepleje - leveret af sygeplejersker og hjemmeplejen i Gentofte Kommune - maj 2019 til marts 2022



Note: Det er ikke muligt at gå længere tilbage end juni 2019 grundet skift i omsorgssystem.
Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

BDO har sammenholdt Gentofte Kommunes aktivitetsniveau for sundhedslovsindsatser efter SUL § 138 i eget hjem (hjemmesygepleje) med Gladsaxe Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Rudersdal Kommune og inddraget 19 andre kommuner, som BDO har udført lignende analyser og deraf modtaget data for siden 2019. De 19 kommuner fremgår i anonymiseret form.

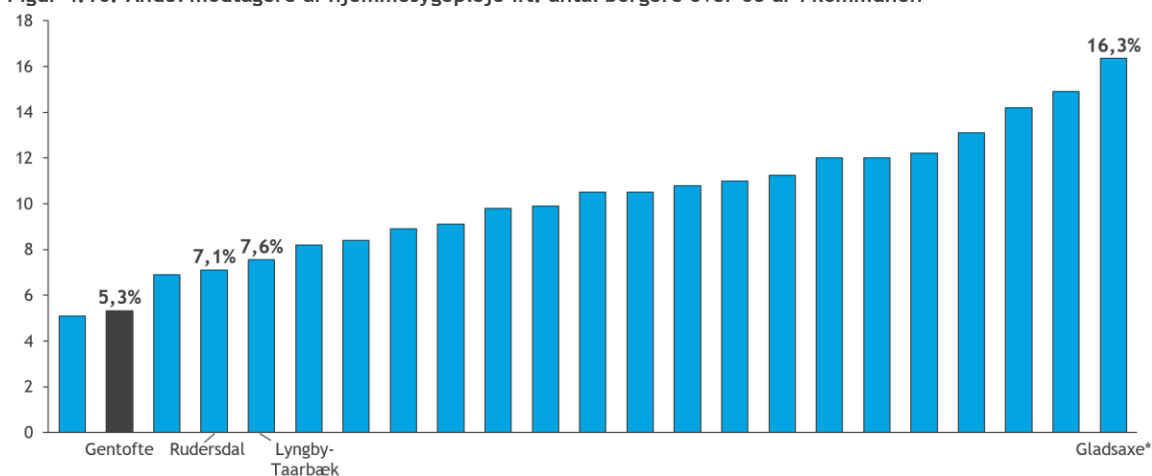
BDO har opstillet tre nøgletal for aktivitetstal for sygepleje:

- Andel modtagere af hjemmesygepleje ift. antal +65-årige i kommunen.
- Gns. tid pr. uge pr. modtager af hjemmesygepleje.
- Delegeringsgrad: Andel af timer af sundhedslovsindsatser, som leveres af hjemmeplejen.

Figur 4.16 viser andelen af borgere, som modtager hjemmesygepleje, ift. borgere over 65 år i kommunen. Figuren viser, at Gentofte ligger lavt i forhold til antal modtagere af hjemmesygepleje.

Konkret modtog 748-769 borgere i Gentofte Kommune sygepleje af hjemmesygeplejen eller hjemmeplejen i ugerne 8-10 svarende til 5,3 % ift. antallet af borgere over 65 år. I Rudersdal Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune modtog henholdsvis 7,1 % og 7,6 % af borgere over 65 år sygepleje, mens 16,3 % af borgere over 65 år i Gladsaxe Kommune modtog sygepleje i tilsvarende periode.

Figur 4.16: Andel modtagere af hjemmesygepleje ift. antal borgere over 65 år i kommunen

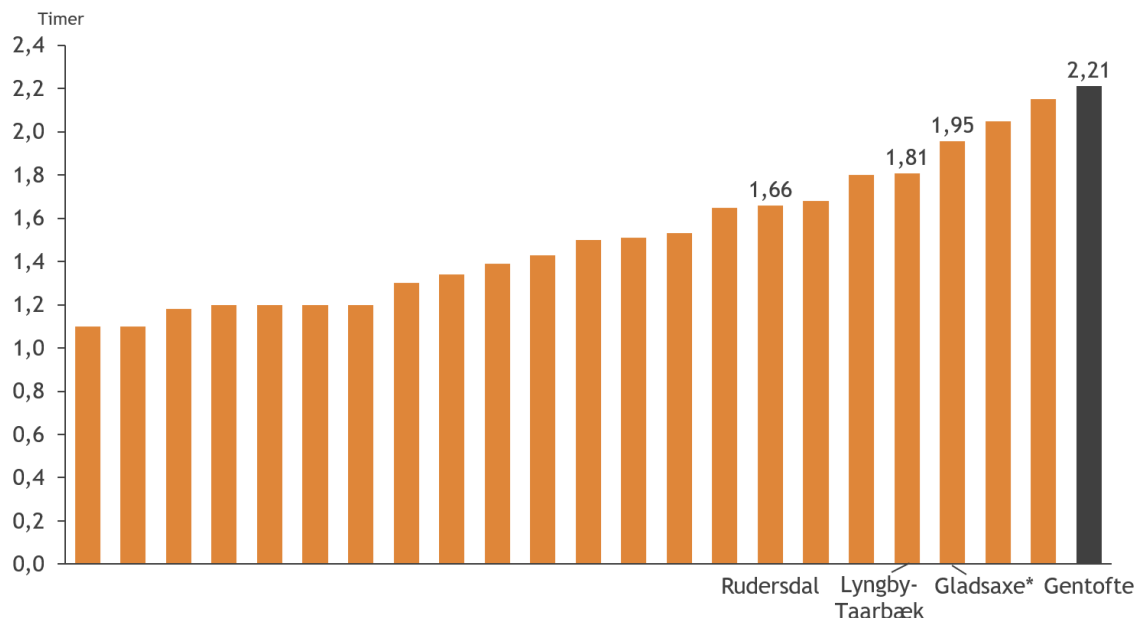


Note: Data baserer sig på visiteret tid til sundhedslovsindsatser leveret af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen til borgere i eget hjem i tre sammenhængende uger i årene 2019-2022, hvor der er taget et gennemsnit over de tre uger. For Gentofte, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe er tallene alle opgjort i uge 8-10 i 2022.
*Gladsaxe Kommune har oplyst, at de også tæller timer i perioder, hvor borger er indlagt på hospital.

Kilde: Kommunernes egne data indsamlet og bearbejdet af BDO.

Figur 4.17 viser hvor meget tid borgere, som modtager sygeleje, i gennemsnit modtager på en uge. Det ses, at borgere i Gentofte Kommune modtager meget sygepleje i forhold til andre kommuner. I uge 8-10 modtog borgere visiteret til sygepleje i Gentofte Kommune 2,21 timer i gennemsnit pr. uge af sygeplejen og hjemmeplejen, hvilket er mere end Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune samt BDO's øvrige sammenligningskommuner.

Figur 4.17 Gns. tid pr. uge pr. modtager af sygepleje



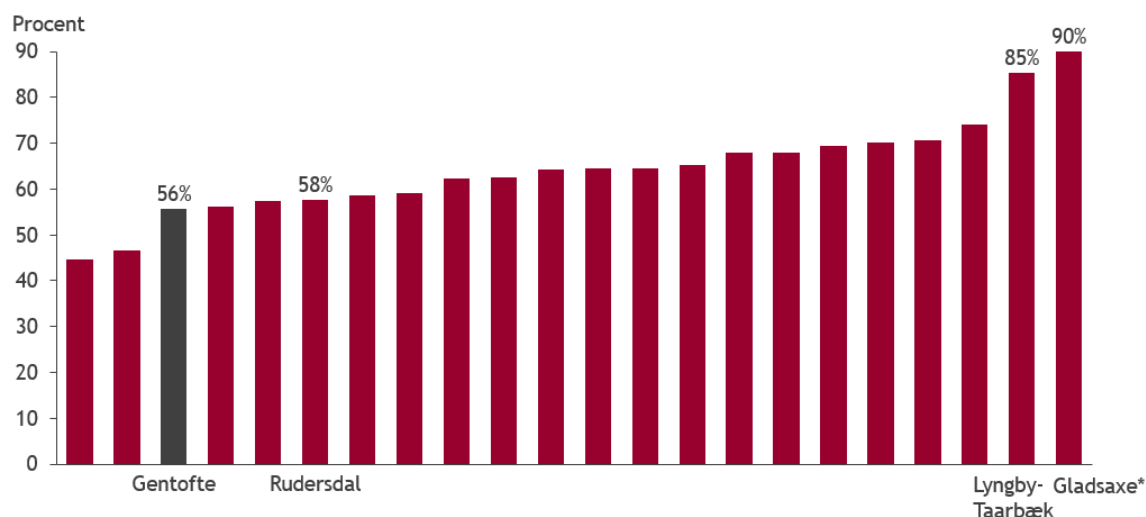
Note: Data baserer sig på visiteret tid til sundhedslovsindsatser leveret af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen til borgere i eget hjem i tre sammenhængende uger i årene 2019-2022, hvor der er taget et gennemsnit over de tre uger. For Gentofte, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe er tallene alle opgjort i uge 8-10 i 2022.

*Gladsaxe Kommune har oplyst, at de også tæller timer i perioder, hvor borger er indlagt på hospital.

Kilde: Kommunernes egne data indsamlet og bearbejdet af BDO.

Figur 4.18 viser delegeringsgraden for sundhedslovsindsatser i eget hjem, som beregnes ved at se på andelen af timer til sundhedslovsindsatserne, som leveres af hjemmeplejen. Det fremgår af figuren, at Gentofte Kommune ligger lavt på delegeringsgrad, og det vil sige, at 56 % af sundhedslovsindsatserne leveres af hjemmeplejen, mens de resterende 44 % leveres af hjemmesygeplejen.

Figur 4.18: Delegeringsgrad - Andel timer af sundhedslovsindsatser, som leveres af hjemmeplejen



Note: Data baserer sig på visiteret tid til sundhedslovsindsatser leveret af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen til borgere i eget hjem i tre sammenhængende uger i årene 2019-2022, hvor der er taget et gennemsnit over de tre uger. For Gentofte, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe er tallene alle opgjort i uge 8-10 i 2022.

*Gladsaxe Kommune har oplyst, at de også tæller timer i perioder, hvor borger er indlagt på hospital.

Kilde: Kommunernes egne data indsamlet og bearbejdet af BDO.

Samlet viser sammenligning af aktivitetstal for sundhedslovsindsatser i eget hjem, at der er relativt få borgere, som modtager sundhedslovsindsatser i Gentofte Kommune, men at de borgere som modtager

sundhedslovsindsatser i eget hjem, modtager mange timer, samt at indsatsen i højere grad leveres af sygeplejersker i Gentofte Kommune og i mindre grad af hjemmeplejen. Det lavere niveau af sygepleje kan skyldes, at Gentofte Kommune har et stort antal pladser af plejeboligtypen med hjemmehjælp, som rummer borgere, som i andre kommuner er i målgruppen for sygeplejen i eget hjem. Disse borgere bor i andre kommuner i stort omfang i eget hjem, hvor de modtager sundhedslovsindsatser fra sygeplejen og/eller hjemmeplejen.

BDO vurderer på baggrund heraf, at der er et potentiale i, at hjemmeplejen løser flere sundhedslovsindsatser i eget hjem efter SUL § 138 omkring sundhedslovsindsatser i eget hjem - og særligt når hjemmeplejen kommer i borgerens eget hjem. Det vil være en gevinst for borgere, der modtager hjemmesygepleje i Gentofte Kommune, at de kan opleve færre medarbejdere i hjemmet, ligesom det for Gentofte Kommune vil betyde en mere effektiv opgaveløsning. Dette uddybes nærmere i afsnit 5.5 om anvendelse og udvikling af kompetencer i den daglige opgavevaretagelse. Endelig vurderes det på baggrund af aktivitetstallene, at der bør rettes fokus på rammerne omkring sygeplejerskernes rolle som myndighed ift. omfanget af sygepleje, som hver borger modtager.

