

# Undersøgelse af den københavnske hjemmepleje

AUDIT / TAX / ADVISORY



# Indhold

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Indledning   | 6  |
| 1.1   | Opgave   | 6  |
| 1.1.1 | Baggrund   | 6  |
| 1.1.2 | Afgrænsning af opgaven                             | 7  |
| 1.2   | Grundlag for undersøgelsen                         | 8  |
| 1.2.1 | Skriftligt materiale                               | 8  |
| 1.2.2 | Efterprøvning/stikprøver                           | 9  |
| 1.2.3 | Interviews   | 9  |
| 1.3   | Arbejdets tilrettelæggelse                         | 9  |
| 1.3.1 | Én rapport specificeret på SUF og SOF              | 10 |
| 1.4   | Organisering                                       | 10 |
| 1.5   | Proces for færdiggørelse af rapporten              | 11 |
| 1.6   | Struktur for rapporten                             | 11 |
| 1.7   | Anvendelse af forkortelser og symboler             | 11 |
| 1.8   | Anvendelse af rapporten                            | 12 |
| 1.9   | Afsluttende oplysninger og underskrift             | 13 |
| 2     | Resumé af væsentligste konklusioner                | 14 |
| 2.1   | SUF  | 14 |
| 2.2   | SOF  | 17 |
| 3     | Definitioner af centrale ord i undersøgelsen       | 20 |
| 3.1   | "Faglig kvalitet"                                  | 20 |
| 3.2   | Retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur   | 20 |
| 3.3   | "Kontrol og ledelsestilsyn"                        | 21 |
| 3.4   | Operationalisering af definitioner i undersøgelsen | 22 |
| 4     | Analysestruktur                                    | 23 |
| 5     | Informationsindsamling                             | 24 |
| 5.1   | Analyse af eksisterende viden og materiale         | 24 |
| 5.1.1 | Formål   | 24 |
| 5.1.2 | Datakilder   | 24 |
| 5.2   | Efterkontrol af leverede og visiterede ydelser     | 24 |
| 5.2.1 | Formål   | 24 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 5.2.2 | Formulering af spørgsmål                                       | 25 |
| 5.2.3 | Udvælgelse af borgere og hjemmehjælpsbesøg til stikprøve       | 25 |
| 5.2.4 | Fremgangsmåde ved opkald til borgere                           | 26 |
| 5.2.5 | Datavalidering og kvalitetssikrende tiltag                     | 26 |
| 5.2.6 | Resultat af stikprøveanalysen i SUF                            | 27 |
| 5.2.7 | Resultat af stikprøveanalysen i SOF                            | 29 |
| 5.2.8 | SUF's egenkontrol  | 32 |
| 5.3   | Brugertilfredshedsundersøgelse SUF                             | 33 |
| 5.3.1 | Formål   | 33 |
| 5.3.2 | Metode   | 33 |
| 5.3.3 | Undersøgelsens resultater                                      | 34 |
| 5.3.4 | Sammenfatning vedrørende brugertilfredshedsundersøgelsen i SUF | 40 |
| 5.4   | Brugertilfredshedsundersøgelse SOF                             | 41 |
| 5.4.1 | Metode   | 41 |
| 5.4.2 | Undersøgelsens resultater                                      | 41 |
| 5.4.3 | Sammenfatning vedrørende brugertilfredshedsundersøgelsen i SOF | 47 |
| 5.5   | Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere i SUF og SOF       | 48 |
| 5.5.1 | Formål   | 48 |
| 5.5.2 | Formulering af spørgsmål                                       | 48 |
| 5.5.3 | Udvælgelse af medarbejdere i stikprøve                         | 49 |
| 5.5.4 | Distribution og besvarelse af spørgeskemaer                    | 50 |
| 5.5.5 | Datavalidering og kvalitetssikrende tiltag                     | 50 |
| 5.6   | Spørgeskemaundersøgelse blandt gruppeledere i SUF og SOF       | 51 |
| 5.6.1 | Formål   | 51 |
| 5.6.2 | Formulering af spørgsmål                                       | 51 |
| 5.6.3 | Udvælgelse af gruppeledere i stikprøve                         | 51 |
| 5.6.4 | Distribution og besvarelse af spørgeskemaer                    | 52 |
| 5.6.5 | Datavalidering og kvalitetssikrende tiltag                     | 52 |
| 5.7   | Spørgeskemaundersøgelsens resultater SUF                       | 52 |
| 5.8   | Spørgeskemaundersøgelsens resultater i SOF                     | 54 |
| 5.9   | Interviews   | 55 |
| 6     | Introduktion til SUF-undersøgelse                              | 58 |
| 6.1.1 | Organisering   | 58 |
| 6.1.2 | Ydelser  | 58 |
| 7     | Nøglespørgsmål 1   | 59 |
| 7.1   | Datagrundlag   | 59 |
| 7.2   | Vurdering af faglig kvalitet                                   | 59 |
| 7.2.1 | Udgangspunktet for vurdering af den faglige kvalitet           | 59 |
| 7.2.2 | Efterkontrol   | 61 |
| 7.2.3 | Det kommunale tilsyn   | 64 |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 7.2.4     | Brugere har en døgn- og ugeplan   | 66         |
| 7.2.5     | Medarbejderkontinuitet - leverandøren skal tilstræbe, at ydelsen leveres af en "fast hjælper" | 68         |
| 7.2.6     | Aflysninger - leverandøren må ikke aflyse ydelser   | 71         |
| 7.3       | Brugernes tilfredshed med den leverede service?   | 75         |
| 7.3.1     | Brugertilfredshed   | 75         |
| 7.3.2     | Klagestatistik  | 75         |
| 7.4       | Delkonklusion spørgsmål 1   | 80         |
| <b>8</b>  | <b>Nøglespørgsmål 2</b>   | <b>82</b>  |
| 8.1       | Datagrundlag  | 82         |
| 8.2       | Vurdering af kommunens retningslinjer   | 82         |
| 8.2.1     | Udgangspunkt for vurdering af kommunens retningslinjer  | 82         |
| 8.2.2     | Kommunens retningslinjer generelt   | 85         |
| 8.2.3     | Gennemgående retningslinjer   | 87         |
| 8.2.4     | Retningslinjer ved normal drift   | 90         |
| 8.2.5     | Retningslinjer ved afvigelser   | 92         |
| 8.2.6     | Målsætninger for arbejdskultur  | 95         |
| 8.3       | Private leverandører  | 96         |
| 8.4       | Delkonklusion spørgsmål 2   | 98         |
| <b>9</b>  | <b>Nøglespørgsmål 3</b>   | <b>100</b> |
| 9.1       | Rapportering  | 101        |
| 9.2       | Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af den faglige kvalitet                              | 104        |
| 9.2.1     | Det kommunale tilsyn  | 104        |
| 9.2.2     | Brugere har en døgn- og ugeplan   | 104        |
| 9.2.3     | Medarbejderkontinuitet  | 105        |
| 9.2.4     | Aflysninger   | 105        |
| 9.2.5     | Brugertilfredshed   | 106        |
| 9.2.6     | Klagestatistik  | 107        |
| 9.2.7     | Sammenfatning af anbefalinger   | 107        |
| 9.3       | Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af udførelsen af opgaverne                           | 108        |
| 9.3.1     | Kortlægning af procedurer og kontroller   | 108        |
| 9.3.2     | Rapportering som grundlag for ledelsestilsyn  | 110        |
| 9.3.3     | Sammenfatning af anbefalinger   | 111        |
| <b>10</b> | <b>Introduktion til SOF undersøgelse</b>  | <b>113</b> |
| 10.1      | Organisering  | 113        |
| 10.2      | Ydelser   | 113        |
| <b>11</b> | <b>Nøglespørgsmål 1</b>   | <b>114</b> |
| 11.1      | Datagrundlag  | 114        |
| 11.2      | Vurdering af faglig kvalitet  | 114        |
| 11.2.1    | Udgangspunktet for vurdering af den faglige kvalitet  | 114        |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 11.2.2    | Efterkontrol   | 116        |
| 11.2.3    | Fast kontaktperson hos leverandøren  | 118        |
| 11.2.4    | Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet  | 118        |
| 11.2.5    | Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje  | 120        |
| 11.2.6    | Erstatningsbesøg tilbydes indenfor 5 hverdage ved aflysning af praktisk hjælp                            | 122        |
| 11.2.7    | Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren | 123        |
| 11.2.8    | Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats                            | 124        |
| 11.2.9    | Hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag   | 126        |
| 11.3      | Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?   | 128        |
| 11.3.1    | Brugertilfredshed  | 128        |
| 11.3.2    | Klagestatistik   | 129        |
| 11.4      | Delkonklusion spørgsmål 1  | 130        |
| <b>12</b> | <b>Nøglespørgsmål 2</b>  | <b>132</b> |
| 12.1      | Datagrundlag   | 132        |
| 12.2      | Vurdering af kommunens retningslinjer  | 132        |
| 12.2.1    | Udgangspunkt for vurdering af kommunens retningslinjer   | 132        |
| 12.2.2    | Kommunens retningslinjer generelt  | 134        |
| 12.2.3    | Gennemgående retningslinjer  | 136        |
| 12.2.4    | Faglig håndbog   | 139        |
| 12.2.5    | Målsætninger for arbejdskultur   | 141        |
| 12.3      | Private leverandører   | 142        |
| 12.4      | Delkonklusion spørgsmål 2  | 145        |
| <b>13</b> | <b>Nøglespørgsmål 3</b>  | <b>147</b> |
| 13.1      | Rapportering   | 149        |
| 13.2      | Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af den faglige kvalitet   | 150        |
| 13.2.1    | Brugertilfredshed  | 150        |
| 13.2.2    | Klagestatistik   | 151        |
| 13.2.3    | Fast kontaktperson hos leverandøren  | 151        |
| 13.2.4    | Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet  | 152        |
| 13.2.5    | Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje  | 152        |
| 13.2.6    | Erstatningsbesøg tilbydes inden for fem hverdage ved aflysning af praktisk hjælp                         | 152        |
| 13.2.7    | Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren | 152        |
| 13.2.8    | Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats                            | 153        |
| 13.2.9    | Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag   | 153        |
| 13.2.10   | Sammenfatning af anbefalinger  | 153        |
| 13.3      | Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af udførelsen af opgaverne                                      | 154        |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 13.3.1 | Kortlægning af procedurer og kontroller      | 154 |
| 13.3.2 | Rapportering som grundlag for ledelsestilsyn | 154 |
| 13.3.3 | Sammenfatning af anbefalinger                | 154 |

# 1 Indledning

KPMG Statsautoriseret Revisionspartnerselskab (herefter KPMG) er ved kontrakt af 4. oktober 2010 antaget af Københavns Kommune til at gennemføre "Undersøgelse af den københavnske hjemmepleje". Kontrakten er indgået på baggrund af offentlig udbudsrunde.

## 1.1 Opgave

### 1.1.1 Baggrund

I juli 2010 rettede bl.a. TV2 Nyhederne kritik af den københavnske hjemmepleje for bl.a. ikke at yde den service, borgerne er berettiget til, og at kommunens interne styring heraf var utilstrækkelig.

Baseret herpå besluttede kommunens økonomiudvalg at bestille en uvildig undersøgelse af hjemmeplejen, som i henhold til kravspecifikationen for undersøgelsen, "*Bilag A Kravspecifikation for levering af undersøgelse af den københavnske hjemmepleje, den 2. september 2010*", jf. bilag 1, skulle munde ud i en besvarelse af følgende tre nøglespørgsmål:

1. *Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på? Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?*
2. *Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'er m.v. og gældende kontrakter for private leverandører?*
3. *Er kommunens tilrettelæggelse af kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkelig i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet af tilbuddene samt udførelsen af opgaverne - eller er der behov for yderligere tiltag og handlinger?"*

I kravspecifikationen er de tre nøglespørgsmål uddybet, og det er anført, at tilbudsgiver kan anvende uddybningerne i kravspecifikationen som inspiration til at fastlægge undersøgelsesdesignet.

I uddybning af spørgsmål 1 fremgår blandt andet:

*"I forhold til at vurdere borgernes tilfredshed med den leverede service fra SOF's hjemmepleje, skal vinderen af udbuddet gennemføre en brugertilfredshedsundersøgelse."*

KPMG har i vores tilbud på løsning af opgaven beskrevet planlagt undersøgelsesdesign, metode m.v. Vores informationsindsamling, analyse og rapportering er tilrettelagt i overensstemmelse hermed.



### 1.1.2 Afgrænsning af opgaven

Med afsæt i "Bilag A Kravspecifikation for levering af undersøgelse af den københavnske hjemmepleje, den 2. september 2010" er følgende afgrænsning af undersøgelsen foretaget efter aftale med projektets arbejds- og referencegruppe:

- 1 Begrebet "hjemmeplejen" omfatter den praktiske og personlige hjælp, der ydes til beboere i eget hjem. Undersøgelsen omfatter ikke beboere i særlige botilbud, plejecentre og plejehjem, da disse tilbud har tilknyttet eget personale. Undersøgelsen omfatter endvidere ikke den del af hjemmehjælpen, der bliver udført af selvudpegede hjælpere.<sup>1</sup>
- 2 Undersøgelsen drejer sig om den hjemmepleje, der vedrører personlig og praktisk hjælp, og omhandler derfor ikke ordningerne tøjvask<sup>2</sup> og madservice.
- 3 Undersøgelsen fokuserer på den udførende del af hjemmeplejen. Undersøgelsen har ikke haft til formål at afdække, om eksempelvis visitationen eller kommunens fortolkning af loven, herunder lov om social service § 83, fungerer hensigtsmæssigt. Undersøgelsen fokuserer på processen efter, at visitationen har bevilliget en ydelse til den enkelte borgers modtagelse af ydelsen.
- 4 Af spørgsmål 1 fremgår bl.a. "*Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?*" "Inden for de økonomiske rammer" er i denne rapport forudsat som værende indeholdt i visitationskriterierne og det serviceniveau, disse giver sig udslag i. Økonomien i hjemmeplejen har derfor efter aftale ikke været udsat for en selvstændig analyse.
- 5 Af spørgsmål 3 fremgår "*Er kommunens tilrettelæggelse af kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkelig i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet af tilbuddene samt udførelsen af opgaverne - eller er der behov for yderligere tiltag og handlinger?*" "At sikre indhold" er sidestillet med "at sikre faglig kvalitet", og begrebet "indhold" har derfor ikke været genstand for selvstændig undersøgelse.
- 6 Hjemmepleje udføres af både kommunale og private leverandører. Undersøgelsen er afgrænset fra at undersøge arbejdstilrettelæggelse og andre interne forhold for de private leverandører. I forhold til de private leverandører vurderes alene stikprøvevis outputtet af deres arbejde, og om de visiterede ydelser er leveret.
- 7 Undersøgelsen vedrørende anvendelse af PDA'er er kun udført for hjemmehjælpen under SUF, idet SOF hidtil kun har anvendt PDA'er i et pilotprojekt og dermed endnu ikke har implementeret systematisk brug af PDA'er.
- 8 Undersøgelsen har taget udgangspunkt i forholdene, der eksisterede på undersøgelsestidspunktet perioden 4. oktober til 26. november 2010. Vi har efter aftale ikke forsøgt at afdække, hvorledes procedurer m.v. var på tidspunktet for mediernes kritik af hjemmeplejen i juli 2010.

<sup>1</sup> Hjælpere som personligt udpeges af borgeren, f.eks. familie eller venner.

<sup>2</sup> Det vil sige tøjvask, der gennemføres udenfor borgernes hjem.



- 9 Igennem rapporten anvender vi både begrebet hjemmepleje og hjemmehjælp. Hjemmehjælp er en delmængde af den samlede hjemmepleje, kommunen yder. I undersøgelsen og nærværende rapport dækker begrebet hjemmepleje derfor kun de ydelser og den organisatoriske del af hjemmeplejen, som er omfattet af denne undersøgelse, jf. i øvrigt pkt. 1-3 ovenfor.

## 1.2 Grundlag for undersøgelsen

Til brug for udbuddet havde Københavns Kommune som en del af kravspecifikationen udarbejdet en foreløbig oversigt over eksisterende materiale, herunder nogle af de typer af oplysninger, som det ville være relevant at undersøge. Endvidere var der anført link til enkelte dokumenter samt supplerende viden om Københavns Kommune.