4.3.4 Plejeboliger

BDO har sammenlignet antallet af plejeboliger i Gentofte Kommune med tilsvarende i Gladsaxe Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune og Rudersdal Kommune. Nærmere bestemt er der opstillet et mål for dækningsgraden af plejeboliger, som er en simpel beregning af antallet af plejeboliger i kommunen pr. 100 ældre over 80 år og et udtryk for plejeboligkapacitet.

Gentofte Kommune adskiller sig fra andre kommuner ved at have to typer af plejeboliger. Ligesom andre kommuner har Gentofte Kommune almindelige plejeboliger med fast personale (plejehjem) til borgere, der ikke kan klare sig selv i eksisterende bolig på grund vidtgående fysiske og/eller psykiske handicap og derfor har behov for vedvarende pleje. Gentofte Kommune har derudover plejeboliger med hjemmehjælp til borgere, som ikke har behov for vedvarende pleje, men kan have svært ved at klare sig i en bolig og har behov for praktisk og/eller personlig hjælp grundet mere udtalte psykiske eller fysiske handicap. For at blive visiteret til boligtypen plejebolig med hjemmehjælp skal borgeren i nogen grad være i stand til at tage vare på egne behov, og borgeren skal kunne drage nytte af de tilbud om fællesskab og aktiviteter, der er i plejeboligerne, ligesom det er en forudsætning, at borgeren kan fungere med hjælp på aftalte tidspunkter og kan benytte nødkaldet, hvis der opstår akut behov for hjælp.

Gentofte Kommune har 647 plejeboliger med fast personale og 210 plejeboliger med hjemmehjælp svarende til en fordeling på henholdsvis 75 % og 25 %. BDO er blevet oplyst, at Lyngby-Taarbæk Kommune har 14 omsorgsboliger og 502 boliger på plejecentre svarende til en fordeling på henholdsvis 97 % og 3 %.

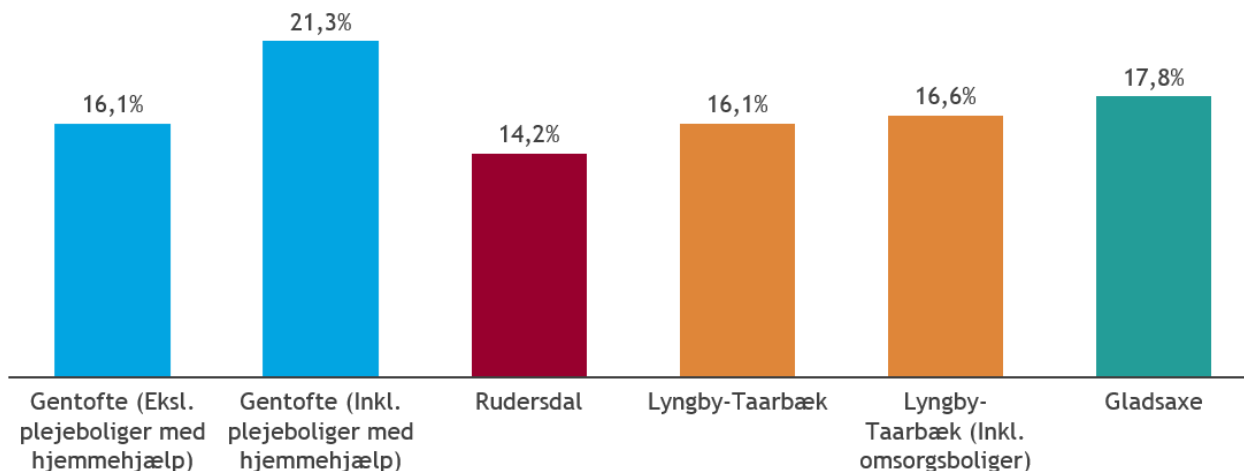
For at justere for denne forskel i typer af plejeboliger har BDO valgt at sammenligne dækningsgraden for plejeboliger med og uden plejeboligtypen plejeboliger med hjemmehjælp.

Af figur 4.19 fremgår det, at Gentofte Kommunes antal af plejeboliger sammenholdt med antal borgere over 80 år er på et middel niveau ift. de øvrige kommuner, når der udelukkende ses på plejeboliger med fast personale (plejehjem). Her har Gentofte Kommune flere pladser end Rudersdal Kommune, samme antal som Lyngby-Taarbæk og færre end Gladsaxe Kommune, når der justeres for antal borgere over 80 år.

Hvis Gentofte Kommunes plejeboliger med hjemmehjælp medtages i analysen, har Gentofte Kommune klart flere plejeboliger end de øvrige kommuner ift. antal borgere over 80 år.

På baggrund heraf vurderer BDO, at Gentofte Kommune har et middel til høj plejeboligkapacitet ift. de øvrige tre kommuner.

Figur 4.19: Dækningsgrad - andel plejeboliger ift. antallet af borgere over 80 år - 2021



Kilde: Gentofte Kommunes plejebolignotat, april 2021, og BDO's egne beregninger.

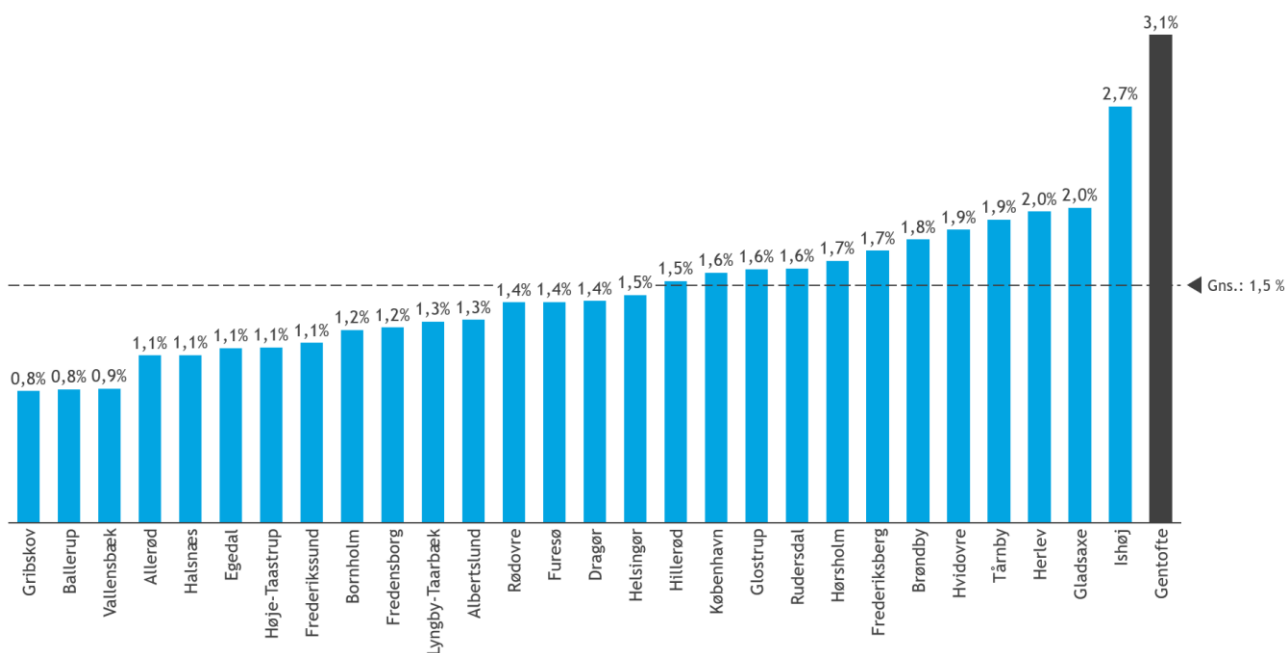
4.3.5 Midlertidige døgnpladser

BDO har også sammenholdt antallet af midlertidige døgnpladser i Gentofte Kommune med andre kommuner ift. antallet af borgere over 80 år. Dette er gjort på baggrund af data indsamlet af KKR i september 2021.

Gentofte Kommune har 125 midlertidige døgnpladser fordelt på 4 lokationer - 32 pladser på Drossellund, 7 pladser på Lindely og 3 pladser på Egebjerg. Dertil kommer 83 døgnrehabiliteringspladser på Tranehaven.

BDO har sammenholdt antallet af midlertidige døgnpladser med antallet af borgere over 80 år med øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Som det fremgår af figur 4.20, så har Gentofte Kommune klart flest midlertidige pladser ift. antallet af borgere over 80 år. Gentofte Kommune har 3,1 midlertidige pladser pr. 100 borgere over 80 år, mens gennemsnittet for kommunerne i Region Hovedstaden er på 1,5 midlertidige pladser pr. 100 borgere over 80 år.

Figur 4.20: Dækningsgrad - Andel midlertidige døgnpladser ift. antallet af borgere over 80 år - 2021

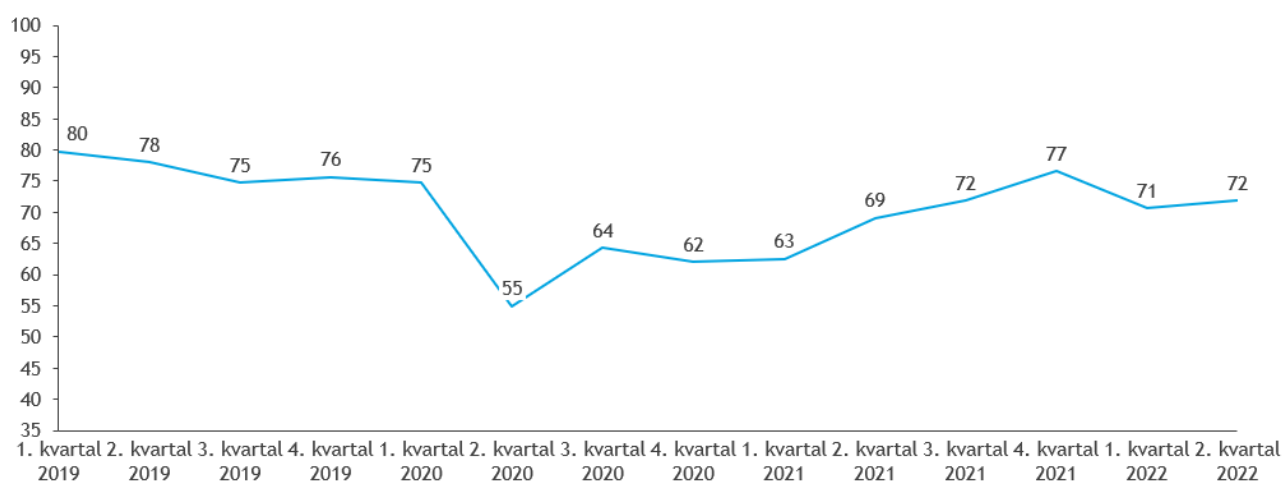


Kilde: KKR Region Hovedstaden og BDO's egne beregninger.

BDO har også set på aktivitetsdata for de midlertidige døgnpladser på Tranehaven og Drossellunden med antallet af borgere, som har benyttet døgnpladserne. Figur 4.21 viser, at Gentofte Kommunes midlertidige døgnpladser på Tranehaven ikke benyttes fuldt. I 2019 blev 64 af 83 pladser benyttet svarende til 77 % på Tranehaven. I 2020 blev udnyttelsen særligt påvirket corona - særligt i 2. kvartal. I 2021 blev der i gennemsnit benyttet 58 af 83 pladser på Tranehaven svarende til 70 % af de midlertidige døgnpladser. I 2022 er der frem til 25. maj i gennemsnit benyttet 59 af 83 pladser på Tranehaven svarende til 71 %. På Drossellunden har der været en reduktion i antallet af pladser som følge af Corona i 2021, mens der i 2022 har været nærmest fuld belægning med i gennemsnit 31 af 32 pladser svarende til 96 %.

På baggrund af den høje dækningsgrad og ikke udnyttede kapacitet vurderer BDO, at der er et potentiale i et optimeret brug af midlertidige døgnrehabiliteringspladser.

Figur 4.21: Belægningsgrad - andel af de midlertidige døgnpladser som er benyttet i gns. pr. måned



Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

4.4 UDGIFTSFREMSKRIVNING

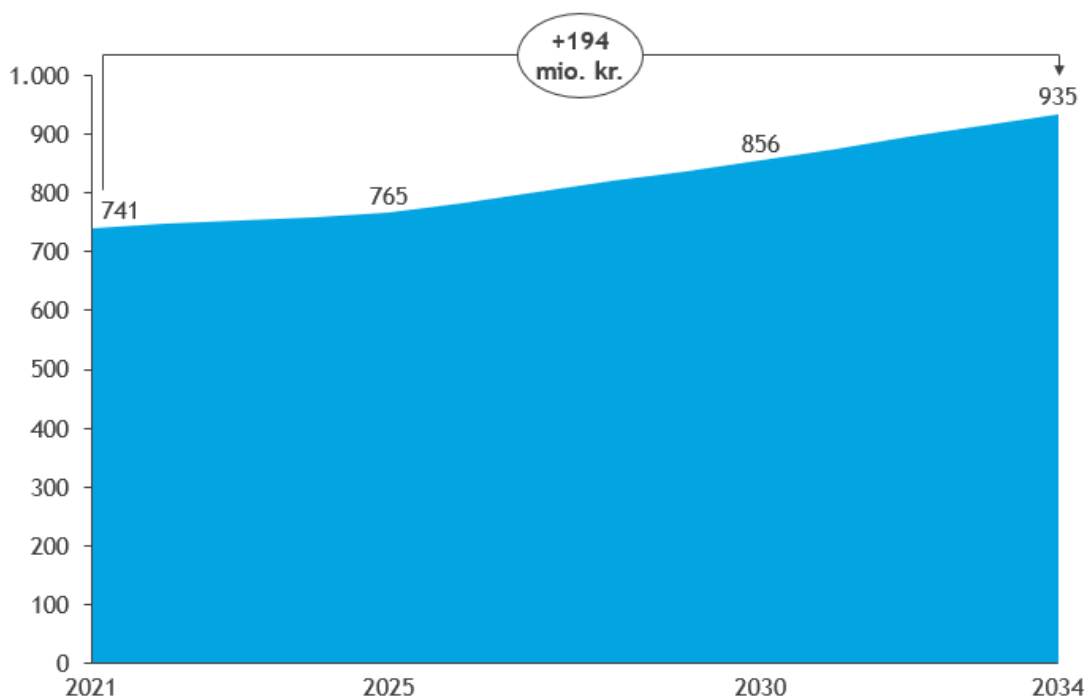
Udover de deskriptive analyser og benchmark har Gentofte Kommune ønsket en fremskrivning af udgiftsbehovet til ældre- og sundhedsområdet set i lyset af den forventede demografiske udvikling.

BDO's tilgang til udgiftsfremskrivning er en alt-andet-lige-tilgang, hvor vi tager udgangspunkt i de nuværende servicerelaterede udgifter og med nogle simple og gennemsigtige antagelser fremskriver i forhold til den forventede udvikling. Det vil sige, at der ikke er taget højde for betydning af forebyggelse, øget rehabilitering og sund aldring - forstået som, at borgere i takt med stigende alder i befolkningen bevarer en relativt god helbredtstilstand og funktionsniveau, som udskyder behov for hjælp. Endelig er der ikke taget højde for politiske beslutninger og reformer på nationalt plan for de kommunale opgaver på ældre- og sundhedsområdet samt lokalpolitiske beslutninger og investeringer i velfærdsteknologi mv.

BDO's fremskrivning af udgifterne tager udgangspunkt i det nuværende udgiftsniveau for henholdsvis plejeboliger, hjemmepleje og sygepleje samt rehabiliteringsområdet med midlertidige pladser, ambulansetræning og tværgående træningsteam, hvor der anvendes tre forskellige tilgange til at fremskrive udgifterne, da der er forskellige forhold gældende for de forventede udgifter samt forskellige data til rådighed til beregning af enhedsudgifter og fremskrivning heraf. Den nærmere beskrivelse af de anvendte tilgange findes i tabel 7.7 i rapportens bilag.

BDO's udgiftsfremskrivning frem til 2034 viser, at med udgangspunkt i det nuværende udgiftsniveau, de anvendte metoder og forventede demografiske udvikling står Gentofte Kommune overfor en stigning 194 mio. kr. i 2034 på ældre- og sundhedsområdet. Tallene skal ses som alt-andet-lige estimater med de antagelser og forbehold, som er beskrevet på de tidligere sider og uden pris- og løn-fremskrivninger.

Figur 4.22: Udgiftsfremskrivning på ældre- og sundhedsområdet i Gentofte Kommune (faste-priser-2021)



Kilde: Gentofte Kommune og BDO's egne beregninger.

I næste afsnit beskrives de identificerede tværgående indsatsområder, som BDO's anbefalinger står på i forhold til, hvordan Pleje og Sundhed kan arbejde med fortsat at sikre kvalitet og tryghed i ældreplejen samtidig med, at udgiftsniveauet pr. borger kan sænkes i takt med, at der kommer flere ældre borgere, og dermed ændrer på hældningen på udgiftskurven.

5. ORGANISATORISKE OG FAGLIGE INDSATSONRÅDER

Gentofte Kommune etablerede i 2021 en fælles organisation bestående af plejeboliger, hjemme- og sygepleje, træning samt myndighed - Pleje og Sundhed. I den forbindelse blev der defineret fire bærende bevægelser, som er udgangspunktet for områdets udvikling for at sikre, at organisationen er rustet til at imødekomme de demografiske og bemandingsmæssige udfordringer samt udviklingen mod det nære, sammenhængende sundhedsvæsen.

De fire definerede bevægelser for Pleje og Sundheds udvikling er:

- Styrket rehabilitering med effekt for borgeren
- Øget sammenhæng i tilbud til borgeren
- Attraktive arbejdspladser, der udvikler medarbejdernes kompetencer
- Grænsekrydsende ledelse, der fremmer en lærings- og forbedringskultur

Uddybende handler bevægelsen om rehabilitering og effekt for borgerne om, at der ønskes at skabe en organisation med større sammenhæng og samarbejde mellem områderne i Pleje og Sundhed, hvor borgerens situation og behov kommer først, og indsatser igangsættes og tilpasses herefter med fokus på høj effekt og værdiskabelse for borgerne. Det kræver systematik i samarbejdet internt og en høj grad af tværfaglighed og koordination, som skal understøttes af et øget målfokus og bedre opfølgning. Dette hænger sammen med et ønske om sammenhæng i tilbudsviften, som adresserer, at der er brug for en fleksibel tilbudsvifte med fokus på at sætte tidligt ind med forebyggende indsatser og rehabilitering suppleret med hjælpemidler og velfærdsteknologier, der kan understøtte, at borgere bevarer funktionsevne og livskvalitet.

Dertil kommer bevægelserne rettet mod en attraktiv arbejdsplads med kompetente medarbejdere samt kultur og ledelse, som skal ses i lyset af den stigende rekrutteringsudfordring af sundhedsfagligt personale og stigende krav til opgaveløsningen. Derfor er der behov for at sætte fokus på god ledelse, godt arbejdsmiljø og høj trivsel kombineret med praksisnær kompetenceudvikling af medarbejdere, så de er rustet til at varetage stadigt mere komplekse borgerforløb og tværfagligt samarbejde. Endelig handler det om at styrke den tværgående ledelse, så der bliver skabt smidige samarbejdsflader omkring borgeren og kerneopgaven. Dette suppleres med et ønske om en inddragende organisation, hvor der er åbenhed, høj tillid og godt samarbejde, hvor medarbejdere og ledere er trygge ved at tage ansvar på sig og tage initiativ til at drive nye udviklingsinitiativer.

På baggrund af sags gennemgang, interviews og workshops med medarbejdere og ledere har BDO identificeret syv indsatsområder, som rummer udfordringer og muligheder i forhold til de opstillede målsætninger og den forventede udvikling på området:

1. Styrket forventningsafstemning om serviceniveau og fokus på rehabilitering
2. Ensartet og systematisk dokumentationspraksis
3. Styrkelse af det tværganisatoriske samarbejde om fælles mål og plan for borgeren
4. Faste arbejdsgange for de typiske borgerforløb og overgange mellem områder
5. Anvendelse og udvikling af kompetencer i den daglige opgavevaretagelse
6. Styrket udnyttelse af velfærdsteknologi og digitale løsninger
7. Styrket fælles retning og lærings- og forbedringskultur.

De syv indsatsområder beskrives nedenfor, hvorefter der til slut i afsnit 6 samles op på den samlede analyse med BDO's konkrete anbefalinger og handlemuligheder, der vurderes at kunne styrke Pleje og Sundhed i et flerårigt sigte.

5.1 STYRKET FORVENTNINGSADFSTEMNING OM SERVICENIVEAU OG FOKUS PÅ REHABILITERING

Medarbejdere og ledere oplever, at Gentofte Kommunes kvalitetsstandarder er formuleret på et overordnet niveau, som på den ene side giver rum til fleksibilitet og rummelighed i udmøntningen af serviceniveauet, men som på den anden side sender opgaven med at udmønte og forklare serviceniveauet overfor borgerne videre til dem.

Når BDO i forbindelse med analysen har gennemgået Gentofte Kommunes indsatskataloger for personlig pleje og praktisk hjælp samt hjemmesygepleje og sammenholdt det med tilsvarende fra andre kommuner, da viser sig et potentiale i at sikre et mere overskueligt og handlevejledende indsatskatalog. Andre kommuner lykkes i højere grad med at sikre, at indsatskataloget er en forlængelse af og understøtter kommunernes kvalitetsstandarder og fungerer derved som en mere detaljeret vejledning for, hvordan det politisk fastsatte serviceniveau konkret kan omsættes. Et konkret forbedringsområde er, at Gentofte Kommunes indsatskatalog for hjemmepleje har relativt få visitationskriterier i forhold til funktionsniveau og omfang af hjælp, hvor der i de øvrige kommuner er en mere tydelig kobling mellem funktionsniveauer og omfang af hjælp.

De relativt fleksible rammer for at udmønte serviceniveauet kan udgøre en udfordring i forhold til ønsket om en rehabiliterende tilgang, hvor nogle borgere sætter lighedstegn mellem god service og at få en service udført af en medarbejder fra kommunen fremfor at få hjælp til selv at håndtere hverdagens opgaver i størst mulig grad. Det kan også afspejle sig i medarbejdernes tilgang, der har et ønske om at sikre tilfredse borgere, hvorfor det bliver den nemme løsning at lave opgaven for borgeren fremfor at støtte og motivere borgeren til at deltage aktivt.

Vejen frem er at få omsat kommunens værdighedspolitik i kommunens kvalitetsstandarder samt konkretiseret det yderligere med et administrativt indsatskatalog. Indsatskataloget kan fungere som et internt styringsværktøj med beskrevne funktionsniveauer og indsatser, som myndighedspersoner kan bruge i visitation af indsatser samt i den løbende dialog med udførende fagpersoner.

Et retningsgivende indsatskatalog for kommunens indsatser kan understøtte, at der skabes et tydeligt og ensartet serviceniveau med en ensartet kvalitet på tværs af områder og geografi. Ligeledes kan indsatskataloget bruges som dialogredskab internt mellem aktører i Pleje og Sundhed, men også i den konkrete forventningsafstemning med borgere og pårørende.

Endelig vil udarbejdelse af et styrket indsatskatalog have nogle styringsmæssige fordele, hvor der vil være en tættere kobling mellem det politisk fastsatte serviceniveau og tildelte budget, som kan bruges i den løbende styring på priser og mængder.

5.2 ENSARTET OG SYSTEMATISK DOKUMENTATIONSPRAKSIS

Den væsentligste konklusion fra BDO's sagsgennemgang er, at der er et potentiale for en mere systematisk og ensartet dokumentationspraksis på tværs af Pleje og Sundhed. Det er desuden blevet bekræftet og uddybet af medarbejdere og ledere på de afholdte workshops.

Udfordringerne ved den nuværende dokumentationspraksis kommer til udtryk ved, at der er forskellige forståelser af, hvad der skal dokumenteres, og hvor i Nexus oplysningen skal dokumenteres. Der har dannet sig løsninger lokalt og hos den enkelte medarbejder. Medarbejdere i Pleje og Sundhed efterspørger derfor et behov for fælles beslutninger og retningslinjer centralt i Pleje og Sundhed for, hvordan man skal bruge systemet.