Der har undervejs i undersøgelsesforløbet vist sig behov for supplerende materiale, som vi i løbende dialog med SUF og SOF har indhentet.

I den forbindelse bemærkes, at SUF og SOF har medvirket aktivt og hurtigt til at fremskaffe ønsket dokumentation.

I det følgende redegøres nærmere for det materiale, som har ligget til grund for undersøgelsen, hvordan det er frembragt samt begrænsninger heri med mulig effekt for undersøgelsens konklusioner.

### 1.2.1 Skriftligt materiale

Med afsæt i kravspecifikationens oversigt over eksisterende materiale samt indledende møder med SUF og SOF har vi i takt med gennemførelsen af undersøgelsen identificeret og rekvireret yderligere materiale.

Vi har således løbende rettet henvendelse til SUF og SOF med anmodning om materiale af en given art, og SUF og SOF har så været ansvarlige for at fremfinde det pågældende materiale. Vi har i den forbindelse fået god bistand fra SUF og SOF, der har medvirket konstruktivt til undersøgelsens gennemførelse.

Det bemærkes, at det forhold, at SUF og SOF selv har fremfundet materialet til brug for undersøgelsen af den københavnske hjemmepleje, og at centrale medarbejdere i forvaltningerne i visse tilfælde selv har fundet dokumentation om eksempelvis ledelsestilsyn, i sig selv indebærer en risiko for, at det fremlagte materiale ikke er fuldstændigt, og derfor samlet set ikke efterlader det rette indtryk af driften af hjemmeplejen. Det skal i den forbindelse anføres, at denne samarbejdsform er sædvanlig for uvildige undersøgelser som denne, og at vi ikke er bekendt med eller har mistanke om, at det materiale, vi har modtaget, ikke er fuldstændigt og/eller dækkende.

Som grundlag for besvarelse af de tre nøglespørgsmål har der været en særlig opgave i at definere centrale ord i de tre nøglespørgsmål, eksempelvis "faglig kvalitet" og "kommunens retningslinjer". Vi har eksempelvis anset det for centralt at få indblik i, hvad kommunen selv anser for de vigtigste retningslinjer en ny medarbejder informeres om for derigennem at sikre, at vores undersøgelse og efterprøvning er målrettet de definitioner, målsætninger m.v., som kommunen arbejder ud fra og kommunikerer til ledere og medarbejdere i dagligdagen.

Da der efter det oplyste ikke umiddelbart forefindes entydige definitioner og operationel ud-møntning af de for undersøgelsen centrale ord, eksempelvis nedfældet i udvalgte dokumenter, indeholdt i introduktionsmapper, målopfyldningsværktøjer m.v. har vi i samarbejde med

de to forvaltninger defineret indholdet i følgende centrale ord i undersøgelsens nøgle-spørgsmål:

- Faglig kvalitet
- Kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur
- Kontrol og ledelsestilsyn.

For en uddybning af centrale nøgleord henviser vi til afsnit 3.

Det forhold, at de for undersøgelsen centrale ord ikke umiddelbart er entydigt defineret i kommunen, indebærer en risiko for, at vi i operationaliseringen af vores undersøgelse, eksempelvis ved udformning af spørgsmål til medarbejdere og ledere om "retningslinjer", ikke entydigt har præciseret spørgsmål med den risiko til følge, at respondenterne har svaret ud fra egne antagelser. Konsekvensen for undersøgelsen er, at der ved besvarelsen af de tre nøglespørgsmål kan være en indbygget forståelse af de centrale ord, som således gør besvarelsen mindre entydig.

Det samlede skriftlige materiale, der har ligget til grund for undersøgelsen, fremgår af materialeoversigt bilag 2. Af ovenstående fremgår dokumenter, som vi har modtaget fra SUF og SOF i forbindelse med vores undersøgelse. I kolonnen "Anvendt" er markeret de dokumenter, som vi har anvendt i undersøgelsen.

### 1.2.2 Efterprøvning/stikprøver

På udvalgte områder har vi anmodet Københavns Kommune om at få stillet datagrundlag til rådighed, eksempelvis en bruttoliste over borgere, der på en given dag har modtaget personlig og praktisk hjælp. Sådanne af kommunen udleverede lister har dannet grundlag for KPMG's udvælgelse af tilfældige stikprøver til brug for kontrol af leverede ydelser.

Det er Københavns Kommunes ansvar, at det datagrundlag, der er stillet til rådighed for vores udvælgelse af stikprøver, er fuldstændigt og repræsentativt, hvilket ikke har været en del af vores opgave at kontrollere. Vi har dog ikke formodning om, at materialet ikke har været fuldstændigt.

### 1.2.3 Interviews

Som led i informationsindsamlingen er der i perioden 26. oktober 2010 til 10. november 2010 gennemført interviews af ledere og medarbejdere i kommunens hjemmepleje samt af private leverandører. Interviewpersonerne er udvalgt tilfældigt på baggrund af bruttolister fra SUF og SOF.

De gennemførte interviews er optaget med diktafon. De interviewede personer har henset til undersøgelsens tidsrammer ikke haft lejlighed til at læse eller acceptere et referat af interviewet. For uddybning af metoden bag interviews henvises til afsnit 5.9.

## 1.3 Arbejdets tilrettelæggelse

KPMG har i al væsentlighed tilrettelagt og udført undersøgelsen, der ligger til grund for nærværende rapport, i overensstemmelse med den løsningsbeskrivelse, der lå til grund for det afgivne tilbud, og som fremgår af den endelige kontrakt. Ændringer i forhold til den godkendte kontrakt er godkendt af referencegruppen. I hovedtræk indebærer det:

- at kravspecifikationens tre nøglespørgsmål med tilhørende underspørgsmål udgør hovedstrukturen i rapporten,
- at undersøgelsen har været opdelt i tre hovedfaser: Dataindsamling, analyse og rapportering, og
- at informationsindsamling og den efterfølgende analyse har ledt frem til visse forbedringsforslag. KPMG's konkrete anbefalinger fremgår i forlængelse af besvarelsen af de tre nøglespørgsmål.

For uddybning af metoden bag informationsindsamlingen henvises til hovedafsnit 5.

### 1.3.1 **En rapport specificeret på SUF og SOF**

I forbindelse med KPMG's informationsindsamling og dialog med de to forvaltninger blev det klart, at organisering, arbejdstilrettelæggelse, dokumentation m.v. er forskellig i SUF og SOF.

SUF og SOF er forskellige både for så vidt angår hjemmeplejevirkomhedens størrelse, organisering, arbejdstilrettelæggelse og dokumentation m.v. SUF har således ca. 1.800 medarbejdere, mens SOF har ca. 400 medarbejdere. Endvidere har vi forstået, at SOF er en relativ ung organisation, idet forvaltningen i den nuværende form blev etableret i 2007.

Som led i KPMG's informationsindsamling og analyse er der sideløbende indhentet information og gennemført analyser for henholdsvis SUF og SOF. Informationen er løbende blevet sammenstillet, blandt andet på arbejds- og referencegruppemøder.

Nærværende rapport er grundet nævnte forskelle valgt struktureret således, at de tre nøglespørgsmål er besvaret særskilt for henholdsvis SUF og SOF. Det samme gør sig gældende for de separate afsnit om spørgeskemaundersøgelser. KPMG's forbedringsforslag baseret på det udførte arbejde vil derfor som udgangspunkt være målrettet henholdsvis SUF og SOF.

## 1.4 **Organisering**

KPMG's samarbejde med Københavns Kommune om denne opgave har været organiseret med en arbejdsgruppe og en referencegruppe.

Arbejdsgruppens rolle har været at bistå med informationsindsamling, klarlægge en række forhold vedrørende hverdagen i hjemmeplejen samt kommentere materiale efter vores anmodning.

Der har været afholdt 4 møder med arbejdsgruppen. Hertil kommer en række bilaterale møder med arbejdsgrupperepræsentanter for SUF og SOF og andre medarbejdere i SUF og SOF.

Referencegruppens rolle har været at bidrage med input og kommentarer til væsentlige problemstillinger, eksempelvis definition af nøgleord. Referencegruppen har også forholdt sig til metode og fremdrift i projektet. Der har været afholdt 4 møder i referencegruppen.

I praksis har arbejdsgruppen indgået i referencegruppen.

## 1.5 Proces for færdiggørelse af rapporten

Personer i arbejds- og referencegruppe og personer, KPMG har interviewet, har i forbindelse med informationsindsamling og analyse ikke haft lejlighed til at læse eller kommentere hele eller dele af rapporten, ligesom arbejds- og referencegruppen ikke har haft lejlighed til at læse eller kommentere foreløbige konklusioner.

I forbindelse med færdiggørelse af rapporten har arbejdsgruppen og referencegruppen haft henholdsvis 1. udkast og 2. udkast til gennemlæsning med henblik på afklaring af eventuelle faktuelle fejl eller uklarheder.

## 1.6 Struktur for rapporten

Nærværende rapport er struktureret på følgende måde:

|           |  |
|-----------|--|
| Afsnit 2  | Indeholder et resume af rapportens konklusioner henset til undersøgelsens tre nøglespørgsmål                     |
| Afsnit 3  | Behandler definition af centrale ord i undersøgelsens tre nøglespørgsmål   |
| Afsnit 4  | Redegør for rapportens analysestruktur   |
| Afsnit 5  | Indeholder beskrivelse af metode samt de overordnede analyseresultater for rapportens primære informationskilder |
| Afsnit 6  | Introduktion til SUF undersøgelse  |
| Afsnit 7  | Besvarelse af nøglespørgsmål 1   |
| Afsnit 8  | Besvarelse af nøglespørgsmål 2   |
| Afsnit 9  | Besvarelse af nøglespørgsmål 3   |
| Afsnit 10 | Introduktion til SOF undersøgelse  |
| Afsnit 11 | Besvarelse af nøglespørgsmål 1   |
| Afsnit 12 | Besvarelse af nøglespørgsmål 2   |
| Afsnit 13 | Besvarelse af nøglespørgsmål 3   |

## 1.7 Anvendelse af forkortelser og symboler

I rapporten gøres af hensyn til overskueligheden og læsevenligheden under tiden brug af følgende forkortelser, som også finder anvendelse i Københavns Kommune:

SUF: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

SOF: Socialforvaltningen.

## **1.8 Anvendelse af rapporten**

Nærværende rapport er udarbejdet i overensstemmelse med den med Københavns Kommune indgåede kontrakt og med det formål, som fremgår heraf. Beskrivelser samt konklusioner i rapporten kan ikke udstrækkes til at gælde i andre sammenhænge, end hvad der følger af formålet med rapporten.

## 1.9 Afsluttende oplysninger og underskrift

Grundlaget for vores undersøgelse er anført i afsnit 1.2 ovenfor. Som anført i dette afsnit, kan det ikke udelukkes, at der eksisterer dokumenter eller anden viden/information, som yderligere kunne have medvirket til at belyse den københavnske hjemmepleje, og som så-dan ville have påvirket rapportens konklusioner, hvis de havde været kendt for os. Vi er dog ikke bekendt med eller har mistanke om, at det materiale, vi har modtaget, ikke er fuldstændigt og/eller dækkende.

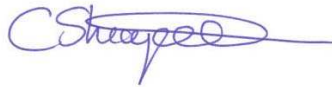
København, den 1. december 2010

**KPMG**

Statsautoriseret Revisionspartnerselskab



Torben Kristensen  
partner



Charlotte Skovgaard  
director

## 2 Resumé af væsentligste konklusioner

Nedenfor er rapportens væsentligste konklusioner på de tre nøglespørgsmål resumeret. Endvidere er vores væsentligste iagttagelser og anbefalinger angivet skematisk og kortfattet. Resumeet er opdelt på henholdsvis SUF og SOF.

Nærværende afsnit er i sin natur kortfattet, hvorfor baggrunden for rapportens konklusioner, herunder definitioner, forkortelser m.v., ikke alene kan udledes af dette afsnit, men skal udledes af den samlede rapport.

### 2.1 SUF

#### Nøglespørgsmål 1

Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtageren har retskrav på? Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

Overordnet set besvarer vi spørgsmålet **bekræftende**.

Konklusionen understøttes især af følgende:

- Når vi spørger borgerne, om de har modtaget de konkrete ydelser, som fremgår af den enkelte hjemmehjælperes PDA, bekræfter 82 % af borgerne, at de har fået leveret de konkrete ydelser som anført i PDA'en. Størstedelen af de ydelser, som borgeren oplyser ikke at have modtaget, er aflyst/frabedt af borgeren selv. Kun 1,5 % af borgerne tilkendegiver, at hjemmehjælperen ikke dukkede op, ikke havde tid eller ikke ville hjælpe. Det vil sige, at den enkelte hjemmehjælper leverer den ydelse, som vedkommende er blevet bedt om.
- SUF's egenkontrol gennemført i august 2010 med et meget stort antal respondenter viser samme bekræftelse fra borgerne af, at de generelt modtager den hjælp, de har krav på.
- Den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse viser, at 91 % af borgerne oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad udfører den hjælp, som de er blevet tildelt fra kommunen.
- Den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse viser, at over 80 % af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmehjælp, de modtager.
- Det ikke-lovpligtige kommunale tilsyn i hjemmeplejen har i 2009 kun resulteret i 1 tilfælde af alvorlige fejl og mangler ud af 16 tilsyn (6 %). Dette er en væsentlig forbedring i forhold til 2008, hvor der blev gennemført 19 tilsyn, hvoraf fire resulterede i bedømmelsen "alvorlige fejl og mangler" (21 %).
- KPMG's øvrige undersøgelser af indikatorer for faglig kvalitet, døgn- og ugeplan, medarbejderkontinuitet, aflysninger og klagestatistik har ikke overordnet set vist indikationer på, at SUF ikke leverer de visiterede ydelser i den fastlagte faglige kvalitet.



Vores undersøgelse har givet anledning til visse forbedringsforslag, hvoraf de vigtigste er som følger:

- 40 % af borgerne angiver i brugertilfredshedsundersøgelsen, at de er utilfredse eller meget utilfredse med antallet af forskellige hjemmehjælpere. Det anbefales, at det i det fortsatte arbejde med dette fokusområde overvejes, om måltal skal fastsættes afhængig af plejetyngde, og at det overvejes, om målet for medarbejderkontinuitet er tilstrækkeligt ambitiøst.
- Vores undersøgelse af overensstemmelse mellem PDA-data og borgernes oplevelse viser, at når borger og hjælper aftaler, at enkelttydelser ikke skal leveres (f.eks. ikke behov), sker der ikke i alle tilfælde registrering heraf i PDA'en. Vi anbefaler, at der som led i det igangsatte arbejde arbejdes med datadisciplinen, f.eks. ved at gøre registreringer enkle.

Forholdene er dog efter vores opfattelse ikke af en så væsentlig karakter, at de ændrer ved vores overordnede konklusion. De enkelte anbefalinger, som vores undersøgelse af nøglespørgsmål 1 har resulteret i, fremgår af bilag 10.

#### Nøglespørgsmål 2

Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'er m.v. og gældende kontrakter for private leverandører?

Overordnet set besvarer vi spørgsmålet **bekræftende**.

Konklusionen understøttes især af følgende:

- Når vi spørger gruppeledere og medarbejdere, om der findes klare retningslinjer for, hvordan medarbejderne skal udføre deres opgaver ude hos borgerne, bekræfter 95 % af gruppelederne og 87 % af medarbejderne, at der findes klare retningslinjer.
- Et højt antal gruppeledere og medarbejdere bekræfter ligeledes, at medarbejderne efterlever de foreliggende retningslinjer for at udføre arbejdsopgaverne.
- Når vi kortlægger kendskabet til og anvendelsen af konkrete retningslinjer, er det vores vurdering, at kendskabet til centrale retningslinjer som eksempelvis kvalitetsstandarder og sundhedsfaglig dokumentation er øget de seneste år, og at retningslinjerne i dagligdagen kommunikerer til medarbejderne via gruppelederen.
- For så vidt angår de private leverandører er det vores vurdering, at kontraktgrundlaget mellem kommunen og de private leverandører udgør et godt grundlag for at forstå, hvilke forpligtelser der er mellem de to parter, herunder muligheden for at udøve kontrol og tilsyn.
- Vi er bekendt med, at forvaltningen har iværksat, men endnu ikke endeligt implementeret en række tiltag, der har til hensigt at skærpe og ensrette centrale retningslinjer.