BDO's sagsgennemgang gav desuden indtryk af, at der er meget tavs viden på de enkelte enheder, som ikke bliver dokumenteret konsekvent, ligesom det er kommet frem på workshops, at dokumentation fra det ene område ofte ikke bliver genbrugt, men at der er en oplevelse af, at man må starte forfra, når man overtager borgeren, i stedet for at udnytte den eksisterende viden om borgeren i organisationen.

Ensartethed og systematik er nødvendig i forhold til at samarbejde på tværs og skabe gode sammenhængende borgerforløb med effekt. Alternativt er det svært at sikre, at man arbejder i samme retning, og borgerne kan opleve, at man ikke taler sammen.

I forbindelse med workshops har deltagerne givet en række konkrete input til opgaven med at udvikle en mere ensartet og systematisk dokumentationspraksis. Det handler om, at eksisterende arbejds gange og

procedurer skal genbesøges i samarbejde med Nexusteamet og lokale repræsentanter, som på baggrund heraf skal udarbejde fælles bindende retningslinjer, som der skal være commitment til at overholde på tværs af organisationen. Derudover er der behov for højt ledelsesfokus og på kontinuerlig implementering og opfølgning, samt at superbrugere i alle enheder er til rådighed for instruktion og vejledning af kolleger, herunder systematisk introduktion for nye medarbejdere. Endelig kan der af ressourcehensyn udarbejdes e-læring, som kan understøtte undervisningen.

I forbindelse med nye arbejdsgange skal desuden ses, om funktionerne kan forenkles, og ubrugte funktioner skal så vidt muligt fjernes samt lette muligheden for adgang til Nexus for vikarer. Endelig skal det undersøges, om der er truffet fravalg af tilkøbsmoduler, som skal genovervejes på baggrund af erfaringer fra andre kommuner. Her nævnes særligt et træningsmodul for terapeuter.

Indsatsområdet afspejler, at ledere og medarbejdere i alle enheder af organisationen ser et potentiale i en styrket og mere systematisk dokumentationspraksis, så Nexus kan bruges som hjælpeværktøj, og tavs viden kan blive omsat til fælles skriftlig viden i organisationen. BDO vurderer det som en væsentlig forudsætning for at skabe gode sammenhængende borgerforløb med større tilfredshed for borgerne, ligesom det anses positivt for medarbejderne med en større tydelighed og rammesætning af dokumentationsopgaven.

Mange kommuner har lignende udfordring som Gentofte Kommune, og opgaven bør ikke undervurderes. Sproglige, skriftlige og tekniske færdigheder kan udgøre en barriere for nogle medarbejdere, hvilket må indgå som et vilkår i implementeringsplanen.

5.3 STYRKELSE AF DET TVÆRORGANISATORISKE SAMARBEJDE OM FÆLLES MÅL OG PLAN FOR BORGEREN

Gennem interview og workshops har enhederne i Pleje og Sundhed givet udtryk for, at de ser et potentiale i at samarbejde om en fælles, rehabiliterende plan ved opstarten af borgerforløb, som indeholder tydelige fælles mål for den igangsatte indsats. Dette blev også bekræftet af den gennemførte sags gennemgang, hvor BDO kunne konstatere, at målet for borgernes indsatser i borgerjournalen ikke altid fremgår.

Hvis det fælles mål fremstår uklart og der ikke er lagt en fælles plan for forløbet, betyder det at det ikke er tydeligt for de forskellige fagpersoner, hvad formålet med indsatsen er, og hvordan de hver især bedst kan bidrage. Det er særligt en udfordring, når tendensen er, at flere fagpersoner er i spil omkring borgerne - fx SOSU-assistenten, -hjælperen, sygeplejersker, visitatorer, terapeuter, aktivitetsmedarbejdere mv. Vilkår som multisygdom og korte indlæggelser øger yderligere kompleksiteten og behovet for at koordinere internt omkring fælles mål. Det kan være frustrerende for borgere og pårørende, hvis de oplever en ukoordineret indsats uden et klart mål, og der er risiko for, at forløb kan blive ufokuserede og forlænget.

Der er bred enighed blandt medarbejdere og ledere om, at vejen frem er tydelige fælles mål for borgere i forløb hos Pleje og Sundhed samt en samlet plan med delmål knyttet til den enkelte indsats, som så afspejler den rehabiliterende tilgang, hvor der sigtes efter at give borgerne de bedste muligheder for at bevare en god hverdag på egne vilkår. Opstilling af fælles mål for indsatsen skal i videst muligt omfang helst ske ved opstart af forløb i samarbejde med borgere og pårørende, så de har forståelse for indsatsen og dermed har motivation og mulighed for at bidrage til realisering af målet. Borgerens mål kan både sigte mod at forbedre og genvinde funktionsevne eller mod at bevare det nuværende funktionsniveau, hvilket altid skal dokumenteres i borgerjournalen, så forskellige fagpersoner på tværs af områder har et fælles arbejdsredskab.

På længere sigt indebærer fokuserede, rehabiliterende indsatser et potentiale for at spare ressourcer i Pleje og Sundhed, fordi forløbene kan blive kortere og mere fokuseret, samt at borgerne og pårørende oplever tryk og sammenhæng i indsatsen. En samlet plan med fælles mål vil etablere et styrket udgangspunkt for at måle og vurdere progression. Endvidere ligger der et yderligere potentiale i at følge mere systematisk op på målopfølgningen for derefter at korrigere indsatsen for at opnå endnu bedre resultater eller alternativt udfase indsatser, hvis de ikke virker.

For at opnå de ønskede gevinster af arbejdet med fælles mål og plan forudsætter det, at det bliver tænkt ind i arbejdsgangene omkring dokumentation, og der er et teknisk setup, så det er hurtigt og nemt for medarbejderne at orientere sig i borgernes plan.

5.4 FASTE ARBEJDSGANGE FOR DE TYPISKE BORGERFORLØB OG OVERGANGE MELLEMLØB

Områderne i Pleje og Sundhed har mange gode tilbud til borgerne med kompetente og fagligt dygtige medarbejdere. En forudsætning for at opnå fuldt udbytte af den samlede mængde ressourcer, kompetencer og tilbudsvifte er overblik og viden samt sammenhæng mellem tilbuddene. BDO ser et fremadrettet potentiale i at lykkes bedre med at henvise rette borger til det rette tilbud på rette tidspunkt gennem en fælles, tværgående indsats med fokus på at starte med det laveste niveau i forhold til omfang og ressourcer.

Indsatsen for at sikre mere standardiserede arbejdsgange og forløbsbeskrivelser adresserer flere centrale udfordringer vedr. tidlig opsporing og målrettet forebyggende indsats, sammenhæng i borgerforløb, tværgående koordinering og videndeling i overgange mellem enheder.

Standardprocedurebeskrivelser (arbejdsgange) for de typiske borgerforløb kan bidrage til at styrke kvaliteten. Ikke fordi standardforløbet altid skal følges slavisk - det skal tværtimod tilpasses den enkelte borger, men fordi det etablerer en fast ramme for samarbejdet i de forskellige faser og særligt ved overgange mellem enheder, så borgeren oplever en koordineret og tilpasset indsats, der skaber tryghed og tillid.

Der opleves også potentiale i et styrket helhedsperspektiv på borgerens samlede forløb i Pleje og Sundhed. Det kan for eksempel være i forbindelse med døgnophold på rehabiliteringspladser, hvor der i dag ikke er en fast, gennemgående forløbsmodel med tydelig rolle og ansvar, procedurer og arbejdsgange. Dette kan resultere i langtrukne forløb uden klart formål, samt situationer hvor borgeren hjemsendes uden, at overgangen til eget hjem er forberedt og koordineret med hjemmeplejen og det tværgående træningsteam, så det risikeres, at genvundne færdigheder tabes.

En række forhold er særligt relateret til snitflader og overgange på tværs af enheder og afdelinger, som særligt bør prioriteres i udarbejdelsen af standardiserede beskrivelser af borgerforløb. I analysen er det blevet italesat, at der særligt er et potentiale for at styrke samarbejdet og overgangene i følgende snitflader:

- mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje
- fra udskrivning fra hospital og koordinerende sygeplejersker i myndighed til midlertidige døgpladser
- fra hospital til eget hjem - særligt i aftentimerne
- fra midlertidige døgpladser til eget hjem samt
- det generelle samspil med myndighed om vurdering og visitation af borgeren.

Ledere og medarbejdere ser det som vejen frem at få beskrevet nogle standardiserede forløb, som beskriver det normale forløb og afklarer roller og ansvar i de forskellige faser som en fælles ramme for at arbejde mere helhedsorienteret om gode borgerforløb på tværs af enheder. For at sikre sammenhæng i tilbudsviften er næste skridt at få aftalt og indarbejdet nogle faste procedurer og arbejdsgange med særligt fokus på overgangene fx tidspunkt for indkaldelse til målsamtale, dato for opfølgning og forventet afslutningstidspunkt, der er eksempler på vigtige milepæle i borgerforløbet. Disse forventes at skabe øget sikkerhed for, at de rette kompetencer inddrages tidligt.

Indsatsen skal også omfatte borgerforløb i den "lave ende af indsatstrappen" med fokus på tidlig opsporing og rettidig igangsættelse af målrettede, forebyggende indsatser. Standardforløbet beskriver her, hvordan og hvornår medarbejdere på tværs af organisationen forventes at reagere, og hvem de kan/skal inddrage, hvis der er tegn på begyndende funktionsevnetab eller sygdom.

Standardiserede forløbsbeskrivelser vil kunne give støtte til medarbejderne i beslutninger om tildeling og udførelse af ydelser og bidrage til forventningsafstemning med borgere og pårørende. Mere standardiserede forløb vil også betyde en mere effektiv koordinering og kommunikation, da der sker en tydeliggørelse af de interne aktørers rolle og ansvar i indsatsen, hvor det bliver mindre personafhængigt og mere struktureret.

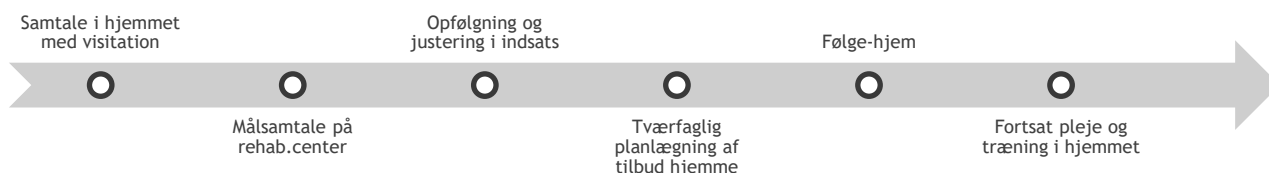
Endelig ligger der et potentiale i at opnå bedre ressourcer ved det samme udgiftsniveau gennem bedre kapacitetsudnyttelse og dermed en mere hensigtsmæssig anvendelse og fordeling af ressourcer og kapacitet, hvor pladserne fx ikke er besat med borgere, som enten har mulighed for at klare sig i eget

hjem med begrænset støtte, eller som ikke er i stand til at deltage fuldt ud og derfor har mindre udbytte af indsatsen.

Standardiserede forløb indebærer en ensretning af samarbejdsflader i forhold til møder, roller og ansvar for dokumentation, som de forskellige områder, enheder og grupper alle skal arbejde efter.

Standardiserede forløb kræver derfor ledelsesmæssige beslutninger, som efterfølgende skal udmøntes og kommunikeres via ledelsessystemer.

Eksempel: 3 ugers intensivt rehabiliteringsforløb med ophold på døgnafsnit:



5.5 ANVENDELSE OG UDVIKLING AF KOMPETENCER I DEN DAGLIGE OPGAVERETAGELSE

Som det fremgik af afsnit 4.2 om personaleressourcer, så har Pleje og Sundhed et højere kompetenceindeks end sammenlignelige kommuner, som bl.a. er drevet af relativt flere social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Der er blandt medarbejdere og ledere en erkendelse af, at der er et potentiale i at udnytte kompetencerne endnu bedre rundt i organisationen, så opgaver løses på det mindst specialiserede kompetenceniveau - i stedet for omvendt - og så alle har mulighed for at bruge og udvikle deres kompetencer.

Det er BDO's indtryk, at der er potentiale på tværs af områderne i Pleje og Sundhed, hvor nogle enheder bl.a. på plejeboligområdet i højere grad lykkes med dette i dag. Potentialet er særligt tydeligt i leveringen af sundhedslovsindsatser efter SUL § 138 i eget hjem (hjemmesygepleje), hvor det i data ses, at sammenlignet med andre kommuner modtager relativt få borgere hjemmesygepleje i Gentofte Kommune, men de er til gengæld visiteret relativt mange timer, og det løses i mindre grad af medarbejdere i hjemmeplejen end i andre kommuner.

For at indfri potentialet er det nødvendigt at skabe en klarere struktur for og overblik over, hvilke faggrupper og medarbejdere, der kan løfte de forskellige opgaver hos borgere, så sygeplejersker har tryk og tillid til at delegerer indsatser til øvrige faggrupper, når hjemmeplejen kommer i borgerens hjem i forvejen. Dette vil bidrage til ændre på de nuværende vaner og rutiner og skabe udgangspunktet for en helhedspleje for borgeren, hvor der sigtes efter, at de medarbejdere, som kommer i hjemmet, oplæres i at løse flest mulige opgaver med faglig sparring fra sygeplejersker.

En vej at gå er at få udarbejdet kompetenceprofiler og få synliggjort i indsatskataloget, på hvilket niveau de forskellige faggrupper kan varetage indsatser afhængigt af opgavens kompleksitet og borgerens funktionsniveau. Det vil synliggøre, hvilke kompetencer de respektive faggrupper har, og hvilke indsatser og niveau, det kan forventes, at de kan løse tilfredsstillende eller alternativt kan oplæres til at løse. Kompetenceprofilerne skal både sikre en faglig ansvarlig og hensigtsmæssig opgaveløsning og samtidig give fleksibilitet og mulighed for at social- og sundhedsassistenter og -hjælpere kan varetage opgaver i forlængelse af deres uddannelse, men også mulighed for at oplære erfarne medarbejdere, der har opbygget kompetencer fra praksis. Pleje og Sundhed kan med fordel hente inspiration for kompetenceprofiler og strukturer for opgavedeling fra andre kommuner.

Der er et godt afsæt for at arbejde yderligere med hensigtsmæssig opgavedeling, da der er lavet en ny organisering af hjemmeplejen og sygeplejen, som lægger op til øget integration af hjemmepleje og hjemmesygepleje. En opmærksomhed i forhold til delegering af opgaver til hjemmepleje er, at en relativ stor andel af borgere i Gentofte Kommune modtager hjemmepleje fra private leverandører, hvorfor der også er behov for at gøre kompetenceprofiler og øget struktur for samarbejdet gældende her.

Endelig er der behov for fortsat ledelsesmæssig fokus på at ændre kultur og mindset i retning mod at tænke mere tværfagligt i opgaveløsningen i Pleje og Sundhed, så der i planlægning og tilrettelæggelse af forløb bliver fokuseret på, at flest muligt opgaver løses på det lavest mulige kompetenceniveau af de medarbejdere, som typisk også har andre opgaver for borgeren.

5.6 STYRKET UDNYTTELSE AF VELFÆRDSTEKNOLOGI OG DIGITALE LØSNINGER

Enhederne i Pleje og Sundhed har begrænset erfaring med at anvende velfærdsteknologi og digitale løsninger, og der foreligger på nuværende tidspunkt ingen fælles retning herfor. Mange er dog nysgerrige og ser et potentiale i mere systematisk udbredelse i fx skærmbesøg og bevægelsessensorer.

På tværs af Pleje og Sundhed er et forskelligartet billede af strategien for anvendelse og implementering af velfærdsteknologi. På demensområdet er der flere gode erfaringer med forskellig afprøvning af velfærdsteknologi, mens der for borgere i eget hjem ikke er en koordineret indsats for afprøvning af velfærdsteknologier.

Hvis velfærdsteknologier skal implementeres systematisk i Pleje og Sundhed, er der behov for en beslutning og strategi fra toppen af organisationen, eventuelt i form af en egentlig vision for anvendelse af velfærdsteknologi, hvilket blev foreslået på en ideworkshop undervejs i analysen.

BDO anbefaler en tilgang, hvor der tages udgangspunkt i opgaver, hvor der ses et potentiale for at spare tid og ressourcer fx sygeplejebesøg, der kan afvikles som skærmbesøg, eller kontrolleret medicingivning via en medicinrobot. Teknologien introduceres først i en enhed/distrikt, idet der i indkøringsperioden er mulighed for at trække på teknisk bistand. Resultaterne bør følges tæt i en proces, der både involverer borgere og medarbejdere med henblik på at vurdere borgernes oplevelser og betydning for de visiterede timer til hjemmepleje og/eller sygepleje. Baseret på læring i det første distrikt udbredes løsningen systematisk til resten af kommunen. Hermed kan det efterfølgende distrikt tage ved lære af de implementeringserfaringer, der allerede er gjort i kommunen.

De konkrete velfærdsteknologiske løsninger, som udbredes i hele kommunen skal udvælges ud fra positive tilbagemeldinger fra borgere og en forventning om en reduktion i visiterede timer til hjemmepleje og sygepleje, så løsningen kan holdes inden for eksisterende ressourcer. Der er dog behov for en nærmere afdækning af behov for tilførsel af ressourcer til prioritering af området.

Erfaringer fra andre kommuner - fx Haderslev Kommune -, er, at implementering af velafprøvede velfærdsteknologiske løsninger rummer en række muligheder for mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse, samtidig med at borgerne kan blive mere selvhjulpne og uafhængige. Velfærdsteknologi er ikke relevant for alle, og målgruppen skal udvælges omhyggeligt og gerne relativt tidligt i den plejkrævende borgers forløb. Velfærdsteknologi udmærker sig netop ved at være et af de indsatsområder, hvor der kan frigives ressourcer til at opprioritere andre opgaver.

Forandring af velfærdsteknologiske løsninger samt de hertil knyttede arbejdsgange og rutiner kan være vanskeligt og vil ofte kræve vedvarende ledelsesmæssig og evaluerende fokus. Det er ikke tilstrækkeligt at indkøbe nye teknologier, selvom de kan være i drift og virksomme i andre kommuner. En forudsætning er organisatorisk understøttelse, herunder adgang til teknologisk viden og support.

Der er en implementeringsmæssig barriere i, at medarbejderne er usikre om, hvorvidt borgerne kan 'finde ud af' at bruge velfærdsteknologier. Det kalder på, at medarbejderne kan sparke om, hvilke borgere der er de rette i forhold til den enkelte velfærdsteknologiske løsning samt have klare rammer for, hvordan de bedst muligt går til opgaven overfor borgerne.

5.7 STYRKET FÆLLES RETNING OG LÆRINGS- OG FORBEDRINGSKULTUR

Det er BDO's indtryk, at Pleje og Sundhed råder over en stor gruppe af kompetente og engagerede ledere og medarbejdere med faglig viden, erfaring og refleksion over forbedringspotentialer og forslag til forbedringer til gavn for borgere og kommunen. På samme tid er det dog også BDO's oplevelse, at der er ønske om at skabe en styrket lærings- og forbedringskultur, hvor der er kortere fra tanke til handling.

Pleje og Sundhed blev lagt sammen til en samlet organisation i 2021, og der er blevet etableret en chefgruppe for Pleje og Sundhed, som skal stå i spidsen for den strategiske udvikling af Pleje og Sundhed på tværs af områder og enheder. Der er blandt medarbejdere og ledere positive forventninger, der giver udtryk for, at de er forandringsparate og tror på, at det er den rette vej at gå for at skabe en mere

sammenhængende organisation. Konkret efterspørges det særligt, at der på ledelsesniveau træffes nogle fælles beslutninger om ensretning af procedurer og arbejdsgange på tværs af områder og enheder. Det taler blandt andet ind i indsatsområderne om dokumentation og mere standardiserede forløb.

Etablering af et fælles ledelsesteam er fortsat undervejs, og der er dermed også medarbejdere, som ikke har kendskab til tankerne bag en samlet organisation og den strategiske udvikling. Der er derfor behov for en fortsat tydelig kommunikation ud i organisationen om fortællingen og den ønskede strategiske retning for Pleje og Sundhed. Dette skal suppleres af ledere lokalt, der skal bidrage til at formidle og oversætte de strategiske mål for medarbejdere. Heri ligger ligeledes et potentiale i at inddrage medarbejdere undervejs i udviklingsarbejdet i udvalgte strategiske projekter med henblik på at skabe ejerskab og fortælle historien rundt i organisationen. I forlængelse heraf er også et internt ønske om at arbejde med en lærings- og forbedringskultur, hvor initiativer kan vokse nedefra og op.

Dertil kommer, at der er behov for at rette et ledelsesmæssigt fokus på et fælles ejerskab for opgaveløsningen samt at styrke den enkelte psykologiske sikkerhed til at stille spørgsmål, når man undres eller er i tvivl, og hvor man tør lave fejl. Det er oplevelsen, at der er flere enheder og teams, som er kendetegnet heraf, men der er generelt et behov for at udbrede og tydeliggøre, at det er et fælles ansvar at bidrage til løbende forbedringer og udvikling i organisationen.

Der er også erfaringer med arbejdet med projektet 'I Sikre Hænder', som er et forbedringsprogram i kommunerne, hvor Gentofte Kommune har deltaget. Der er således mulighed for at udbrede værktøjer og metoder herfra, som kan bidrage til at skabe en øget systematik til at sikre et løbende arbejde med forbedringer af indsatsen for borgerne.

6. ANBEFALINGER OG HANDLEMULIGHEDER

Afslutningsvis præsenteres BDO's konkrete anbefalinger til Gentofte Kommune på baggrund af analysen rettet mod, hvordan Pleje og Sundhed i de kommende år kan arbejde med fortsat at sikre kvalitet og tryghed i ældreplejen. I tråd hermed er anbefalinger rettet mod at imødekomme rekrutteringsudfordringer nu og i fremtiden ved at sikre at de ressourcer og kompetencer der er til rådighed bruges til de vigtigste opgaver.

BDO har udarbejdet 11 konkrete anbefalinger som er opdelt i fem anbefalinger med politisk beslutningsrum og seks anbefalinger med et driftsnært indhold. Anbefalingerne beskrives nærmere nedenfor samt de vurderede potentialer og gevinster knyttet til indsætterne samt betydningen for borgere i Gentofte Kommune.