Vores undersøgelse har givet anledning til visse forbedringsforslag, hvoraf de vigtigste er som følger:

- Når det gælder udmøntningen af centrale retningslinjer, er det vores vurdering, at det i høj grad er op til de enkelte hjemmeplejeenheder/gruppeledere at udarbejde og formidle retningslinjerne, eksempelvis retningslinjer for tidsanvendelse og "fast hjælper", hvilket indebærer en risiko for, at retningslinjerne ikke formidles i overensstemmelse med forvaltningernes intentioner, uagtet at gruppeledere og medarbejdere både har kendskab til og efterlever de lokale retningslinjer.

En væsentlig forudsætning for, at forvaltningerne også fremadrettet kan sikre, at hjemmeplejen udføres i overensstemmelse med kommunens retningslinjer, er, at retningslinjerne er klart defineret og kommunikeret i organisationen. Vi anbefaler derfor, at SUF definerer, udarbejder og kommunikerer de vigtigste retningslinjer på tværs af lokaleområder.

Forholdene er dog efter vores opfattelse ikke af en så væsentlig karakter, at de ændrer ved vores overordnede konklusion. De enkelte anbefalinger, som vores undersøgelse af nøglespørgsmål 2 har resulteret i, fremgår af bilag 10.

### Nøglespørgsmål 3

Er kommunens tilrettelæggelse af kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkeligt i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet af tilbuddene samt udførelsen af opgaverne - eller er der behov for yderligere tiltag og handlinger?

Overordnet set besvarer vi spørgsmålet **bekræftende**.

Konklusionen understøttes især af følgende:

- KPMG har kortlagt den skriftlige rapportering af leverede resultater til udvalg, direktion, lokalområdechefer, enhedsledere og gruppeledere. Vi vurderer, at omfanget heraf er på et passende niveau.
- De indikatorer for faglig kvalitet, som undersøgelsen er baseret på rapporteres i vidt omfang i ovennævnte rapportering og giver derfor i vidt omfang mulighed for ledelsestilsyn på indikatorer for faglig kvalitet.
- Den faktiske opfølgning på om de visiterede ydelser faktisk leveres, kontrolleres via daglig godkendelse af PDA, løbende tilsynsrapporter, administrationsrapport og brugertilfredshedsundersøgelser. Samlet udgør disse opfølgningspunkter et acceptabelt kontrolmiljø.

Vores undersøgelse har givet anledning til visse forbedringsforslag, hvoraf de vigtigste er som følger:

- Udvalget bør efter vores opfattelse periodisk orienteres om udviklingen i fastsatte KPI'er (f.eks. medarbejderkontinuitet, døgn- og ugeplaner m.v.).
- Der bør ske løbende rapportering af klagestatistik i administrationsrapporten, og aflysningsstatistik bør omfatte årsag til aflysning.

- Kontrolmiljøet omkring opfølgning på, om de visiterede ydelser faktisk leveres, kan styrkes eksempelvis via faste periodiske undersøgelser af, om registreringer i PDA svarer til borgerens oplevelser.

Forholdene er dog efter vores opfattelse ikke af en så væsentlig karakter, at de ændrer ved vores overordnede konklusion. De enkelte anbefalinger, som vores undersøgelse af nøglespørgsmål 3 har resulteret i, fremgår af bilag 10.

## 2.2 SOF

### Nøglespørgsmål 1

Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtageren har retskrav på? Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

Overordnet set besvarer vi spørgsmålet **bekræftende**.

Konklusionen understøttes især af følgende:

- Når vi spørger borgerne, om de har modtaget de konkrete ydelser, som fremgår af den enkelte hjemmehjælperes kørebog, bekræfter 91 % af borgerne, at de har fået leveret de konkrete ydelser som anført i kørebøgerne. Størstedelen af de ydelser, som borgeren oplyser ikke at have modtaget, er aflyst/frabedt af borgeren selv. Kun 1 % af borgerne tilkendegiver, at hjemmehjælperen ikke havde tid eller ikke ville hjælpe. Det vil sige, at den enkelte hjemmehjælper leverer den ydelse, som vedkommende er blevet bedt om.
- Den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse viser, at over 80 % af borgerne oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad udfører den hjælp, som de er blevet tildelt fra kommunen.
- Den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse viser, at over 80 % af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmehjælp, de modtager.
- Den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse viser, at ingen borger oplyser at have fået aflyst personlig pleje inden for den seneste måned.

Vores undersøgelse har givet anledning til visse forbedringsforslag, hvoraf den vigtigste er som følger:

- Ifølge brugerundersøgelsen har kun ca. halvdelen af borgerne en oplevelse af at have faste hjælpere, at aflysning af praktisk hjælp følges op med et erstatningsbesøg indenfor 5 dage, og at hjemmeplejen informerer dem i god tid, hvis hjælpen bliver rykket mere end en time. Vi skal anbefale, at SOF overvejer, om der skal igangsættes tiltag for at øge procentandelen for ovennævnte.

Forholdene er dog efter vores opfattelse ikke af en så væsentlig karakter, at de ændrer ved vores overordnede konklusion. De enkelte anbefalinger, som vores undersøgelse af nøglespørgsmål 1 har resulteret i, fremgår af bilag 10.

## Nøglespørgsmål 2

Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'er m.v. og gældende kontrakter for private leverandører?

Overordnet set besvarer vi spørgsmålet **bekræftende**.

Konklusionen understøttes især af følgende:

- Når vi spørger gruppeledere og medarbejdere, om der findes klare retningslinjer for, hvordan medarbejderne skal udføre deres opgaver ude hos borgerne, bekræfter 93 % af gruppelederne og 85 % af medarbejderne, at der findes klare retningslinjer.
- Et højt antal gruppeledere og medarbejdere bekræfter ligeledes, at medarbejderne efterlever de foreliggende retningslinjer for at udføre arbejdsopgaverne.
- Når vi kortlægger kendskabet til og anvendelsen af konkrete retningslinjer, er det vores vurdering, at kendskabet til centrale retningslinjer som eksempelvis kvalitetsstandarder og faglig håndbog er øget de seneste år. Særlig faglig håndbog udgør et vigtigt element i bestræbelserne på at levere ydelserne i den besluttede faglige kvalitet.
- For så vidt angår de private leverandører er det vores vurdering, at kontraktgrundlaget mellem kommunen og de private leverandører udgør et godt grundlag for at forstå, hvilke forpligtelser der er mellem de to parter, herunder muligheden for at udøve kontrol og tilsyn.
- Målsætninger for arbejdskultur er defineret via den faglige håndbog og dokumentet "God adfærd i udføreenheden" og udgør et godt udgangspunkt for at sikre en ensartet og tilfredsstillende udførelse af opgaverne. Da retningslinjerne er relative nye, har vi dog endnu ikke kunne vurdere effekten.

Vores undersøgelse har givet anledning til visse forbedringsforslag, hvoraf de vigtigste er som følger:

- Vi vurderer, at SOF ikke i fuld udstrækning benytter de muligheder og forpligtelser, de har vedrørende kontrol og tilsyn med de private leverandører, herunder revisitation, anmeldt og uanmeldt tilsyn. Vi vurderer, at SOF med fordel kan udbygge den løbende kontrol med leverandørerne, eksempelvis via eksterne tilsyn. Endvidere anbefaler vi, at der udarbejdes en procedure for systematisk og løbende kontrol af de private leverandørers overholdelse af indholdet i kontrakten, herunder stikprøvevis uanmeldt tilsyn fra visitationen.

Forholdene er dog efter vores opfattelse ikke af en så væsentlig karakter, at de ændrer ved vores overordnede konklusion. De enkelte anbefalinger, som vores undersøgelse af nøglespørgsmål 2 har resulteret i fremgår af bilag 10.

### Nøglespørgsmål 3

Er kommunens tilrettelæggelse af kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkeligt i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet af tilbuddene samt udførelsen af opgaverne - eller er der behov for yderligere tiltag og handlinger?

Overordnet set besvarer vi spørgsmålet **benægtende**.

Konklusionen understøttes især af følgende:

- KPMG har kortlagt den skriftlige rapportering af leverede resultater til udvalg, direktion, udførerchef og gruppeledere. Til direktion og udvalg rapporteres alene om klager og brugertilfredshed. Efter vores opfattelse bør ledelsestilsynet suppleres med periodisk ledelsesrapportering, som omfatter vigtige KPI'er, eksempelvis dem der indgår i definitionen af faglig kvalitet.
- Efter vores opfattelse bør SOF i samarbejde med udvalget fastsætte målbare mål for de KPI'er, der rapporteres på, og hjemmeplejens "performance" bør periodisk rapporteres til udvalget.
- Ovenstående rapportering fordrer yderligere datafangst, herunder vedrørende klagestatistikker, medarbejderkontinuitet, samarbejdsbogen m.v. SOF bør overveje, hvordan dette sikres.
- SOF bør efter vores opfattelse overveje om kontrolmiljøet kan styrkes omkring registrering af medarbejdertid og leverede ydelser, eksempelvis ved implementering af yderligere it-understøttede systemer så som PDA eller dørscannere
- SOF bør efter vores opfattelse overveje uvildig stikprøvevis verifikation af, at oplysninger ifølge kørebog svarer til borgerens oplevelse, eksempelvis via periodevis egenkontrol af kørebøger.

De enkelte anbefalinger, som vores undersøgelse af nøglespørgsmål 3 har resulteret i, fremgår af bilag 10.

### 3 Definitioner af centrale ord i undersøgelsen

For at KPMG kan levere et operationelt, fyldestgørende og troværdigt svar på de tre nøglespørgsmål, som indgår i denne undersøgelse, er det væsentligt at definere, hvorledes centrale ord i de tre nøglespørgsmål skal forstås eller operationaliseres. Konkret betyder det, at KPMG i samråd med de to forvaltninger har defineret indholdet i følgende centrale ord fra undersøgelsens nøglespørgsmål:

- Faglig kvalitet (relateret til nøglespørgsmål 1)
- Retningslinjer, og målsætninger for arbejdskultur (relateret til nøglespørgsmål 2)
- Kontrol og ledelsestilsyn (relateret til nøglespørgsmål 3).

#### 3.1 "Faglig kvalitet"

Som udgangspunkt kan faglig kvalitet i hjemmeplejen defineres som, at borgerne modtager det politisk vedtagne serviceniveau, som er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Den mere konkrete udmøntning af faglig kvalitet i den enkelte forvaltning skal således forstås i sammenhæng med det politisk besluttede serviceniveau (som fremgår af kvalitetsstandarderne). Faglig kvalitet har også en sammenhæng til politiske målsætninger på området. Eksempelvis er "De ældre i København oplever kvalitet i mødet med kommunen" en politisk vedtagen målsætning for SUF.

For at kunne konkretisere og undersøge, hvorvidt der leveres faglig kvalitet, herunder om medarbejdere og ledere lever op til politiske målsætninger, har de to forvaltninger operationaliseret begrebet i deres virke. Dette betyder at forvaltningerne benytter en række væsentlige indikatorer, mål og retningslinjer, der har til formål at sikre og måle, hvorvidt borgerne modtager ydelser i den politisk besluttede faglige kvalitet. KPMG har i samråd med de to forvaltninger, defineret de væsentligste af disse, jf. bilag 3.

De identificerede indikatorer, mål og retningslinjer er derfor centrale elementer i den gennemførte analyse af hvorvidt ydelser leveres til faglig kvalitet.

#### 3.2 Retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur

Dette undersøgelsesområde fokuserer på, hvorvidt medarbejdere følger væsentlige retningslinjer samt efterlever målsætninger for arbejdskultur. Som ansat i Københavns Kommune er man omfattet af en lang række målsætninger og retningslinjer, der definerer og/eller anviser, hvad der er den ønskede adfærd, eller hvad medarbejderen skal være bevidst om i en given situation.

I denne undersøgelse definerer vi retningslinjer og målsætninger således, at der tages udgangspunkt i de retningslinjer og målsætninger der har direkte betydning for levering af hjemmehjælp til borgere i Københavns Kommune.

Retningslinjer der har direkte betydning for levering af hjemmehjælp, er også centrale i forhold til at sikre, at ydelser leveres i den politisk besluttede faglige kvalitet. I samarbejde med de to forvaltninger er definition af retningslinjer opdelt i følgende tre grupper:

- 1 Gennemgående retningslinjer  
Disse retningslinjer er gennemgående for levering af ydelser og gælder både ved normal drift og i situationer med afvigelser. Eksempler herpå er retningslinjer for tidsanvendelse og rapporteringspligt.
- 2 Retningslinjer ved normal drift  
Dette er retningslinjer, som gælder i en normal driftssituation, eksempelvis hvilke retningslinjer hjemmehjælperen følger, når vedkommende er ude ved borgeren og levere hjemmehjælp som planlagt. Eksempler herpå er retningslinjer for Sundhedsfaglig dokumentation.
- 3 Retningslinjer ved afvigelser  
Dette er retningslinjer, som gælder i en driftssituation, der afviger fra normalsituationen. Dette kan f.eks. være i et tilfælde, hvor hjemmehjælperen ikke har mulighed for at komme ind i borgerens hjem og levere hjemmehjælp som planlagt. Et eksempel på retningslinjer ved afvigelser er retningslinjer for forgæves gang og oplysnings- og tilbagemeldingspligt.

De væsentligste retningslinjer for de to forvaltninger fremgår af bilag 3.

For private leverandører af hjemmehjælp benyttes gældende kontrakter som det primære grundlag for gældende retningslinjer.

De nævnte tre typer af retningslinjer er centrale i forhold til at kunne analysere, hvorvidt ydelser leveres i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur.

### 3.3 "Kontrol og ledelsestilsyn"

Dette undersøgelsesområde fokuserer på, hvorvidt det nuværende kontrol og ledelsestilsyn er tilstrækkeligt med henblik på at sikre indholdet, udførelsen og den faglige kvalitet af den leverede hjemmehjælp.

Ved kontrol og ledelsestilsyn forstår vi både den interne kontrol og ledelsestilsyn og den eksterne kontrol (tilsyn hos SUF). Intern kontrol og ledelsestilsyn er der, hvor ledere (og medarbejdere) i hjemmeplejen forestår kontrollen. Konkret føres der kontrol med, at borgerne får den service, de har ret til, samt at hjælpen tilvejebringes på en måde, der overholder gældende retningslinjer. De centrale elementer i at vurdere kontrol og ledelsestilsyn er i denne undersøgelse defineret som:

- 1 At ydelser leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne  
Det politisk vedtagne serviceniveau er udmøntet i kvalitetsstandarderne. Derfor er der i denne undersøgelse fokus på, i hvilken grad kontrol og ledelsestilsynet sikrer, at hjælpen leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne.
- 2 At personalet ledes inden for de vedtagne retningslinjer, aftaler og politikker  
Hjælpen skal leveres inden for de rammer, der er opstillet gennem retningslinjer, aftaler og politikker. Kontrol og ledelsestilsynet har bl.a. til formål at sikre dette.



- 3 Den nødvendige dokumentation og kontrol af ydelsernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes arbejdstid foreligger
- Der afdækkes, hvorvidt hjemmeplejen har tilstrækkelig kontrol med og dokumentation for levering af hjemmehjælp til borgere. Dokumentation for at hjælpen leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne, og at medarbejdere overholder væsentlige retningslinjer, er vigtige elementer i dette.

For uddybning af definition af kontrol og ledelsestilsyn henvises til bilag 3.

### **3.4 Operationalisering af definitioner i undersøgelsen**

Det er væsentligt at kunne benytte dele af definitionerne direkte eller indirekte i vores undersøgelsesspørgeteknik. Definitioner, herunder indikatorer og mål, bliver analyseret og vurderet i undersøgelsen ud fra en systematisk tilgang til at måle og efterprøve dem. Eksempelvis bliver en indikator på faglig kvalitet, der har et konkret mål, efterprøvet gennem flere relevante informationskilder, f.eks. dataudtræk fra plejesystem, spørgsmål i kvalitative interviews, og spørgsmål i brugerundersøgelser.

Analysestrukturen er beskrevet i det efterfølgende afsnit.

## 4 Analysestruktur

I de efterfølgende afsnit besvares de tre nøglespørgsmål som led i analysen med afsæt i en struktur, der afspejler vores vurdering af datakildernes validitet. Eksempelvis vægter efterkontrol af leverede og visiterede ydelser tungere end kvalitative informationer tilvejebragt via interviews.