ANBEFALING MED POLITISK BESLUTNINGSRUM:

<p>ANBEFALING 1 TYDELIGERE POLITISK FASTSAT SERVICENIVEAU POLITISK MULIGHEDSRUM</p>
<p><u>Beskrivelse af anbefalingen</u> Der er behov for en større klarhed over kommunens serviceniveau på ældre- og sundhedsområdet. Det anbefales, at kommunens serviceniveau beskrives klarere i kvalitetsstandarder og med en tættere kobling til ønskerne om en rehabiliterende tilgang, som det også er beskrevet i kommunens værdighedspolitik. Det anbefales, at kvalitetsstandarder bliver omsat til et mere handlevejledende og retningsgivende administrativt indsatskatalog, hvor det politisk fastsatte serviceniveau udmøntes med konkrete indsatser og ydelser baseret på borgerens funktionsniveau.</p> <p>Gentofte Kommune kan i processen med udarbejdelse af et indsatskatalog søge inspiration fra andre kommuner, der har gjort sig erfaring i forhold til indhold og opbygning.</p>
<p><u>Potentialer og gevinster</u> Dette vil medføre en større ensartethed i serviceniveau og ensartet kvalitet på tværs af områder og geografi samt et bedre grundlag for medarbejdernes forventningsafstemning om serviceniveau med borgere og pårørende. Endelig vil det bidrage til en bedre styring og tættere kobling mellem aktivitet og økonomi.</p>
<p><u>Borgerperspektiv</u> Borgerne vil opleve et mere ensartet serviceniveau samt en bedre forventningsafstemning og dialog med medarbejdere om kommunens indsatser.</p>

<p>ANBEFALING 2 ØGET BRUG AF REHABILITERINGSFORLØB EFTER SEL § 83A POLITISK MULIGHEDSRUM</p>
<p><u>Beskrivelse af anbefalingen</u> Gentofte Kommune udfører relativt få korterevarende rehabiliteringsforløb til borgere med nedsat funktionsevne efter SEL § 83a. Det anbefales, at der ses på den nuværende organisering og samarbejdet mellem myndighed, hjemmepleje og terapeuter, der kan sikre en større volumen.</p> <p>Det anbefales, at der ses nærmere på den nuværende organisering og prioritering af indsatsen samt strukturen omkring samarbejdet med hjemmeplejen, så der kan komme øget volumen af indsatsen.</p>
<p><u>Potentialer og gevinster</u> Anbefalingen kan sikre, at flere borgere vil modtage et rehabiliteringsforløb og reducere behov for hjælp til praktisk hjælp og personlig pleje ligesom en øget inddragelse af hjemmeplejen vil bidrage til kompetenceudvikling af medarbejdere i rehabilitering.</p>
<p><u>Borgerperspektiv</u></p>

Forslaget vil indebære, at flere borgere modtager et rehabiliterende forløb med potentiale for at opnå større selvhjulpethed og frihed til at klare praktiske opgaver og personlig pleje selv, som de ellers vil være afhængig af kommunens hjælp til. For nogle borgere kan det opleves som 'lavere' serviceniveau, da borgerne nu i højere grad selv klare opgaver, som hjemmeplejen før kom og løste for borgeren.

ANBEFALING 3 OPTIMERET BRUG AF MIDLERTIDIGE DØGNPLADSER POLITISK MULIGHEDSRUM

Beskrivelse af anbefalingen

Gentofte Kommune har et højere antal midlertidige døgnpladser end andre kommuner, og der er muligheder for at kapacitetstilpasse. Dertil kommer, at Rehabiliteringscentret har haft et omfang og en funktion med læger med behandlingsansvar, som BDO ikke har set i andre kommuner.

BDO anbefaler, at der foretages en nærmere stillingtagen til de midlertidige rehabiliteringspladser ift. indretning, rolle og omfang i den samlede tilbudsvifte, hvilket vurderes at kunne frigive et økonomisk potentiale til andre indsatser.

Potentialer og gevinster

En optimeret brug af midlertidige døgnpladser kan som beskrevet ovenfor frigive et økonomisk potentiale.

Borgerperspektiv

Borgere vil opleve mere målrettede forløb og større effekt ved ophold på de midlertidige døgnpladser, og det forventes ikke, at borgere vil blive påvirket af, at den uudnyttede kapacitet reduceres.

ANBEFALING 4 FORTSAT KONVERTERING AF PLEJEBOLIGER MED HJEMMEHJÆLP TIL ALMINDELIGE PLEJEBOLIGER POLITISK MULIGHEDSRUM

Beskrivelse af anbefalingen

Gentofte Kommune adskiller sig fra de andre kommuner ved at et stort antal pladser af plejeboligtypen med hjemmehjælp. BDO har ikke kendskab til andre kommuner, hvor boligtypen plejebolig med hjemmehjælp har et omfang, som findes i Gentofte Kommune. I andre kommuner klarer målgruppen sig med støtte i eget hjem på et lavere omkostningsniveau end i denne boligtype.

Det anbefales derfor i en økonomisk logik at fortsætte med at reducere antallet af plejebolig med hjemmehjælp og i stedet prioritere en indsats i eget hjem kombineret med forebyggende indsatser, som vil være mindre omkostningstung.

Potentialer og gevinster

En fortsat konvertering af plejeboliger med hjemmehjælp vil imødekomme behovet for flere plejeboliger med fast personale i de kommende år og rummer et økonomisk potentiale ved at flere borgere kan blive i eget hjem med indsatser fra hjemmeplejen.

Borgerperspektiv

Borgere vil i højere grad opleve, at de vil blive understøttet i at blive i eget hjem længst muligt samt, at der fortsat er mulighed for plejeboliger med fast personale, hvis behovet skulle opstå.

ANBEFALING 5 STYRKEDE DEMOGRAFI- OG BUDGETTILDINGSMODELLER POLITISK MULIGHEDSRUM

Beskrivelse af anbefalingen

Der er et potentiale i at styrke de nuværende demografi- og budgettildelingsmodeller i Pleje og Sundhed ud fra principperne om enkelthed, gennemsigtighed og incitamentstyrende med henblik på optimal anvendelse af ressourcer og fremme den ønskede adfærd og målopnåelse.

BDO anbefaler, at der igangsættes en proces og et arbejde med en nærmere fastlæggelse af principper, målbillede samt tilpasning og implementering af opdaterede demografi- og budgettodelingsmodeller.
<u>Potentialer og gevinster</u> Styrkede demografi- og budgettodelingsmodeller understøtter en bedre ressourceallokering samt effektiv drift samt bidrage til den ønskede adfærd og målopnåelse.
<u>Borgerperspektiv</u> Anbefalingen vurderes ikke direkte at have betydning for borgere.

ANBEFALING MED DRIFTSNÆRT INDHOLD:

<p>ANBEFALING 6 FOKUS PÅ SYSTEMATISK OG ENSARTET DOKUMENTATIONS PRAKSIS DRIFTSNÆRT INDHOLD</p>
<p><u>Beskrivelse af anbefalingen</u> Der er brug for at rette fokus mod dokumentationspraksis og fælles arbejdsgange og praksis på tværs af Pleje og Sundhed. Ligesom det kan konstateres i flere andre kommuner, er der et potentiale for en bedre dokumentationspraksis, men opgaven skal dog ikke undervurderes, da det er en forudsætning for at skabe sammenhæng, bringe medarbejdernes kompetencer og faglighed bedre i spil og sikre kvalitet i borgerens forløb.</p> <p>Det anbefales, at der iværksættes et arbejde med at implementere mere ensartede arbejdsgange på tværs af Pleje og Sundhed med udarbejdelse af letforståelige retningslinjer. Det anbefales yderligere, at retningslinjerne suppleres af kompetenceopbygning gennem fx fælles undervisning, e-learning og sidemandsoplæring / læringscaféer med løbende opfølgning og feedback. Derudover kan superbrugere tildeles en central rolle i at implementere og fastholde ny, ensartet praksis i tæt samarbejde med medarbejderne i driften.</p>
<p><u>Potentialer og gevinster</u> Dette vil medføre, at medarbejdere vil opleve en større klarhed om forventningerne til dokumentationsopgave og mulighed for at bringe deres faglighed i spil samt en bedre koordination på tværs af Pleje og Sundhed, så borgerne vil opleve mere sammenhængende forløb. Endelig vurderes en styrket dokumentationsindsats at være en forudsætning for at lykkes med anbefalinger om styrket fælles mål og plan og faste arbejdsgange for de typiske borgerforløb og -overgange (anbefaling 7 og 8). På sigt vurderes en større systematik i dokumentationen at rumme potentiale for at skabe mere tid til borgeren, da det er tydeligt, hvad der skal dokumenteres, og hvor man kan finde informationer om borgeren.</p>
<p><u>Borgerperspektiv</u> Borgeren vil opleve mere sammenhængende forløb, når der er en ensartet dokumentationspraksis. Medarbejderne kan øge borgernes oplevelse af tryghed, da de har haft mulighed for at danne sig et hurtigt overblik over forløb og status før kontakten, og derfor ikke behøver at starte forfra med at gentage de samme spørgsmål.</p>

<p>ANBEFALING 7 STYRKET FÆLLES MÅL OG PLAN FOR BORGERENS FORLØB DRIFTSNÆRT INDHOLD</p>
<p><u>Beskrivelse af anbefalingen</u> Det anbefales, at der sættes fokus på at opsætte overordnede mål og planer for alle borgere i Pleje og Sundhed. Opstilling af et overordnet mål for borgerens forløb kan med fordel ske i samarbejde med borgere og pårørende tidligt i borgerens forløb med udgangspunkt i borgerens ressourcer og motivation. Ønsket om arbejdet med målsætninger skal ses som led i den rehabiliterende tankegang med henblik på, at borgeren kan genvinde eller bevare sin selvhjulpethed og livskvalitet.</p> <p>Nexus kan understøtte arbejdet med mål og planer, og det kan tænkes ind i arbejdet med ensartet og systematisk dokumentation. Det foreslås at inddrage medarbejdere i den tekniske løsning samt igennem</p>

fælles kompetenceudvikling at øge kendskabet til hinanden og opnå en fælles forståelse af mulighederne i en fælles plan med klare mål for indsatsen.
<u>Potentialer og gevinster</u> Bedre mål og planer for borgerens forløb vil betyde en mere koordineret indsats og effektive forløb med et større fokus på rehabilitering. Fælles mål og plan for borgerens forløb kan bruges som dialogredskab på tværs af udfører og myndighed med sigtet om, at de involverede enheder og fagpersoner arbejder i samme retning.
<u>Borgerperspektiv</u> En fælles plan med klare mål øger chancen for et vellykket forløb og sikrer information og forventningsafstemning med borger og pårørende, så de i sidste ende oplever tryghed og sammenhæng i indsatsen. Det er muligt, at borgeren også vil opleve, at der bliver stillet nye krav og forventninger fx om aktiv deltagelse.

ANBEFALING 8: FASTE ARBEJDSGANGE FOR DE TYPISKE BORGERFORLØB OG -OVERGANGE DRIFTSNÆRT INDHOLD
<u>Beskrivelse af anbefalingen</u> Det anbefales, at der skabes nogle tydeligere arbejdsgange og borgerforløb på tværs af Pleje og Sundhed. Etablering af faste aftaler og forløb for de mest almindelige indsatser kan bidrage til, at indsatser sættes i gang på laveste niveau, en mere klar struktur og retning for samarbejdet og et grundlag til at afklare de forventninger, der i udgangspunktet er lagt til opstart og løbende opfølgning og evaluering samt afslutning af et forløb. De faste arbejdsgange er med til at tydeliggøre tilbuddenes indhold, faser og aktørernes roller og ansvar undervejs i forløbet. Præcisering af målgruppe og visitationskriterier bidrager til at sikre god kapacitetsanvendelse ud fra princippet ”rette borger i rette tilbud til rette tid”.
<u>Potentialer og gevinster</u> Faste arbejdsgange og procedurer for de typiske borgerforløb og -overgange vil betyde en bedre kapacitetsanvendelse og ressourceudnyttelse, hvor de rigtige indsatser og forløb igangsættes samt en lettere koordinering og afklaring af roller mellem områder.
<u>Borgerperspektiv</u> Borgeren vil potentielt opleve et mere sammenhængende forløb med bedre overgange, og dermed øget kvalitet og tryghed.

ANBEFALING 9: STYRKET FOKUS PÅ TIDLIG OPSPORING OG FOREBYGGENDE INDSATSER DRIFTSNÆRT INDHOLD
<u>Beskrivelse af anbefalingen</u> Der er potentiale for at styrke systematikken og arbejdsgangene omkring tidlig opsporing af forringet funktions- og helbredstilstande samt rolle og ansvarsfordeling til at handle på observationer. Medarbejderne oplever, at der kommer nye borgere ind i Pleje og Sundhed, hvor en tidlig og målrettet indsats kunne have ændret situationen til det bedre, men at der først bliver igangsat indsatser, når problemerne har udviklet sig. Det taler for en mere struktureret og systematisk indsats for tidlig opsporing og forebyggende indsatser med forebyggende hjemmebesøg, kontakt efter hospitalsindlæggelse samt at styrke samarbejdet om tidlig opsporing med praktiserende læger, der har mulighed for at henvise borgere til kommunale forebyggelsestilbud.
<u>Potentialer og gevinster</u> Styrket fokus på tidlig opsporing og forebyggende indsatser vil understøtte, at borgerne er selvhjulpne længst muligt og dermed udskyder behovet for mere omfangsfulde indsatser fra Gentofte Kommune.
<u>Borgerperspektiv</u>

Set fra et borgerperspektiv kan det opleves som et 'lavere' serviceniveau, når der er fokus på at fremme selvhjulpethed fremfor at levere en konkret ydelse. Borgerne vil på den anden side opleve hjælp til at bevare deres selvstændighed, og de muligheder det bringer at kunne klare sig selv.

ANBEFALING 10:
INTRODUKTION AF VELFÆRDSTEKNOLOGISKE LØSNINGER
DRIFTSNÆRT INDHOLD

Beskrivelse af anbefalingen

Velfærdsteknologier har endnu ikke vundet almindelig udbredelse i Pleje og Sundhed. Ledere og medarbejdere er generelt interesserede og deler vurderingen af potentialet. Samtidig er der også en vis skepsis over for, om de svækkede ældre borgere kan finde ud af at bruge løsningerne. Der ses et klart potentiale i at implementere arbejdskraftbesparende løsninger såsom skærmbesøg, bevægelsessensorer og dosisdispensering af medicin, eventuelt i form af såkaldte medicin-robotter.

Det anbefales at indhente erfaringer fra andre kommuner og på den baggrund gøre forsøg med at introducere udvalgte teknologier i de hjem, hvor det giver mening. På baggrund heraf anbefales det at udarbejde en plan og metodik for arbejdet med velfærdsteknologi og heraf fastlægge eventuelt behov for tilførsel af ressourcer til prioritering af området.

Potentialer og gevinster

Velfærdsteknologiske løsninger bør anses som en mulighed for at frigøre tid og ressourcer hos fagfolk samt at øge selvhjulpethed for relevante borgere.

Borgerperspektiv

Borgere vil opleve en øget grad af frihed og fleksibilitet, da de i mindre grad vil være afhængige af fysisk hjælp af medarbejdere fra Pleje og Sundhed. For nogle borgere kan det opleves som et 'lavere' serviceniveau, hvis velfærdsteknologi helt kan erstatte et fysisk besøg af en medarbejder.

ANBEFALING 11:
ØGET DELEGATION AF SUNDHEDSOPGAVER FRA SYGEPLEJERSKER TIL ANDRE FAGGRUPPER
DRIFTSNÆRT INDHOLD

Beskrivelse af anbefalingen

Der er aktuelt en relativ lille andel af hjemmesygeplejeopgaver som løses af hjemmeplejen i Gentofte Kommune sammenlignet med andre kommuner. Det anbefales derfor at rette fokus på delegeringspraksis fra hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, så flere sundhedslovsopgaver kan udføres af hjemmeplejen, når de er i borgerens hjem i forbindelse med andre indsatser.

Det anbefales konkret, at der udarbejdes lettilgængelige og -forståelige kompetenceprofiler for hver faggruppe, så det bliver tydeligt, hvilke muligheder der er for at overdrage opgaver til andre faggrupper. Der er for nylig sket en omorganisering af hjemmepleje og sygepleje med henblik på øget integration af hjemmeplejen og sygeplejen, som også har til hensigt at understøtte dette. I forlængelse heraf anbefales det, at der ses på styringen og incitamentsstrukturen omkring delegeringen af indsatser mellem sygeplejen og hjemmeplejen.

Potentialer og gevinster

Anbefalingen har potentiale til at skabe en mere attraktiv arbejdsplads, hvor alle faggruppers kompetencer og faglighed kommer i spil, og der sikres en mere effektiv opgaveløsning, hvor opgaver i højere grad løses på lavest mulige effektive omkostningsniveau (LEON) af medarbejdere.

Borgerperspektiv

Borgeren vil opleve en større kontinuitet og sammenhæng ved, at det i størst mulig grad er medarbejdere, der i forvejen kommer i hjemmet, der løser sygeplejefaglige opgaver.

7. BILAG

Tabel 7.1: BaggrundsvARIABLE for sammenligningskommuner, Hovedstaden og hele landet

	Gentofte	Rudersdal	Lyngby-Taarbæk	Gladsaxe	Region Hovedstaden	Hele Landet
Indbyggertal	74.550	57.024	56.614	69.200	1.813.993	5.840.045
Andel +67-årige	18,7%	20,9%	17,6%	15,0%	15,0%	16,9%
Andel +80-årige	5,4%	7,0%	5,5%	4,5%	3,9%	4,8%
Samlet økonomi ¹	858 mio. kr.	681 mio. kr.	631 mio. kr.	667 mio. kr.	16.880 mio. kr.	53.542 mio. kr.
Socioøkonomisk indeks ²	0,63	0,61	0,73	1,07	0,99	1
Udgiftsbehov ³	59.389 kr.	61.736 kr.	60.800 kr.	67.440 kr.	-	-
Middellevetid ⁴	83,6	83,7	82,8	80,9	81,5	81,3
Andel enlige over 65 år ⁵	45 %	41 %	48 %	48 %	47 %	41%

Noter:

¹ Medtagede funktioner i samlet økonomi 4.62.82, 5.30.26-5.30.29, 5.30.31, 5.30.36, 5.38.38

² Definition af socioøkonomisk indeks: Nøgletallet måler kommunens relative udgiftsbehov i forhold til andre kommuner på basis af en række socioøkonomiske kriterier, der indgår med forskellig vægt i beregningen. Det er kriterier som fx 'Antal 20-59-årige uden beskæftigelse' og 'Antal psykiatriske patienter'. Den præcise definition kan findes i Økonomi- og Indenrigsministeriets publikation 'Kommunal udligning og generelle tilskud 2022', side 43-47. En værdi over 1 betyder, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne, imens en værdi lavere end 1 betyder et lavere udgiftsbehov relativt til gennemsnittet. Kilde: Indenrigs- og boligministeriet; IM's Kommunale Nøgletal (2021)

³ Definition af det kommunale udgiftsbehov: Nøgletallet er en beregning af det socioøkonomiske udgiftsbehov og det aldersbestemte udgiftsbehov. Behovet er beregnet ud fra fx antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter eller kommunens aldersmæssige befolkningssammensætning. Nøgletallet anvendes i forbindelse med den årlige beregning af kommunal udligning og tilskud. Den præcise beregning af en kommunes udgiftsbehov i hovedstadsudligningen kan findes i Indenrigs- og Boligministeriets årlige publikation "Kommunal udligning og generelle tilskud 2022", side 41-42.

⁴ Statistikbanken H1SB7 - middellevetid for 0-årige for 2017-2021

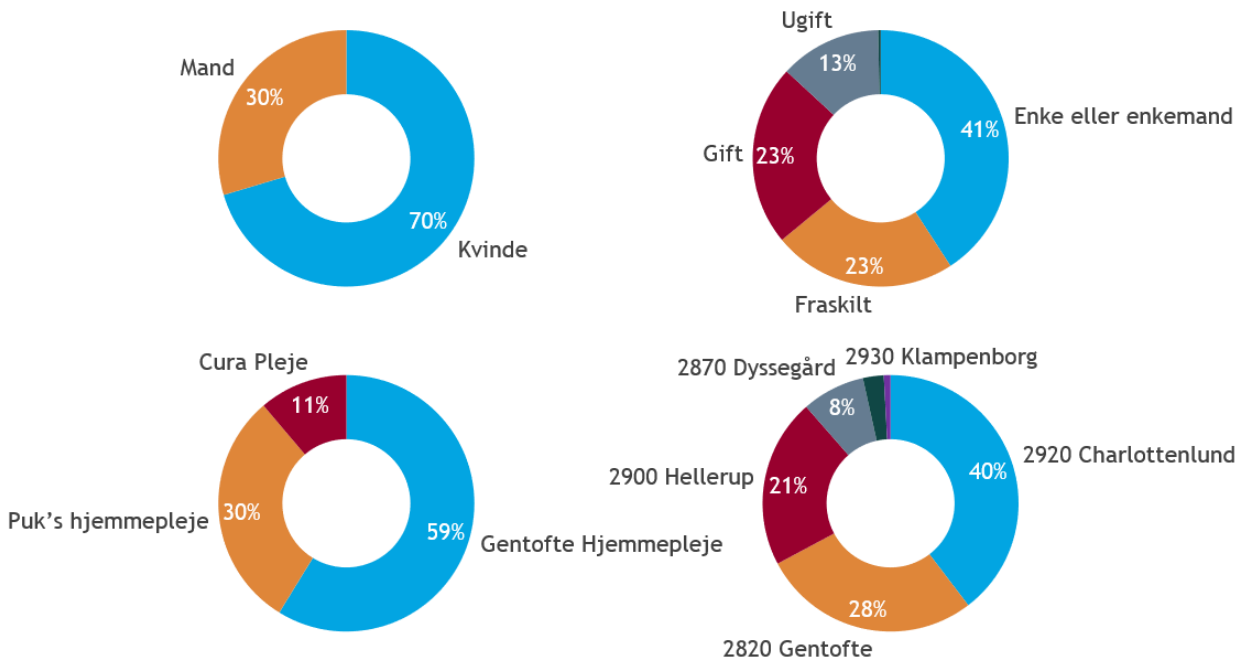
⁵ Statistikbanken FAM100N - 2022.

Tabel 7.2: Scoring af stillingskategorier til kompetenceindeks

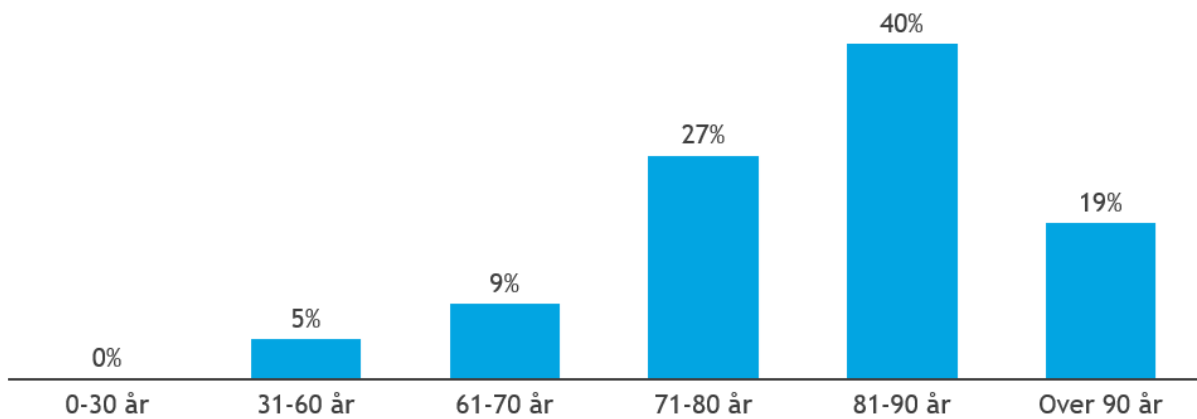
Stillingskategori	Score	Gentofte	Lyngby-Taarbæk	Rudersdal
Jurister og økonomer	6	0	0	1
Kandidatuddannede	6	0	1	1
Magistre	6	5	1	4
Psykologer	6	0	1	0
Specialkonsulenter	6	1	0	0
Sygehuslæger (hon. løn)	6	6	0	0
Bioanalytikere	5	1	0	0
Ergoterapeuter	5	29	30	39
Ergoterapeuter, kliniske undervisere	5	1	2	1
Ernæringsassistent-/hjælperlever	5	0	2	2
Farmakonømer	5	1	1	0
Fysioterapeuter	5	50	39	40
Fysioterapeuter, kliniske undervisere	5	1	0	3
IT-medarbejdere	5	1	0	0
Kliniske diætister/PB'ere	5	4	0	1
Musikterapeuter	5	0	1	0
Pædagoger	5	0	1	19
Socialpædagoger	5	9	0	1
Socialrådgivere	5	0	0	1
Specialister	5	23	23	10
Sygeplejersker	5	118	74	103
Assistent	4	14	0	7
Assistent, aften/nat	4	0	0	1
Beskæftigelsesvejledere	4	6	1	2
PB'ere i Ernæring og sundhed	4	1	2	2
Plejhjemsassistenter	4	9	4	2
Plejere	4	1	0	0
Psykomotoriske terapeuter	4	1	1	5
Social- og sundhedsassistenter	4	236	178	191
Økonomaer	4	0	0	6