Strukturen er skitseret nedenfor.

- a) Analyse af eksisterende viden og materiale
  - Materiale modtaget fra forvaltningerne
  - Eksterne tilsyn og rapporter
- b) Efterkontrol af leverede og visiterede ydelser
  - Stikprøvekontrol af om brugere har modtaget ydelser som planlagt
    - Visiterede ydelser
    - Leverede ydelser
- c) Brugertilfredshedsundersøgelse SUF
- d) Brugertilfredshedsundersøgelse SOF
- e) Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og gruppeledere
- f) Interviews
  - Ledere
    - Forvaltning
    - Lokalområdeleder
    - Hjemmeplejeleder
    - Gruppeleder
  - Medarbejdere
    - Hjemmehjælper
    - Planlægger
  - Private leverandører

## 5 Informationsindsamling

I nærværende afsnit beskriver vi metode for hver af rapportens primære informationskilder, herunder de overordnede resultater af relevante undersøgelser. De overordnede resultater vil sammenholdt med tilhørende bilag danne grundlag for besvarelsen af de tre nøgle-spørgsmål i de efterfølgende afsnit.

Strukturen i afsnittet afspejler analysestrukturen som beskrevet i foregående afsnit.

### 5.1 Analyse af eksisterende viden og materiale

#### 5.1.1 Formål

Undersøgelsen skal så vidt muligt inddrage eksisterende data og materiale, som allerede eksisterer i forvaltningerne. Dette er gjort ved f.eks. at kortlægge resultater af tidligere undersøgelser, gennemgå ledelsesrapportering, aktivitetsdata, tilsynsrapporter m.v. samt gennemføre interviews af medarbejdere og ledere.

#### 5.1.2 Datakilder

I undersøgelsen indgår der enten direkte i analysen eller som baggrundsviden følgende datakilder:

- Dokumentation på levering af ydelser
- Driftskontroller
- Løbende ledelsesopfølgning, f.eks. administrationsrapporter
- Tilsynsrapporter
- Bruger- og medarbejdertilfredshedsundersøgelser
- Klagestatistik
- Egenkontrol.

Det samlede materiale, der har ligget til grund for analysen, fremgår af bilag 2. Der er i fortegnelsen markeret, hvilke dokumenter der direkte eller indirekte er anvendt i undersøgelsen.

### 5.2 Efterkontrol af leverede og visiterede ydelser

#### 5.2.1 Formål

Efterkontrol, af i hvilket omfang leverede ydelser er i overensstemmelse med visiterede ydelser, er et centralt element i analysen og har derfor været tilrettelagt med eget undersøgelsesdesign koncentreret om at gennemføre målrettede telefoninterview med udvalgte borgere for at kortlægge, om borgerne specifikt har modtaget de ydelser, de er visiteret til, og som de ifølge PDA'er/kørebøger skulle have modtaget

Nedenfor er undersøgelsesdesignet detaljeret beskrevet. Som et væsentligt input til de efterfølgende analyseafsnit fremgår endvidere resultaterne af stikprøveanalyserne for henholdsvis SUF og SOF. Endelig fremgår også en kort vurdering af metoden bag SUF's egenkontrol.

### 5.2.2 Formulering af spørgsmål

Formuleringen af spørgsmålene til borgeren har taget udgangspunkt i, at svarene skulle danne grundlag for at besvare nøglespørgsmålene i rapporten. Vi har derfor valgt at stille følgende fire typer spørgsmål:

- 1 Tilstedeværelseskontrol. Her spørger vi borgeren, om der har været det pågældende antal hjælpere den pågældende dag som registreret i PDA-data eller kørebøger.
- 2 Ydelseskontrol. Her spørger vi borgeren, om de konkrete ydelser er leveret i overensstemmelse med, hvad der fremgår af registrerede PDA-data eller underskrevne kørebøger.
- 3 Årsagsforklaring. Hvis borgeren vurderer ikke at have modtaget alle ydelser, som fremgår af PDA eller kørebog, har vi spurgt ind til, hvad årsagen til dette er.
- 4 Fuldstændighedskontrol. Her spørger vi borgeren, om alle de konkrete *visiterede* ydelser, som borgeren er visiteret til, generelt bliver leveret. Her spørger vi således også til de ydelser, borgeren skal modtage, ud over hvad der blev spurgt til i det første spørgsmål. Der spørges ikke til en konkret dag for, hvornår ydelserne er modtaget under dette spørgsmål.

I en række tilfælde kan navnene på ydelserne være vanskelige at forstå for borgerne. For at operationalisere ydelsesnavnene og gøre dem forståelige over for borgerne er vi kommet med yderligere beskrivelse og eksemplificering, hvis borgeren har været i tvivl. Den uddybende forklaring har været baseret på forvaltningernes borgerinformation om ydelser. For SUF er der tale om publikationen "Visitationskriterier & ydelser 2010" og "Tilbud til ældre hjemmeboende" og for SOF er der tale om publikationen "Borgerinformation vedrørende hjælp i hjemmet". Samlet set er det vores vurdering, at anvendelsen af de officielle ydelsesnavne dog ikke har givet anledning til store problemer i forbindelse med undersøgelsen.

### 5.2.3 Udvalgelse af borgere og hjemmehjælpsbesøg til stikprøve

Datagrundlaget er:

- Registreringer af leverede ydelser på en konkret dag (PDA-udtræk og kørebøger)
- Oversigt over visiterede ydelser for borgere.

Borgerne i stikprøven er som udgangspunkt udvalgt tilfældigt blandt alle borgere. For SUF er dette sikret ved tilfældig udvælgelse i PDA-udtræk med efterfølgende kontrol af, at denne udvælgelse var repræsentativ, dvs. fordelt på geografisk tilhørsforhold (lokalområde). I SOF er dette sikret ved at indhente kørebøger fra alle grupper. Kørebøgerne blev indhentet på et uanmeldt besøg hos grupperne og udvalgt tilfældigt blandt alle kørebøger for den foregående dag/aften.

Af etiske årsager har vi - i det omfang data har gjort det muligt - undladt at ringe til terminale borgere og borgere med beskyttet telefonnummer.

For at styrke stikprøvens repræsentativitet er følgende handlinger gennemført:

- I SUF tilgår PDA-data først det system, som vi modtog data fra, når gruppelederne har godkendt PDA-data. Vi har anvendt mest muligt opdaterede registreringer for at øge sandsynligheden for, at borgeren skulle kunne huske den pågældende dags besøg og leverancer. Da nogle gruppeledere ikke har nået at godkende data for den pågældende dag, vi har udtaget som stikprøve, kan der være grupper, som ikke er repræsenteret i undersøgelsen. Andelen af gruppeledere, som ikke har nået at godkende PDA-data, er forsøgt mindsket ved, at forvaltningen har sendt en påmindelse til gruppelederne om, at de generelt skal være opmærksomme på at godkende PDA-registreringer. Denne påmindelse var formuleret som en generel orientering, uden at nærværende undersøgelse blev nævnt som årsag.
- I SOF har vi på uanmeldte besøg hos grupperne indsamlet kørebøger fra den foregående dag/aften. Vi har indsamlet kørebøger, uanset om de var godkendt af gruppeledere eller ej. Dermed har vi haft mulighed for at få adgang til kørebøger vedrørende samtlige gennemførte hjemmeplejebesøg dagen før vores uanmeldte besøg hos grupperne.

For både SUF og SOF er indhentet godt 200 gyldige besvarelser.

#### 5.2.4 Fremgangsmåde ved opkald til borgere

Opkaldene til borgerne blev tilrettelagt på følgende vis. For de udvalgte borgere var interviewer i besiddelse af to sæt oplysninger om borgeren: (1) Oversigt over leverede ydelser på en konkret dag ifølge PDA eller kørebog, og (2) oversigt over alle de ydelser, borgeren er visiteret til. Derudover var interviewer i besiddelse af en spørgeguide (afkrydningsark), hvor borgerens svar blev noteret og uddybet, samtidig med at telefonsamtalen fandt sted.

#### 5.2.5 Datavalidering og kvalitetssikrende tiltag

For at sikre et datagrundlag af høj kvalitet og validitet har vi foretaget en række kvalitetssikrende tiltag.

- Udfordringer i forhold til at indhente svar som følge af målgruppens særlige karakteristika blev drøftet med forvaltningerne.
- Under samtalerne med borgerne blev det vurderet, om borgeren var i stand til at besvare spørgsmålene. Når borgerne selv tilkendegav, at de ikke kunne svare, eller intervieweren vurderede, at borgerne virkede ude af stand til at svare, blev besvarelserne efterfølgende frasorteret.

Datagrundlaget er fremskaffet med så lille grad af involvering af gruppeledere og medarbejdere som muligt for at sikre mest mulig objektivitet i datagrundlag. I SUF er dette gjort ved at trække PDA-data centralt uden at informere gruppeledere. I SOF er dette gjort ved at foretage uanmeldte besøg i grupperne, når kørebøger skulle udtages. Dog var gruppelederne her orienteret om, at de kunne "risikere" et sådan besøg inden for en vis periode.

Den anvendte spørgeguide samt de samlede resultater fra undersøgelsen fremgår af bilag 4.

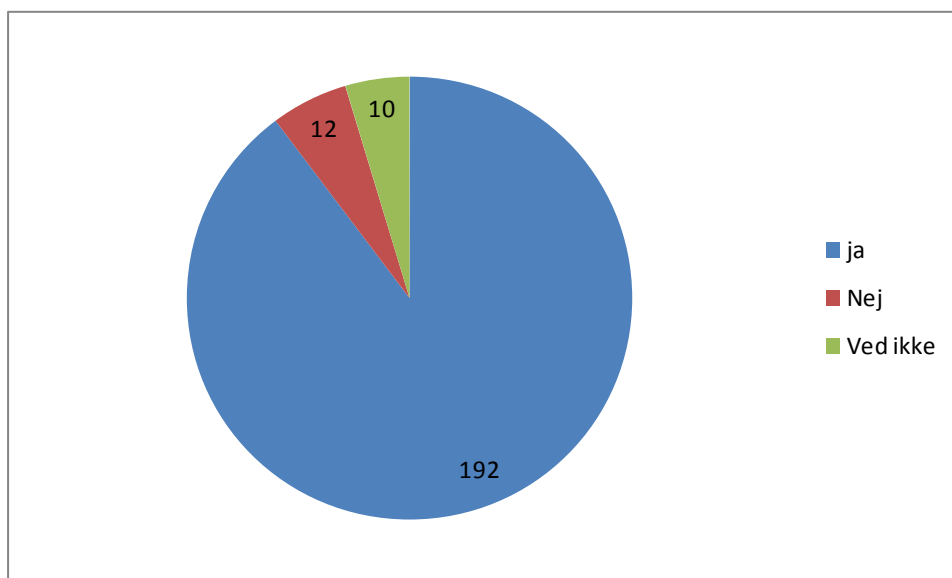
## 5.2.6 Resultat af stikprøveanalysen i SUF

Tabel 1

|     | Antal opkald | Gyldige besvarelser | Ugyldige, frasorterede besvarelser | Nægtet deltagelse | Svarprocent |
|-----|--------------|---------------------|------------------------------------|-------------------|-------------|
| SUF | 293          | 214                 | 50                                 | 29                | 73%         |

I tabellen ovenfor fremgår det, at efterkontrollen i SUF resulterede i 214 gyldige besvarelser, som danner grundlaget for de efterfølgende analyser og vurderinger.

**Figur 1 - Spørgsmål 1 Tilstedeværelseskontrol (besøg den pågældende dag)**



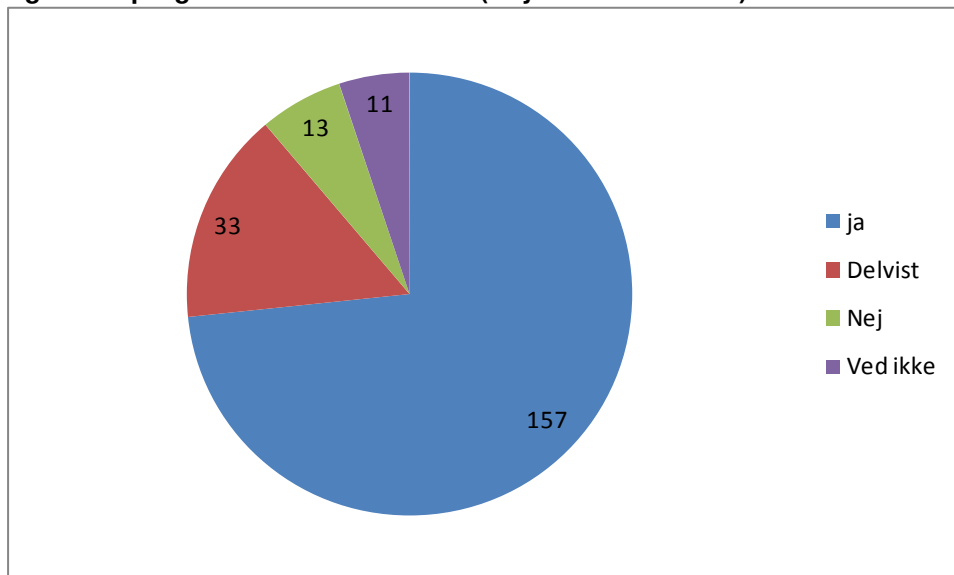
Figur 1 viser, at der ud af de 214 borgere, som har deltaget i undersøgelsen, er 192 borgere, svarende til 90 %, som har svaret, at de har haft besøg af hjemmeplejen den pågældende dag.

Der er 12 borgere, som har svaret, at de ikke har haft besøg den pågældende dag. Der er 10 borgere, som har svaret ved ikke (primær årsag er at borgerne er tvivl om den konkrete dag).

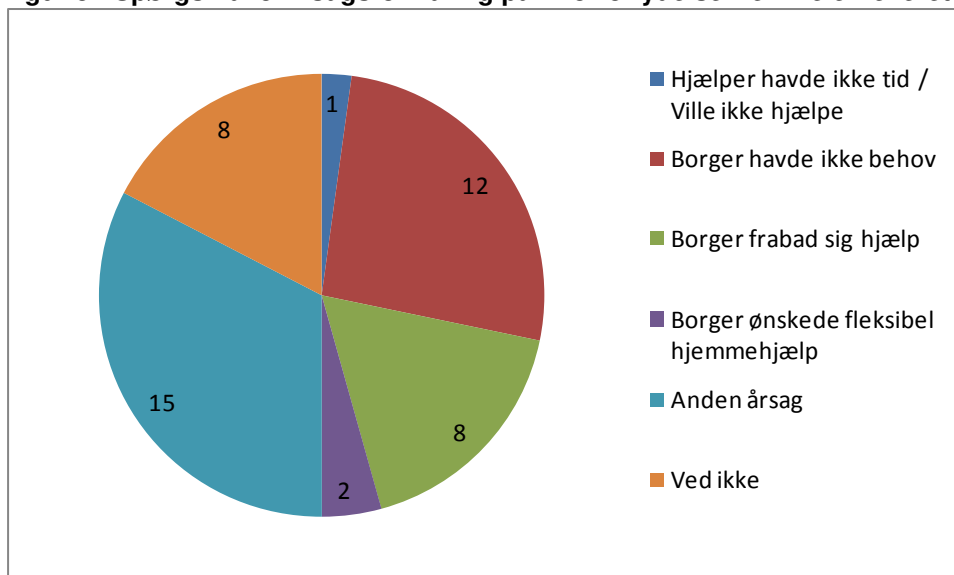
De væsentligste årsager til at borgeren har svaret nej til spørgsmål 1, er;

- Borger har aflyst/frabad hjælp (4)
- Borger har været indlagt/ikke hjemme (3)
- Hjemmehjælpen dukkede ikke op (2)
- Andre årsager/ingen kommentarer (3).

Spørgsmål 2 belyser, hvorvidt de konkrete ydelser er *leveret* i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne

**Figur 2 - Spørgsmål 2 Ydelseskontrol (er ydelserne leveret)**

Af figur 2 fremgår det, at 157 borgere svarende til 73 % (82 % målt i forhold til dem, hvor besøget faktisk blev gennemført, jf. figur 1) har svaret, at de har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne. Der er samtidig henholdsvis 33 og 13 borgere, der har svaret, at de kun delvist eller slet ikke har fået leveret de ydelser, de burde have modtaget i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne.

**Figur 3 - Spørgsmål 3 Årsagsforklaring på hvorfor ydelserne ikke er leveret**

Af figur 3 fremgår årsagerne til, at 46 borgere kun delvist eller ikke har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne:

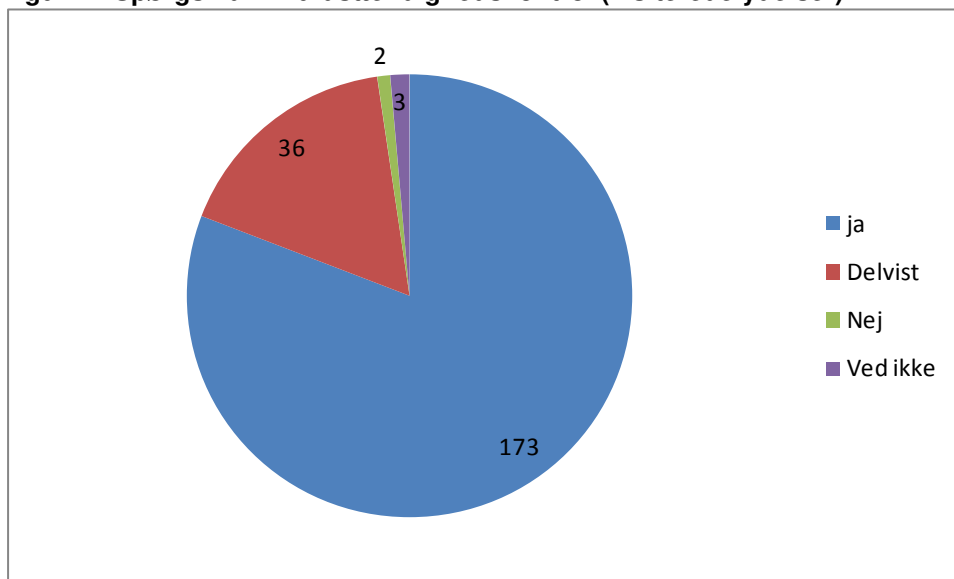
- I 15 tilfælde har der været en anden årsag. Årsagerne er forskellige, men der er flere borgere, som fremhæver, at de har klaret ydelserne selv. Andre borgere har forklaret, at



de ikke har været hjemme det pågældende tidspunkt eller har været indlagt på hospital. Der er ligeledes borgere, som ikke mener, at de har modtaget ydelserne den pågældende dag uden at kunne forklare hvorfor.

Det sidste og fjerde spørgsmål i vores efterkontrol vedrører *fuldstændighedskontrol*. Her har vi spurgt borgeren, om alle de konkrete *visiterede* ydelser generelt bliver leveret. Her spørger vi således også til de ydelser, borgeren skal modtage, ud over hvad der blev spurgt til i det første spørgsmål.

**Figur 4 - Spørgsmål 4 Fuldstændighedskontrol (visiterede ydelser)**



Af figur 4 fremgår det, at 173 borgere, svarende til 81 % har svaret, at de generelt modtager de ydelser, de er visiteret til. Der er 36 borgere, svarende til 17 %, som ikke mener, at de modtager alle de ydelser, de er visiteret til.

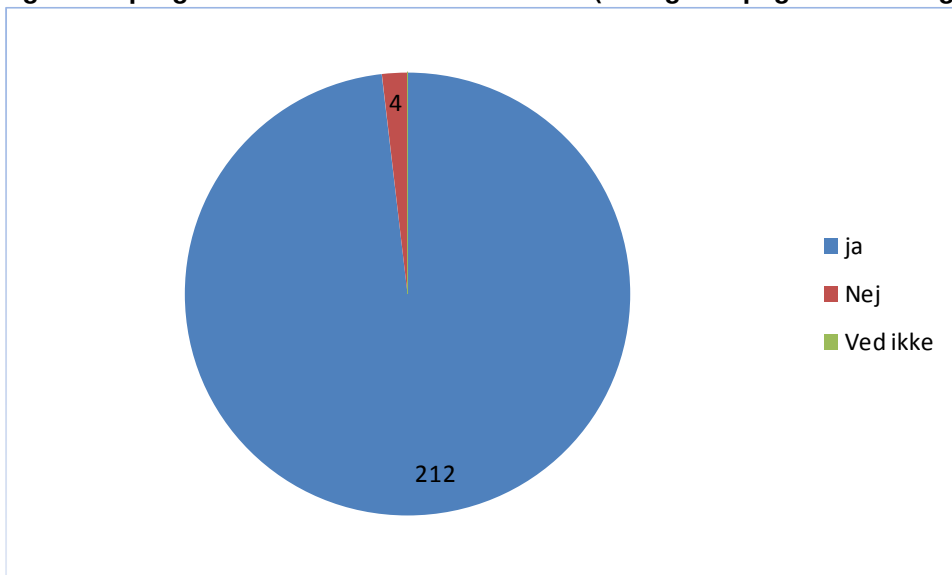
Det er en høj andel, 17 %, som ikke mener, at de modtager alle de ydelser, de er visiteret til. Borgeren har imidlertid ikke konkretiseret, hvori manglerne består. Fra ydelseskontrollen og brugertilfredshedsundersøgelsen fremgår, at det oftest skyldes borgernes egne forhold, og at borgeren i overvejende grad får den planlagte hjælp. Vi har derfor tillagt dette spørgsmål mindre vægt.

## 5.2.7 Resultat af stikprøveanalysen i SOF

Tabel 2

|     | Antal opkald | Gyldige besvarelser | Ugyldige, frasorterede besvarelser | Nægtet deltagelse | Svarprocent |
|-----|--------------|---------------------|------------------------------------|-------------------|-------------|
| SOF | 249          | 216                 | 12                                 | 21                | 87%         |

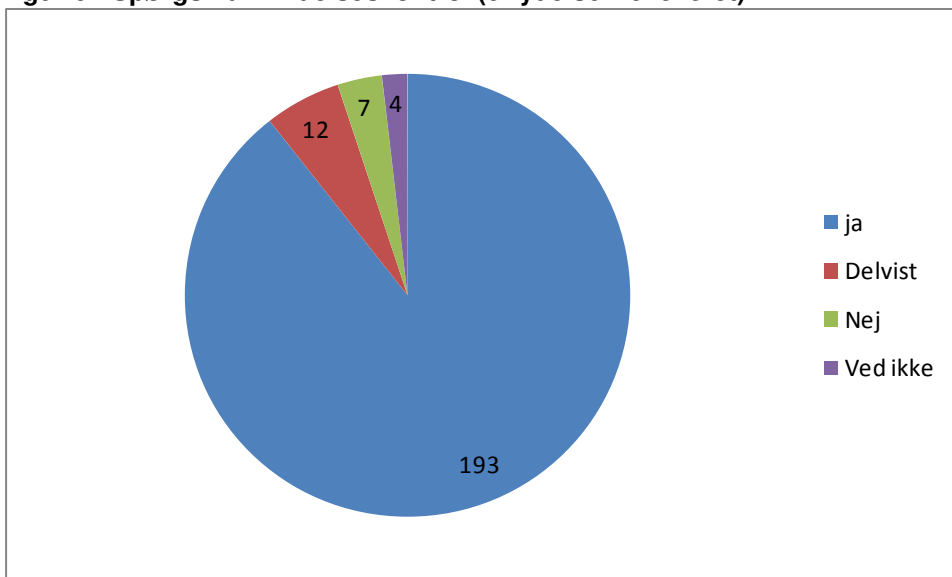
Efterkontrollen i SOF resulterede i 216 gyldige besvarelser, som danner grundlaget for de efterfølgende analyser og vurderinger.

**Figur 5 - Spørgsmål 1 Tilstedeværelseskontrol (besøg den pågældende dag)**

Figur 5 viser, at der ud af de 216 borgere, der har deltaget i undersøgelsen, er 212 borgere, som har svaret, at de har modtaget besøg, som det fremgår af kørebøgerne.

De væsentligste årsager til at borgeren har svaret nej til spørgsmål 1, er;

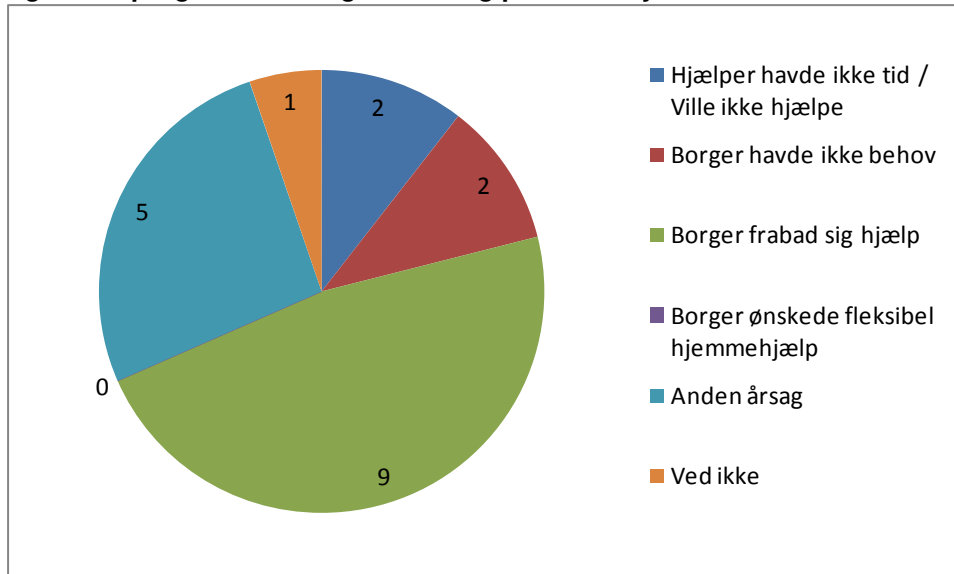
- Borger har aflyst/frabad hjælp = 2
- Borger har været indlagt = 2.

**Figur 6 - Spørgsmål 2 Ydelseskontrol (er ydelserne leveret)**

Spørgsmål 2 belyser, hvorvidt de konkrete ydelser er *leveret* i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne.

Af figur 6 fremgår det, at 193 borgere, svarende til 89 %, (91% målt i forhold til dem, hvor besøget rent faktisk er gennemført) har svaret, at de har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne. Der er samtidig henholdsvis 12 og 7 borgere, der har svaret, at de kun delvist eller slet ikke har fået leveret de ydelser, de burde have modtaget i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne.

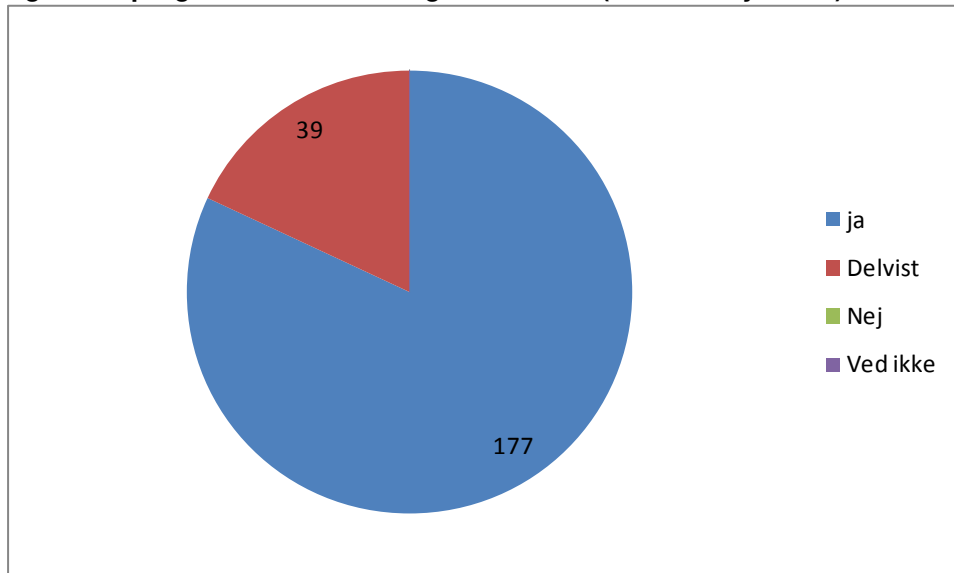
**Figur 7 - Spørgsmål 3 Årsagsforklaring på hvorfor ydelserne ikke er leveret**



Af figur 7 fremgår årsagerne til, at de 19 borgere oplyste at de kun delvist eller ikke har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne:

- I 9 tilfælde har borgeren frabedt sig hjælp
- I 5 tilfælde har der været en anden årsag (2 tilfælde skyldes indlæggelse på hospital/i 3 tilfælde kan borgeren ikke forklare, hvorfor ydelserne ikke er leveret)
- I 2 tilfælde har borgerne svaret, at hjælperne ikke ville hjælpe eller ikke havde tid til at hjælpe.

Det sidste og fjerde spørgsmål i vores efterkontrol vedrører en *fuldstændighedskontrol*. Her spørger vi borgeren, om alle de konkrete *visiterede* ydelser generelt bliver leveret. Her spørger vi således også til de ydelser, borgeren skal modtage, ud over hvad der blev spurgt til i det første spørgsmål.

**Figur 8 - Spørgsmål 4 Fuldstændighedskontrol (visiterede ydelser)**

Af figur 8 fremgår det, at 177 borgere, svarende til 82 %, har svaret, at de generelt modtager de ydelser, de er visiteret til. Der er derfor 39 borgere, svarende til 18 %, som ikke mener, at de modtager alle de ydelser, de er visiteret til.

Det er en høj andel, 18 %, som ikke mener, at de modtager alle de ydelser, de er visiteret til. Borgeren har imidlertid ikke konkretiseret, hvori manglerne består. Fra ydelseskontrollen og brugertilfredshedsundersøgelsen fremgår, at det oftest er borgerens egne forhold, og at borgeren i overvejende grad får den planlagte hjælp. Vi har derfor tillagt dette spørgsmål mindre vægt.

### 5.2.8 SUF's egenkontrol

SUF har over sommeren 2010 gennemført en egenkontrol af 4.945 tilfældigt udvalgte borgere. En del af undersøgelsen omfattede forespørgsel til borgerne om, om de planlagte ydelser rent faktisk var modtaget, jf. afsnit 3.2 i "Analyse og rapportering på egenkontrol i hjemmeplejen" fra august 2010.

Vi har drøftet metodikken bag undersøgelsen med SUF og stikprøvevis gennemgået den underliggende dokumentation for statistikker på borgernes tilbagemelding på, om planlagte ydelser var leveret. Det er generelt vores vurdering, at efterkontrollen er gennemført professionelt og inden for de tidsmæssige rammer med en passende uafhængighed.

Vi har i vores vurdering af de metoder, SUF har anvendt, specielt hæftet os ved to forhold, som ved fremtidige efterkontroller kan tages op til vurdering:

- Der er i SUF's egen efterkontrol blevet spurgt ind til, om de visiterede ydelser konkret er blevet leveret, samtidig med at der generelt er blevet spurgt ind til borgernes tilfredshed med de ydelser, der leveres.

Det er vores vurdering, at en tilstedeværelses- og fuldstændighedskontrol af, om ydelser er leveret i henhold til aftaler og retningslinjer bør holdes adskilt fra kvalitative spørgsmål. Ved tilstedeværelses og fuldstændighedskontroller bør der ikke herske tvivl om, hvorvidt

borgernes kvalitative oplevelser påvirker svaret på, om ydelserne er leveret i henhold til aftaler og gældende retningslinjer.

- SUF har i forbindelse med deres egenkontrol bedt gruppelederne om at udføre efterkontrollerne for andre grupper end deres egen gruppe. Det sikrer en vis uafhængighed i kontrollen. Uafhængigheden øges efter vores vurdering, hvis efterkontrollen udføres af en ekstern evaluatør.

Det er samlet set vores vurdering, at vi kan anvende SUF's egenkontrol som en del af grundlaget for vores egen undersøgelse af, i hvilket omfang visiterede ydelser rent faktisk leveres.

Det kan i øvrigt nævnes, at resultatet af SUF's egenkontrol er næsten identisk med Epinions brugerundersøgelser i de tilfælde, hvor der er anvendt identiske spørgsmål.