Stillingskategori	Score	Gentofte	Lyngby-Taarbæk	Rudersdal
Ernæringsassistenter	3	7	9	33
Hjemmehjælpere	3	10	4	6
Kontorassistenter	3	3	2	5
Kostfaglige eneansvarlige	3	1	0	1
Social- og sundhedshjælpere	3	237	292	313
Sundhedsmedhjælpere	3	0	2	3
Sygehjælpere	3	21	22	25
Øvr. social- og sundhedspersonale	3	0	0	10
Ernæringshjælpere	2	0	0	0
Faglærte	2	0	1	0
Formgivere	2	0	0	1
Håndværkere	2	0	10	0
Tekniske servicemedarbejdere	2	2	0	12
Tilsynsassistenter	2	2	1	0
Atypiske stillinger	1	7	9	1
Elever, assistent-	1	18	16	17
Elever, hjælper-	1	8	6	28
Elever, vokselevløn	1	58	58	45
Kontorelever	1	0	1	0
Rengørings-/køkkenmedhjælpere	1	65	61	14
Rengøringsteknikere	1	8	0	0
Serviceassistenter	1	1	0	0
Social- og sundhedspersonale, ikke-udd.	1	114	109	165
Specialarbejdere	1	0	1	0
Studerende	1	0	0	0
Sygehusportører	1	3	0	0
Sygehusportører uden aspiranttid	1	1	0	0
Ungarbejdere	1	0	0	0
Øvrige	1	1	0	1

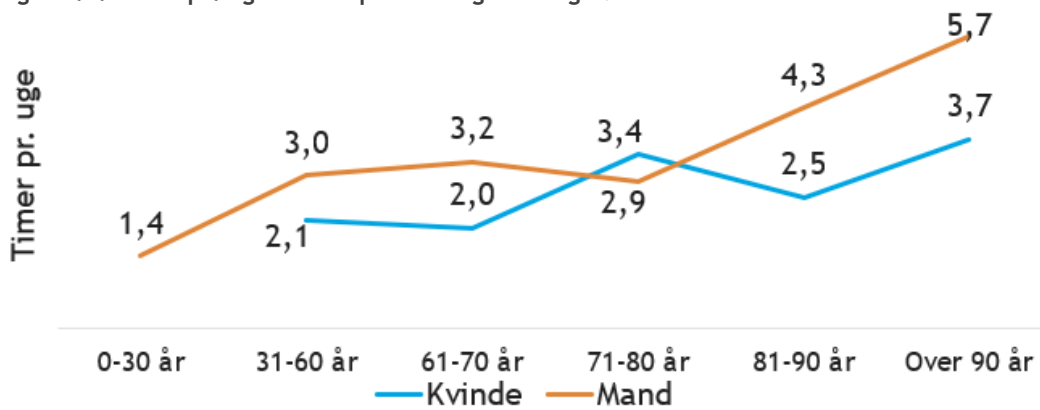
Figur 7.3: Kønsfordeling, civilstatus, bopæl og leverandør på hjemmepleje i 2021



Figur 7.4: Aldersfordeling for modtagere af hjemmepleje i 2021



Figur 7.5: Timer pr. uge fordelt på alder og køn i uge 9 - 2022



Tabel 7.6 Indsigter fra sagsgennemgang

<p>Som en del af analysen er blevet gennemført sagsgennemgang ud fra et sammenhængsperspektiv fremfor et mangelperspektiv med henblik på at blive klogere på praksis og identificere udviklingspotentialer.</p> <p>Der er gennemgået 32 borgersager fordelt på:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 borgere på midlertidige pladser ▪ 8 borgere i plejeboliger ▪ 12 borgere, som modtager hjemmepleje og sygepleje i eget hjem <p>Nærværende tabel indeholder en opsamling på de bærende tematikker, der har vist sig i sagsgennemgangen med en uddybning af de indsigter, der karakteriserer emnet.</p>	
Tematikker	Indsigter
Samlet vurdering af dokumentationen	<p>Dokumentationen anses for værende på et middel niveau, det vil sige, at BDO i andre kommuner har set eksempler på dokumentation på både højere og lavere niveau.</p> <p>Dokumentationen opleves mangelfuld, hvilket giver et indtryk af, at der er en masse tavs viden i organisation. Det vil sige, at der er viden, der ikke er nedskrevet, der nødvendigvis må ligge til grund for, at borgerne får den rette ydelse og service. Men idet viden ikke kan læses i systemet, da følger viden heller ikke med borgerne på tværs af enheder, hvilket udfordrer området i at agere som én sammenhængende organisationen.</p>
Manglende systematik	<p>Hvis dokumentationen - som ovenstående - skal understøtte den sammenhængende organisation og kvalitet, da er det afgørende, at der er en systematik i, hvordan der dokumenteres. Sagsgennemgangen viser, at alle enheder arbejder med den sundhedsfaglige praksis og journalføring, men hvor hver enhed har forskellige tilgange. Her ses et potentiale i, at der arbejdes med mere fælles og ensartet systematik, der udnytter handlemuligheder og redskaberne i dokumentationssystemet.</p>
Manglende generelle oplysninger og mål for borgerne	<p>I sagerne under de generelle oplysninger er der generelt ikke beskrevet borgerens ressourcer, motivation og mestring. Det er BDO's vurdering, at borgernes perspektiv er afgørende særligt med henblik på at have et rehabiliteringspotentiale. I analysen er vi yderligere blevet bekræftet i, at der er en tendens til, at der i højere grad tænkes behandling fremfor rehabilitering, hvorfor et øget fokus på ressourcer, motivation og mestring kan være et greb hvortil, at fokus kan justeres fremadrettet.</p> <p>Sagsgennemgangen viser også, at der ikke arbejdes med mål for borgerne samtidig med, at opfølgingsdatoer er fraværende. Dette betyder konkret, at man ikke ud fra dokumentation ved, hvad formålet</p>

	<p>er med indsatsen. Og idet der heller ikke er opfølgingsdato, så bliver det vanskeligt at vide, hvornår man er i mål med en indsats og kan stoppe den, det har den konsekvens, at indsatsen kan køre over for lang tid og dermed blive en fordyrende omkostning. Yderligere savnes, at der i forbindelse med mål beskrives, hvordan der samarbejdes med borgerne om målene således, at borgernes inddrages i processen.</p>
<p>Manglende henvisningsskemaer</p>	<p>Der ses en mangelfuldhed i forhold til henvendelseskemaer, idet disse ikke forefindes på alle borgere. Udefra set er det således ikke muligt at identificere, hvorfor borgerne er kommet ind i systemet. Dette har den konsekvens, at borgerne vil blive mødt af mange spørgsmål, når de møder nye enheder eller medarbejdere indenfor Pleje og Omsorg.</p>
<p>Nexus' funktionalitet udnyttes ikke</p>	<p>I sagsgennemgangen oplever BDO, at der skal ledes længe efter informationer, hvorfor vi må forvente, at det samme er tilfældet for medarbejderne i mødet med nye borgere. Her er et klart potentiale i, at Nexus' funktionalitet udnyttes bedre i forhold til at give hurtigt overblik og dermed lette arbejdsgangen. Igen leder dette tilbage til behovet for en mere ensartet praksis og afklaring af, hvordan systemet bruges på tværs af organisationen.</p>

Tabel 7.7: Metodik for udgiftsfremskrivning på de enkelte områder

<p>Fremskrivning af udgifter på plejeboligområdet</p> <p>Udgiftsfremskrivning af udgifter til plejeboliger bygger på to væsentlige antagelser om 1) forventede driftsomkostninger for plejeboliger og 2) behovet for plejeboliger.</p> <p>Som antagelse til den forventede driftsomkostning til plejeboliger tages der udgangspunkt i de tal, som er blevet beregnet ifm. udarbejdelse af Plejebolignotat i 2021. Her er driftsomkostninger for en plejebolig med fast personale blevet beregnet til 456.000 kr. pr. plads årligt (2021-tal) og for plejebolig med hjemmehjælp til 328.000 kr. pr. plads årligt (2020-tal). Dette er den mest omkostningseffektive pris og ikke et udtryk for gennemsnittet for plejeboliger.</p> <p>Fremskrivningen af behovet baserer sig på Gentofte Kommunes egen plejeboliganalyse fra april 2021, hvor der blandt andet forventes at mangle cirka 100 plejeboliger med fast personale i 2030 samt ca. 70 plejeboliger med hjemmehjælp i 2030 ift. antal boliger i 2022. Dette er baseret på nuværende visitationspraksis og behovsgrad - forventninger til hvor stor en andel af en given aldersgruppe, som har behov for en plejebolig.</p> <p>Forventningerne er baseret på en alt-andet-lige-betragtning og skal ses som de bedste estimater for behovet frem til 2035.</p>
<p>Fremskrivning af udgifter til hjemmepleje og sygepleje</p> <p>Udgiftsfremskrivningen af udgifter til hjemmepleje og sygepleje bygger på fire væsentlige antagelser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Det samlede antal visiterede timer i 2021 fordelt på aldersgrupper. 2. De samlede udgifter til løn og tjenesteydelser til hjemmepleje og sygepleje samt private leverandører ekskl. administration. 3. Den forventede udvikling i aldersgrupperne baseret på Gentofte Kommunes befolkningsprognose. 4. Den forventede stigning i middellevetiden ifølge Danmarks Statistik. <p>Den grundlæggende logik i fremskrivningen er, at udgifterne i 2021 fremskrives på baggrund af den procentvise ændring i befolkningen, hvor der tages højde for, at de respektive aldersgrupper har forskellige plejebenhov og forskellige udgiftsniveauer. Logikken er her, at det fx kan antages, at 61-70-årige har et mindre plejebenhov end gruppen af 81-90-årige. Det betyder, at fx en stigning på 1.000 borgere i aldersgruppen 61-70-årige har en mindre betydning for de samlede udgifter sammenlignet med en stigning på 1.000 borgere i gruppen 81-90 år.</p> <p>Metoden tager højde for dette forhold ved, at budgettet fremskrives efter den vægtede procentmæssige stigning i demografi fremfor blot demografisk vækst i 1:1. Konkret foregår dette ved, at den demografiske stigning for en given aldersgruppe ganges med en faktor, som dækker over, hvor stor andel af de samlede ydelser målt i timer, som aldersgruppen modtager målt imod gruppens andel af befolkningen. Dermed beregnes væksten i plejebenhov målt i timer som funktion af den demografiske udvikling i kommunen.</p> <p>Endelig foretages en korrektion for forventet stigning i middellevetiden. Dette foregår ved, at den vægtede stigning i demografi ganges med stigning i forventet levealder for hvert aldersinterval.</p>
<p>Fremskrivning af udgifter på rehabiliteringsområdet</p>

Udgiftsfremskrivningen af udgifter til hjemmepleje og sygepleje bygger på to væsentlige antagelser:

1. De samlede udgifter til Rehabiliteringscentret (Tranehaven) i 2021.
2. Den forventede vækst i borgere over 67 år fra 2021 til 2034 baseret på Gentofte Kommunes egen befolkningsprognose.

Tilgangen til udgiftsfremskrivningen til Rehabiliteringscentret er en simpel fremskrivning af udgifterne baseret på den forventede vækst i borgere over 67 år. De samlede udgifter til Rehabiliteringscentret var i 2021 på ca. 119 mio. kr.

Tilgangen er valgt, da der er ikke tilstrækkelig valide data til at beregne enhedspriser og opgøre dem pr. aldersgrupper, som det er tilfældet for hjemmepleje og sygepleje. Udgiftsfremskrivningen laves frem til 2034, som er den årrække, Gentofte Kommunes befolkningsprognose går frem til.

KONTAKT

JEPPE LYSDAHL

Manager

m: +45 51 58 60 35

e: lys@bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirma-erne. BDO i Danmark beskæftiger mere end 1.300 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har ca. 95.000 medarbejdere i mere end 164 lande.

Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab,
cvr.nr. 20 22 26 70.