## 5.3 Brugertilfredshedsundersøgelse SUF

### 5.3.1 Formål

Kortlægning af borgernes tilfredshed med de leverede ydelser er et centralt element i analysen og har derfor været tilrettelagt med eget undersøgelsesdesign gennemført af Epinion. Resultatet af undersøgelsen er et vigtigt bidrag til besvarelse af de tre nøglespørgsmål og vil derfor blive inddraget i de efterfølgende afsnit.

### 5.3.2 Metode

Epinion har gennemført en brugerundersøgelse blandt modtagere af praktisk hjælp og/eller personlig pleje fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens hjemmepleje. Den endelige undersøgelsesrapport foreligger endnu ikke, men vi har modtaget Epinions ukommenterede resultater fra undersøgelsen. Heraf har vi udvalgt de resultater, som vi finder relevante for vores undersøgelse af hjemmeplejen i Københavns Kommune. Disse tabeller er vedlagt som bilag 5.

Epinion har kort beskrevet deres metode i ovennævnte bilag. KPMG anfægter ikke spørgsmål eller metodevalg for den af Epinion gennemførte undersøgelse.

Vi har konkret forholdt os til følgende dele af undersøgelsen:

- Indhold af spørgsmål og formulering af spørgsmål
- Stikprøveudvælgelse, f.eks. håndtering af totalpopulation og udtagning af stikprøve, størrelse på stikprøve og antal respondenter, fordeling af stikprøve på hjemmeplejeenheder, fordeling af stikprøve på ydelser, tilfældig og repræsentativ udvælgelse af stikprøve
- Statistisk validitet og argumentation
- Dataindsamlingsprocessen og -metode, f.eks. pilottest, procedure ved opkald
- Afrapportering.

Vi har orienteret os i metodeafsnit, det anvendte spørgeskema samt den foreløbige afrapportering. Vi har holdt møder med SUF om brugertilfredshedsundersøgelsen og stillet uddybende spørgsmål til Epinion i det omfang, der har været behov herfor.

Vi har derfor også i brugertilfredshedsundersøgelsen i SOF valgt at lægge os så tæt op ad Epinions undersøgelse som muligt. Det indebærer den store fordel, at resultaterne fra de to undersøgelser i størst muligt omfang kan sammenlignes direkte.

### 5.3.3 Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen er struktureret i tre overordnede temaer:

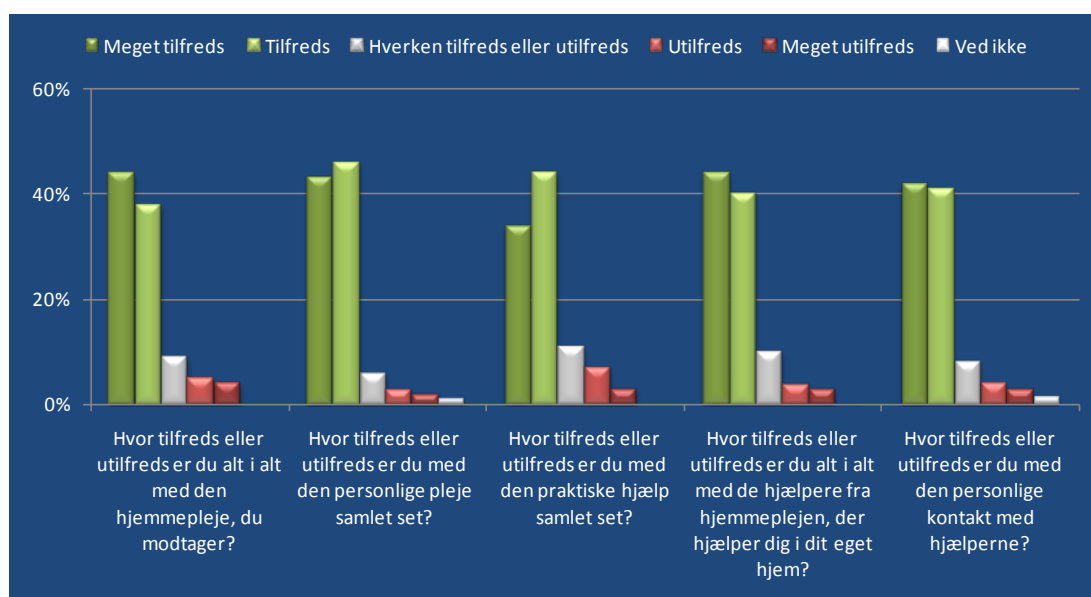
- Borgernes generelle tilfredshed med de ydelser, de modtager fra hjemmeplejen, og med de hjælpere, der leverer ydelserne.
- Borgernes opfattelse af, om de er informeret om den hjælp, de er berettiget til, om det svarer til det, som borgerne mener, de har brug for, og om borgerne får den hjælp, de er blevet tildelt af kommunen.
- Borgernes opfattelse af, hvordan hjemmeplejen lever op til de konkrete mål for hjemmeplejens kvalitet, som Sundheds- og Omsorgsudvalget har opstillet.

Resultaterne for de tre temaer er uddybet nedenfor.

#### 5.3.3.1 Tilfredsheden med hjemmeplejen

Epinions undersøgelse indeholder en række spørgsmål, der vedrører borgernes generelle tilfredshed med de ydelser, de modtager fra hjemmeplejen, og med de hjælpere, der leverer ydelserne.

**Figur 9 - Borgernes generelle tilfredshed med hjemmeplejen**



Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

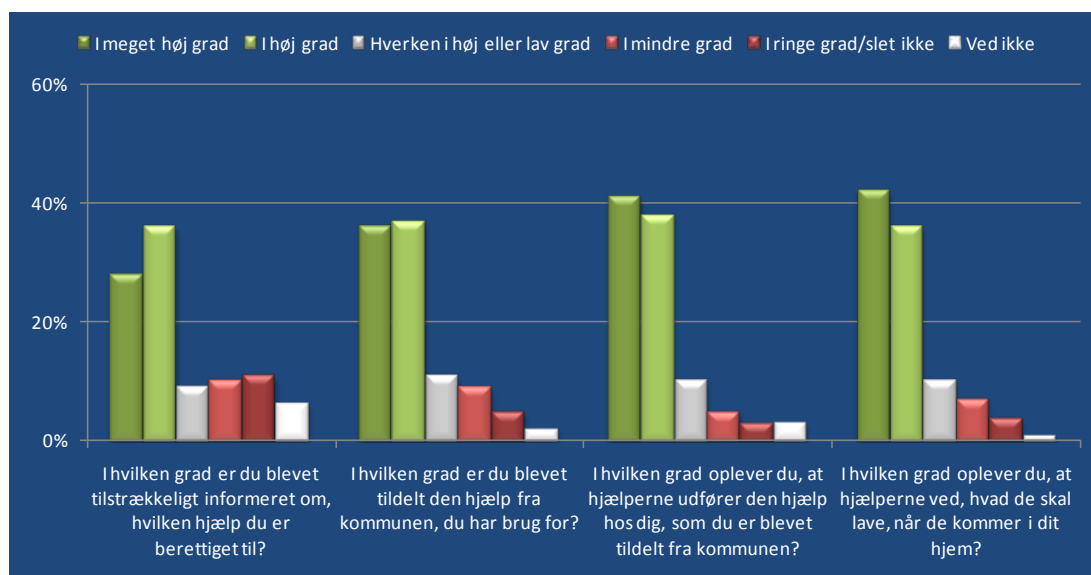
Det fremgår af figuren, at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne.

Når borgerne foretager en specifik vurdering af den personlige pleje og af den praktiske hjælp hver for sig, viser det sig, at 89 % er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje og tilsvarende 78 % med den praktiske hjælp.

### 5.3.3.2 Borgerens behov og den faktiske hjælp

Epinion har undersøgt borgernes opfattelse af, om de er informeret om den hjælp, de er berettiget til, om det svarer til det, som borgerne mener, de har brug for, og om borgerne får den hjælp, de er blevet tildelt af kommunen.

**Figur 10 - Borgernes behov og den faktiske hjælp**



Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

Det fremgår af figuren, at 79 % af borgerne mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp hos dem, som de er blevet tildelt fra kommunen, mens 8 % mener, at det sker i mindre eller i ringe grad. I alt 78 % mener ligeledes, at hjælperne i høj eller i meget høj grad ved, hvad de skal lave, når de kommer ud i borgerens hjem.

64 % mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet informeret om, hvilken hjælp de er berettiget til, mens 73 % mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet tildelt den hjælp, de har brug for.

### 5.3.3.3 Kvalitetskrav til leveringen af hjemmehjælp

Epinion har undersøgt borgernes opfattelse af, hvordan hjemmeplejen lever op til de konkrete mål for hjemmehjælpens kvalitet, som Sundheds- og Omsorgsudvalget har opstillet. Det drejer sig om følgende:

- Medarbejderkontinuitet

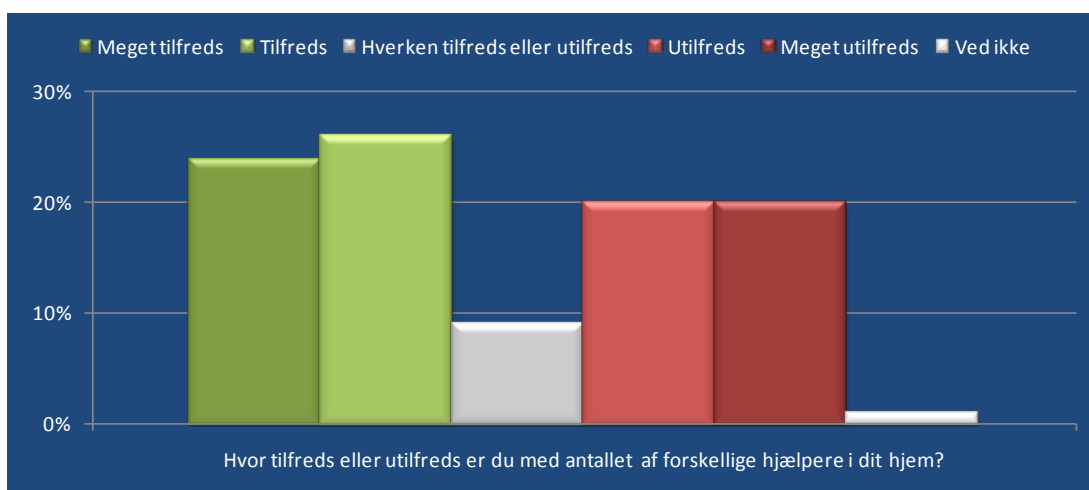


- Leverandørerne må ikke aflyse ydelser
- Borgerne har en døgn- og ugeplan (målet er 90 %)
- Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens vaner og ønsker.

#### Medarbejderkontinuitet

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har en målsætning om, at leverandøren skal tilstræbe, at ydelserne leveres af en fast hjælper. Det er målet, at der skal være en positiv udvikling. Der er for nyligt fastsat et mål på 66 %, som dog endnu ikke er kommunikeret ud i organisationen.

**Figur 11 - Antallet af forskellige hjælpere**



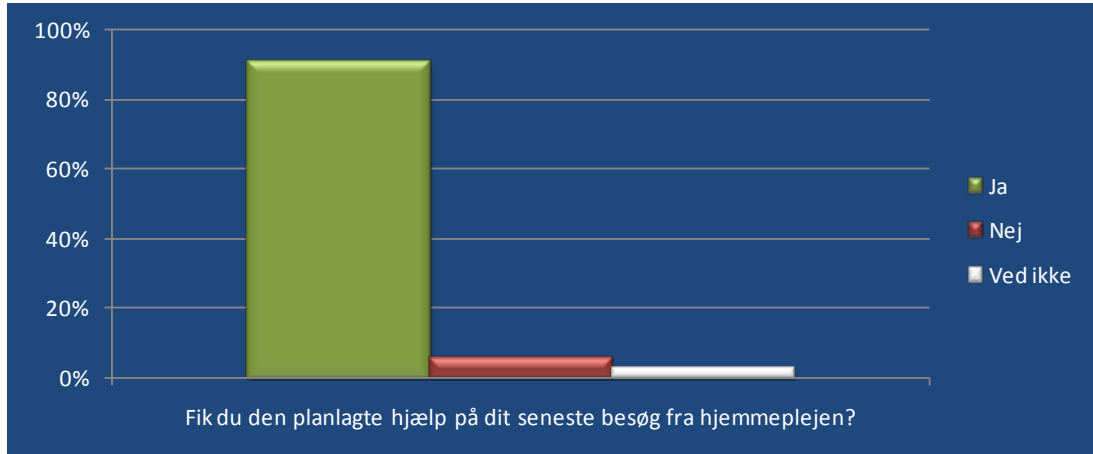
Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

I alt 50 % af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med antallet af forskellige hjælpere, der kommer i deres hjem. På den anden side er 40 % utilfredse eller meget utilfredse med antallet af forskellige hjælpere. Epinions undersøgelse viser samtidig, at 68 % ved, hvem deres faste hjælper er, mens 32 % ikke ved det.

#### Ingen aflysninger fra leverandørerne

Sundheds- og Omsorgsudvalget har en målsætning om, at leverandørerne ikke må foretage aflysninger af ydelser til borgerne.

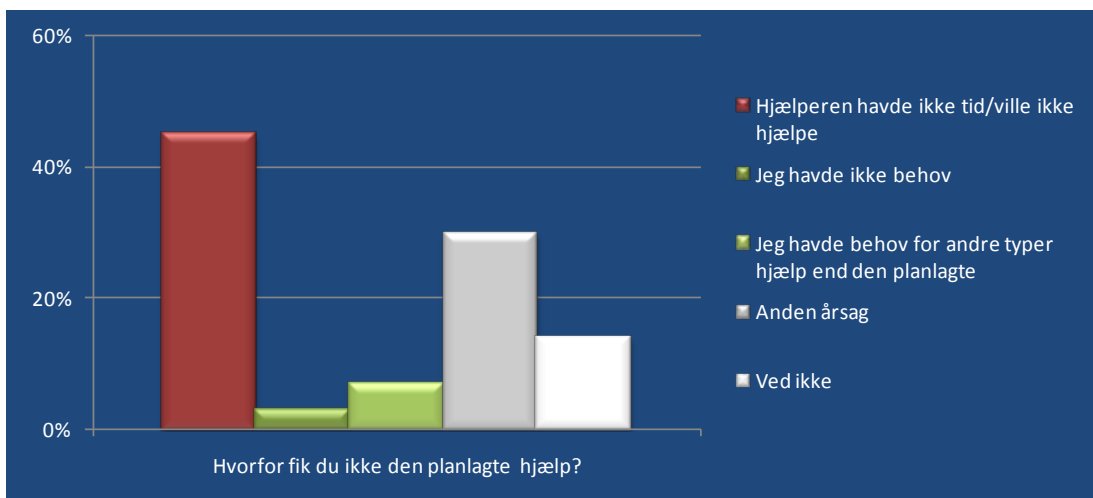
**Figur 12 - Fik borgeren den planlagte hjælp**



Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

Det fremgår af figuren, at 91 % af borgerne har fået den planlagte hjælp på deres seneste besøg fra hjemmeplejen, og der er 6 %, der har svaret nej til spørgsmålet.

**Figur 13 - Hvorfor fik borgeren ikke den planlagte hjælp?**



Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

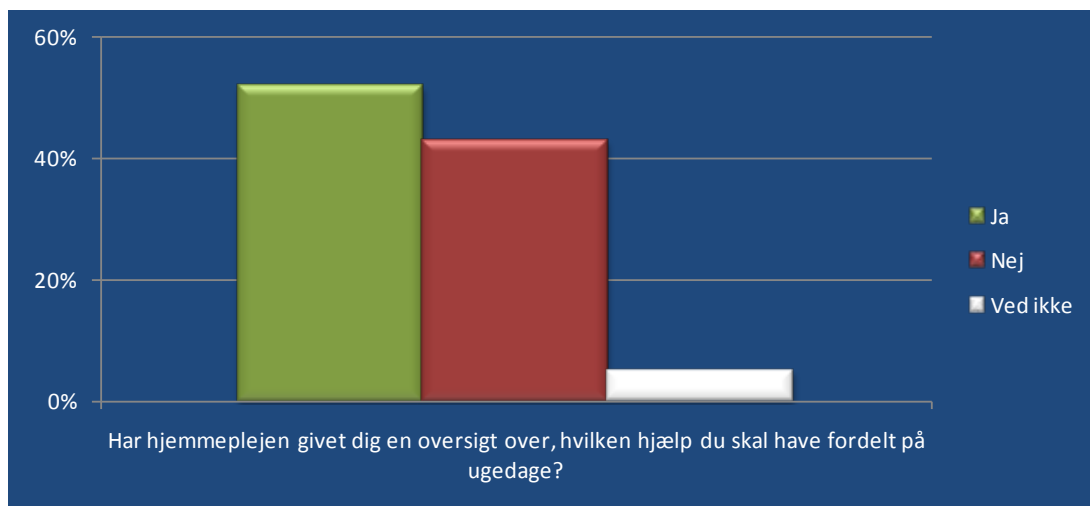
Figuren viser, at af de borgere, der ikke fik den planlagte hjælp fra hjemmeplejen på deres seneste besøg, svarer 45 %, at årsagen hertil har været, at hjælperen ikke havde tid/ikke ville hjælpe. I alt 10 % har anført, at årsagen har været, at de ikke havde behov, eller at de havde behov for andre typer hjælp, mens 30 % har anført andre årsager til, at de ikke fik den planlagte hjælp. Resten har svaret ved ikke til spørgsmålet.

Da der imidlertid kun er 118 borgere ud af i alt 2014 borgere, der har svaret, at de ikke har fået den planlagte hjælp, betyder det, at kun 2,5 % af samtlige adspurgte borgere har oplevet, at hjælperen ikke havde tid/ikke ville hjælpe, 0,6 % havde ikke behov eller havde behov for anden type hjælp, mens 1,7 % har nævnt en anden årsag til, at de ikke fik den planlagte hjælp.

### Døgn- og ugeplaner

Det er Sundheds- og Omsorgsudvalgets målsætning, at borgerne har en døgn- og ugeplan. Målet er, at det er tilfældet for 90 %.

**Figur 14 - Har borgeren en oversigt over den hjælp, de skal have?**



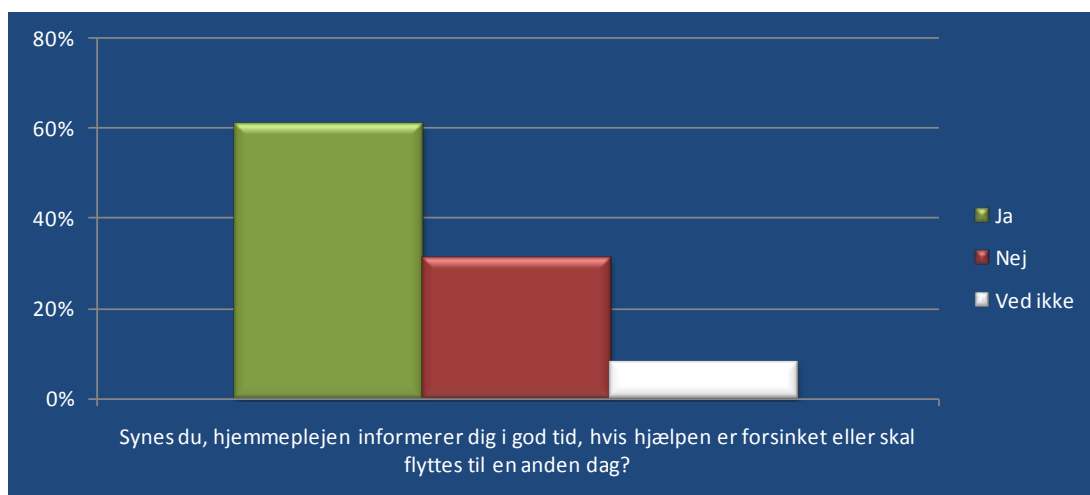
Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

Figuren viser, at 52 % af borgerne siger ja til, at de har en oversigt over, hvilken hjælp de skal have fordelt på ugedage, mens 43 % svarer nej til spørgsmålet.

### Information til borgeren, hvis tidspunktet for hjælpen rykkes

Epinion har undersøgt spørgsmålet, om hjemmeplejen informerer borgeren, hvis tidspunktet for hjælpen rykkes.

**Figur 15 - Informerer hjemmeplejen, hvis tidspunktet for hjælpen rykkes**



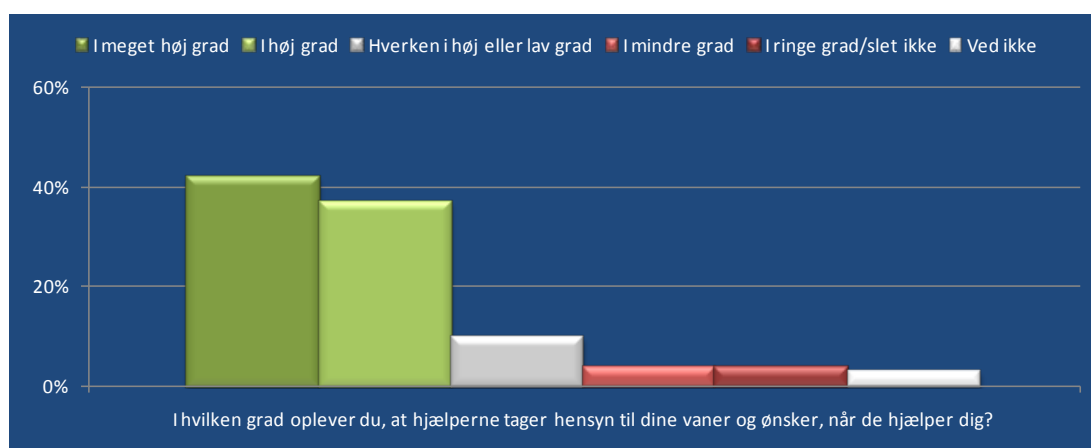
Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

Figuren viser, at 61 % synes, at hjemmeplejen har informeret dem i god tid, når hjælpen har været forsinket eller skulle flyttes til en anden dag. På den anden side er der 31 % af borgerne, der har svaret nej til spørgsmålet.

### Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens vaner og ønsker

Epinion har undersøgt, om hjælpen tager udgangspunkt i borgerens vaner og ønsker, og, hvad borgerens opfattelse af den fleksible hjemmehjælp er.

**Figur 16 - Tager hjælperne hensyn til borgerens vaner og ønsker**

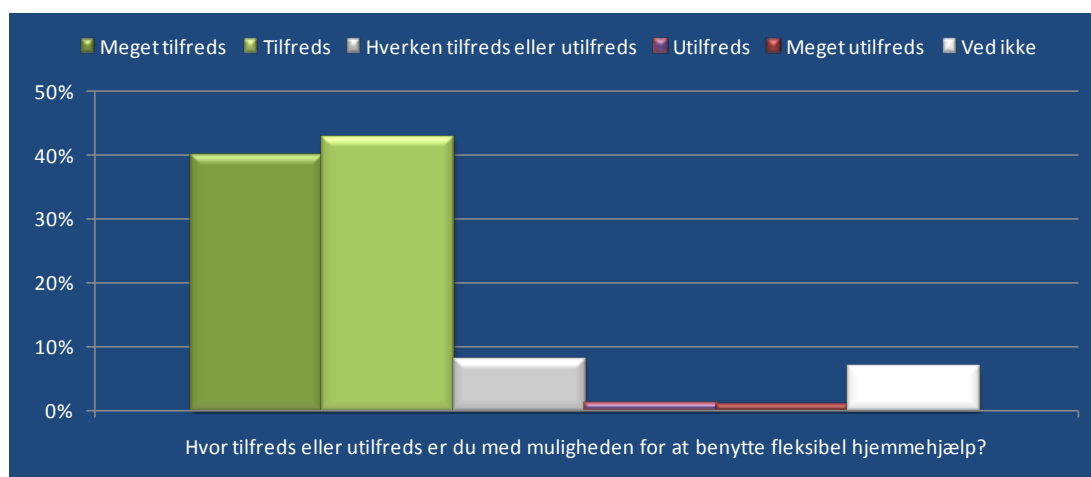


Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

Figuren viser, at 79 % oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad tager hensyn til borgernes vaner og ønsker, når de skal hjælpe dem.

Herudover viser Epinions undersøgelse, at 53 % af de adspurgte borgere svarer ja til, at hjemmeplejen tilrettelægges på en måde, så de selv kan deltage, mens der er 32 %, der svarer nej til spørgsmålet. Det skal samtidig bemærkes, at i alt 12 % svarer, at spørgsmålet ikke er relevant/modtager ikke ydelsen.

**Figur 17 - Tilfredshed med fleksibel hjemmehjælp**



Kilde: "Epinion for Københavns Kommune, SUF"

Figuren viser, at 83 % af borgerne, der benyttede fleksibel hjemmehjælp, er tilfredse eller meget tilfredse med muligheden for at benytte den fleksible hjemmehjælp.

Epinions undersøgelse viser samtidig, at kun 28 % af de adspurgte borgere ved, at de kan benytte fleksibel hjemmehjælp, og der er således 72 %, der ikke ved det.

### 5.3.4 Sammenfatning vedrørende brugertilfredshedsundersøgelsen i SUF

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser:

- at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne,
- at der isoleret set er henholdsvis 89 % og 78 %, der er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje og den praktiske hjælp hver for sig,
- at over 79 % af borgerne mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp hos dem, som de er blevet tildelt fra kommunen,
- at der er 64 %, der mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet informeret om, hvilken hjælp de er berettiget til,
- at 50 % af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med antallet af forskellige hjælpere, der kommer i deres hjem, og at 68 % ved, hvem deres faste hjælper er, mens 32 % ikke ved det,
- at 91 % af borgerne har fået den planlagte hjælp på deres seneste besøg,
- at der blandt de borgere (9 %), der ikke fik den planlagte hjælp fra hjemmeplejen på deres seneste besøg, har årsagen i 45 % af tilfældene været, at hjælperen ikke havde tid/ikke ville hjælpe., men det skal bemærkes, at der kun er 2,5 % af samtlige adspurgte borgere, der har oplevet, at hjælperen ikke havde tid/ikke ville hjælpe,
- at 52 % af borgerne siger ja til, at de har en oversigt over, hvilken hjælp de skal have fordelt på ugedage,
- at 61 % synes, at hjemmeplejen har informeret dem i god tid, når hjælpen har været forsinket eller skulle flyttes til en anden dag,
- at 79 % oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad tager hensyn til borgernes vaner og ønsker, når de skal hjælpe dem,
- at kun 28 % af de adspurgte borgere ved, at de kan benytte fleksibel hjemmehjælp, og
- at 83 % af borgerne er tilfredse eller meget tilfredse med muligheden for at benytte den fleksible hjemmehjælp

## 5.4 Brugertilfredshedsundersøgelse SOF

Vi har som en del af undersøgelsen gennemført en brugertilfredshedsundersøgelse blandt 208 borgere, der modtager praktisk hjælp og/eller personlig pleje fra Socialforvaltningens hjemmepleje. For en mere detaljeret beskrivelse af brugertilfredshedsundersøgelsen henvises i øvrigt til bilag 6.

### 5.4.1 Metode

Brugertilfredshedsundersøgelsen bygger på en tilfældigt udvalgt stikprøve ud fra i alt 2.900 borgere, som var visiteret til praktisk hjælp og/eller personlig pleje pr. uge 41 2010. Undersøgelsen bygger på 208 fuldstændige besvarelser af spørgeskemaet. Besvarelsen er sket på baggrund af telefoninterview, som KPMG har gennemført med borgerne i perioden 3. til 8. november 2010. For en mere detaljeret metodebeskrivelse henvises til bilag 6.

### 5.4.2 Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen er struktureret i tre overordnede temaer:

- Borgernes generelle tilfredshed med de ydelser, de modtager fra hjemmeplejen og med de hjælpere, der leverer ydelserne.
- Borgernes opfattelse af, om de er informeret om den hjælp, de er berettiget til, om det svarer til det, som borgerne mener, de har brug for, og om borgerne får den hjælp, de er blevet tildelt af kommunen.
- Borgernes opfattelse af, om hjemmeplejen lever op til de konkrete mål for hjemmehjælpens kvalitet, som Socialudvalget har opstillet.

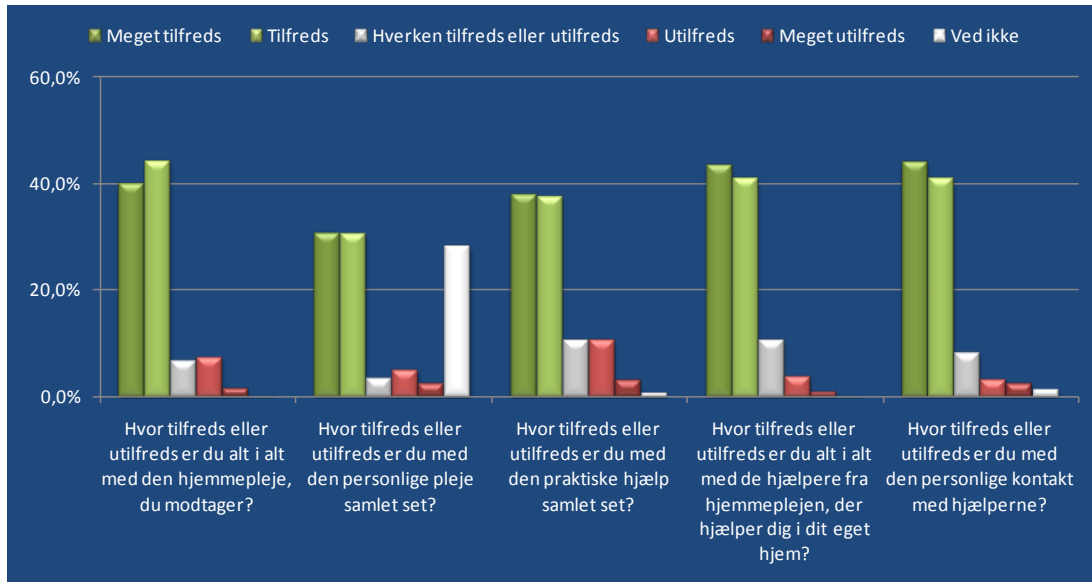
Resultaterne er uddybet nedenfor.

#### 5.4.2.1 Tilfredsheden med hjemmeplejen

Vi har undersøgt borgernes generelle tilfredshed med de ydelser, de modtager fra hjemmeplejen, og med de hjælpere, der leverer ydelserne.

Socialforvaltningen har en målsætning om, at mindst 80 % af borgerne skal være tilfredse eller meget tilfredse i forhold til spørgsmål, der vedrører deres generelle vurdering af hjemmeplejen og dens ydelser.

**Figur 18 - Borgernes generelle tilfredshed med hjemmeplejen**



Det fremgår af figuren, at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne.

Borgerne giver udtryk for en lavere tilfredshed, når de skal foretage en specifik vurdering af den personlige pleje og af den praktiske hjælp hver for sig. Her er der henholdsvis 61 % og 75 %, der er tilfredse eller meget tilfredse.

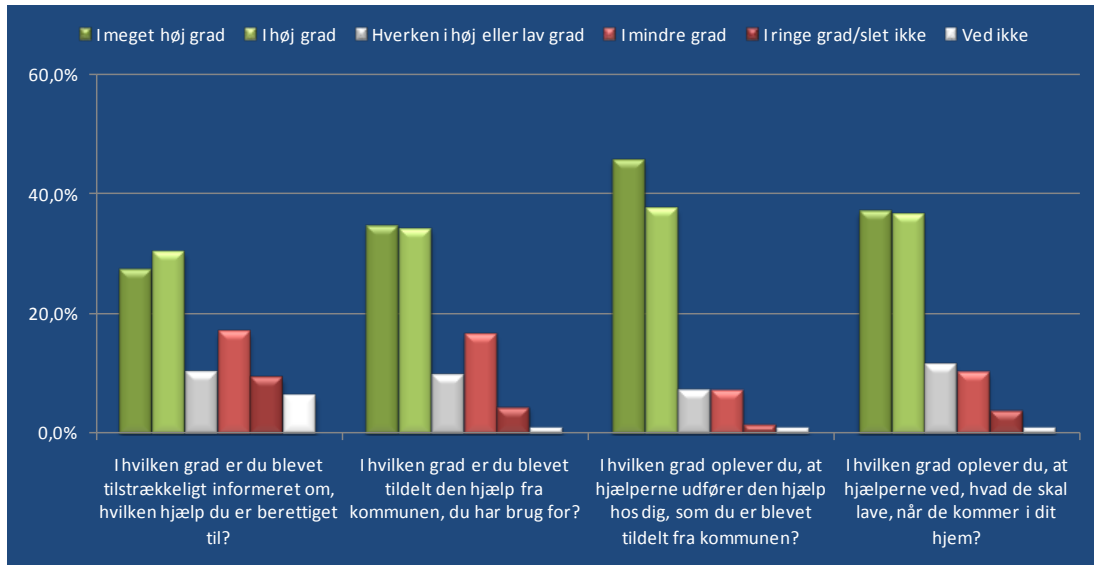
Socialforvaltningen har selv foretaget brugertilfredshedsundersøgelser i henholdsvis maj (baseret på 88 svar) og august 2010 (baseret på 110 svar). Resultaterne fra disse to undersøgelser viser, at der var 89 % og 80 %, der var tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje i henholdsvis maj og august 2010. Tilsvarende var der henholdsvis 80 % og 72 %, der var tilfredse eller meget tilfredse med den praktiske hjælp.

Resultatet for tilfredsheden med den personlige pleje (61 %) ligger således noget under resultatet i Socialforvaltningens egne brugertilfredshedsundersøgelser. Det skal dog bemærkes, at 28 % af de adspurgte borgere i KPMG's undersøgelse har svaret "ved ikke" til spørgsmålet, om hvor tilfredse eller utilfredse de er med den personlige pleje samlet set. I Socialforvaltningens undersøgelse var der ikke noget frafald på grund af "ubesvarede" spørgsmål. Hvis vi således alene ser på svarfordelingen blandt de borgere, der eksplicit har givet udtryk for deres opfattelse i forhold til det stillede spørgsmål, så findes der i alt 85 %, der oplyser, at de er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje, som de modtager.

#### 5.4.2.2 Borgerens behov og den faktiske hjælp

Vi har undersøgt borgernes opfattelse af, om de er informeret om den hjælp, de er berettiget til, om det svarer til det, som borgerne mener, de har brug for, og om borgerne får den hjælp, de er blevet tildelt af kommunen.

Figur 19 - Borgernes behov og den faktiske hjælp



Det fremgår af figuren, at over 80 % af borgerne mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp hos dem, som de er blevet tildelt fra kommunen. Det er måske derfor lidt overraskende, at kun 74 % mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad ved, hvad de skal lave, når de kommer ud i borgerens hjem.

Der er 58 %, der mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet informeret om, hvilken hjælp de er berettiget til, mens 69 % mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet tildelt den hjælp, de har brug for. Dette kunne således tyde på, at forventningsafstemningen med borgeren i forbindelse med visitationen kunne forbedres.

#### 5.4.2.3 Kvalitetskrav til leveringen af hjemmehjælp

Vi har undersøgt borgernes opfattelse af, om hjemmeplejen lever op til de konkrete mål for hjemmehjælpens kvalitet, som Socialudvalget har opstillet. Det drejer sig om følgende:

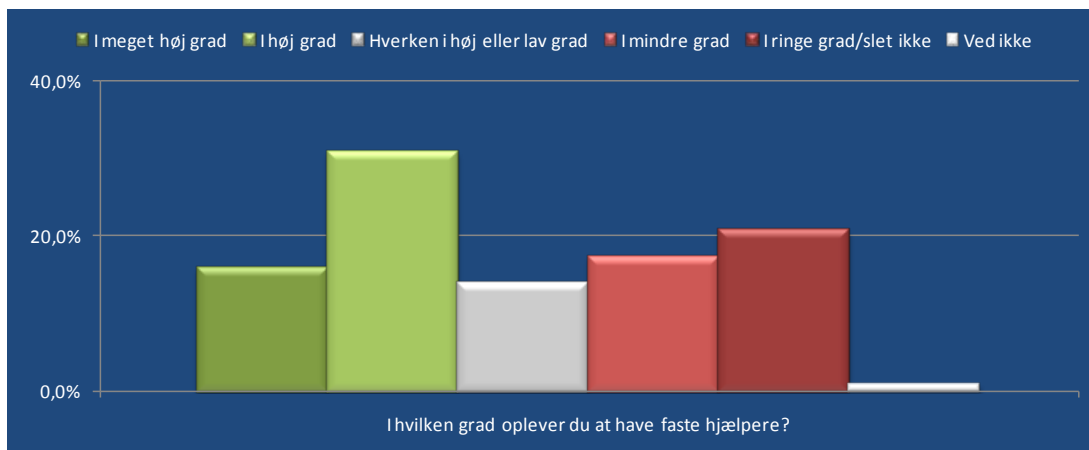
- Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet
- Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje
- Erstatningsbesøg tilbydes indenfor 5 hverdage ved aflysning af praktisk hjælp
- Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren
- Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats
- Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag.



### Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet

I forbindelse med Socialudvalgets målsætning om at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats er det et kvalitetskrav, at der sikres høj kontinuitet af medarbejdere i hjemmet.

**Figur 20 - Faste hjælpere**

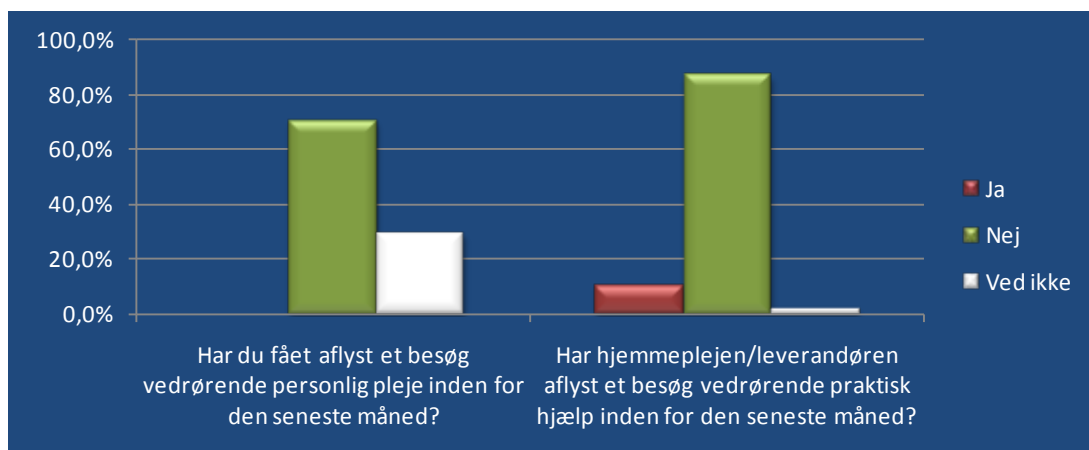


Figuren viser, at 47 % i høj eller meget høj grad oplever at have faste hjælpere, mens der er i alt 38 %, der i mindre eller i ringe grad oplever dette. Vores undersøgelse viser samtidig, at 57 % ved, hvem deres faste hjælper er, og 43 % af de adspurgte borgere har svaret, at de ikke ved det.

### Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje og erstatningsbesøg inden for fem dage ved aflysning af besøg vedrørende praktisk hjælp

For at sikre at borgeren får leveret de ydelser, som er bevilligede, stiller Socialudvalget som kvalitetskrav, at ingen besøg vedrørende personlig pleje aflyses, og at der ved alle aflysninger vedrørende praktisk hjælp tilbydes et erstatningsbesøg. Erstatningsbesøget skal tilbydes inden for fem hverdage.

**Figur 21 - Aflysninger**



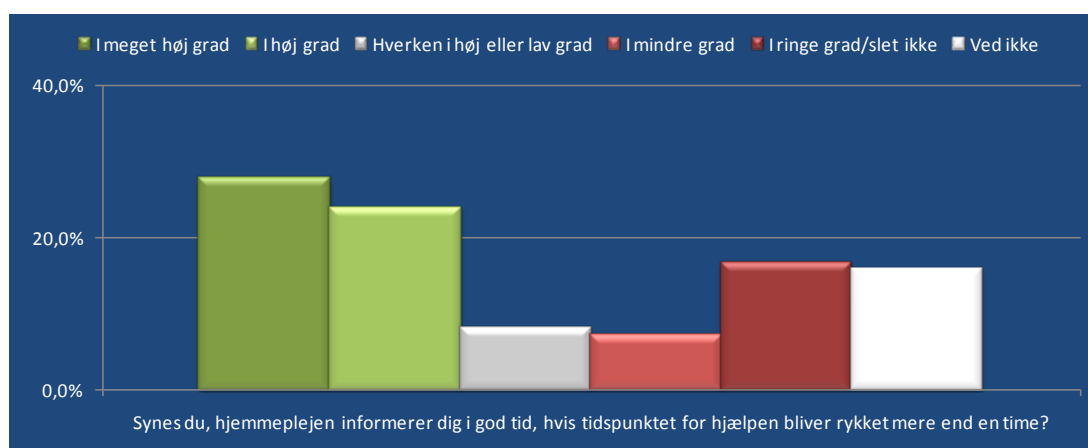
Det fremgår af figuren, at ingen af de borgere, der har deltaget i brugertilfredshedsundersøgelsen, har fået aflyst et besøg vedrørende personlig pleje inden for den seneste måned, mens der er 10 %, der har fået aflyst et besøg vedrørende praktisk hjælp inden for den seneste måned.

Vores undersøgelse viser endvidere, at der af de borgere, der har fået aflyst et besøg vedrørende praktisk hjælp inden for den seneste måned, har kun omkring halvdelen fået et erstatningsbesøg inden for fem dage, mens den anden halvdel ikke har fået et sådant erstatningsbesøg.

#### Afvielser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over en time

Kan leverandøren ikke efterleve aftalen om tidspunktet for levering af ydelserne, er leverandøren forpligtet at meddele borgeren eventuelle ændringer, der afviger mere end en time (+/-) fra det aftalte tidspunkt. Borgeren skal informeres senest 20 minutter før det aftalte tidspunkt.

**Figur 22 - Informerer hjemmeplejen, hvis tidspunktet for hjælpen rykkes**



Figuren viser, at 52 % af borgerne mener, at de i høj eller meget høj grad bliver informeret i god tid, hvis tidspunktet for hjælpen bliver rykket mere end en time. Det skal dog bemærkes, at 74 % af de adspurgte borgere oplyser, at hjælperne altid eller ofte kommer i det aftalte tidsrum.

#### Samarbejdsbogen skal bidrage til en sammenhængende indsats

I forbindelse med Socialudvalgets målsætning om at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats er det vigtigt, at samarbejdsbogen bidrager til at sikre en tydelig og præcis kommunikation til pårørende og samarbejdspartnere.

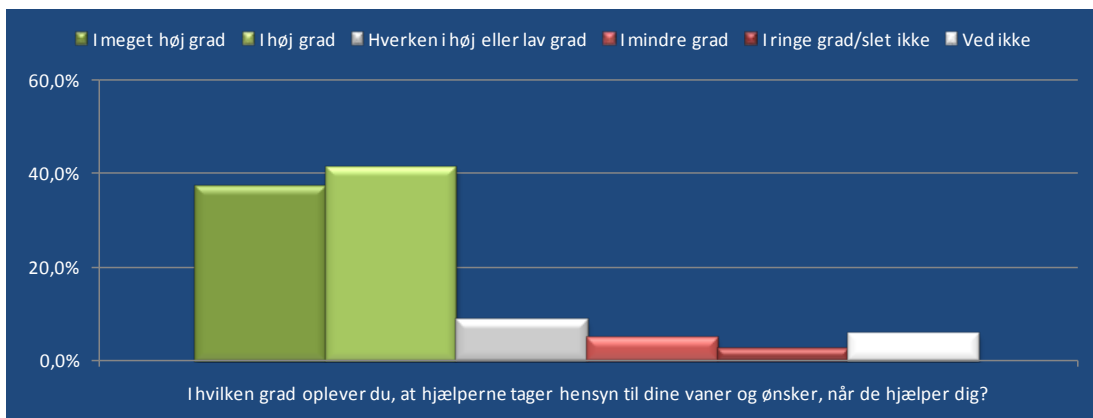
**Figur 23 - Bliver samarbejdsbogen brugt**

Figuren viser, at 44 % af de borgere, der har oplyst at de har en samarbejdsbog, oplever, at den i høj eller meget høj grad bliver brugt, mens 38 % oplever, at samarbejdsbogen kun bliver brugt i mindre eller i ringe grad. Samtidig viser vores undersøgelse, at i alt 28 % svarer nej til, at de har en samarbejdsbog, mens 69 % svarer ja.

Endelig har vi undersøgt, hvor mange borgere der har modtaget en oversigt (arbejdsplan) over, hvilken hjælp de skal have fordelt på ugedage. Det har i alt 48 % af de adspurgte borgere. På den anden side er der 46 %, der ikke mener, at de har modtaget en sådan oversigt

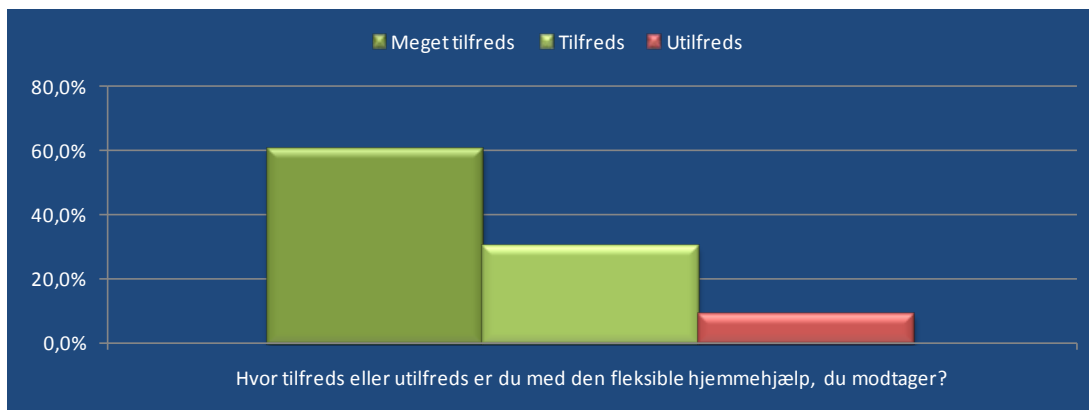
#### Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag

For at sikre Socialudvalgets målsætning om fleksibel hjemmehjælp er det vigtigt, at leveringen af hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag. Der stilles derfor krav om, at leverandørens personale er i stand til at håndtere borgerens situation.

**Figur 24 - Tager hjælperne hensyn til borgerens vaner og ønsker**

Figuren viser, at 78 % oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad tager hensyn til borgernes vaner og ønsker, når de skal hjælpe dem.

Herudover viser vores undersøgelse, at 49 % af de adspurgte borgere svarer ja til, at hjemmehjælpen tilrettelægges på en måde, så de selv kan deltage, mens der er 12 %, der svarer nej til spørgsmålet. Det skal samtidig bemærkes, at i alt 38 % mener, at spørgsmålet ikke har relevans for dem.

**Figur 25 - Tilfredshed med fleksibel hjemmehjælp**

Figuren viser, at 91 % af de borgere, der benytter den fleksible hjemmehjælp, er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmehjælp, de modtager. Det skal imidlertid bemærkes, at kun 16 % af de adspurgte borgere oplyser, at de benytter sig af den fleksible hjemmehjælp, og 49 % oplyser, at de ikke kender muligheden.

### 5.4.3 Sammenfatning vedrørende brugertilfredshedsundersøgelsen i SOF

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser:

- at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne,
- at der isoleret set kun er henholdsvis 61 % og 75 %, der er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje og den praktiske hjælp hver for sig, idet det dog skal bemærkes, at hvis borgere, der har svaret ved ikke i forbindelse med personlig pleje, holdes uden for, så er der i alt 85 %, der oplyser, at de er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje,
- at over 80 % af borgerne mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp hos dem, som de er blevet tildelt fra kommunen,
- at 58 %, der mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet informeret om, hvilken hjælp de er berettiget til, hvilket kunne tyde på, at forventningsafstemningen med borgeren i forbindelse med visitationen kunne forbedres,
- at 57 % ved, hvem der er deres faste hjælper, og at kun 47 % i høj eller meget høj grad oplever at have faste hjælpere, hvilket kunne tyde på, at der ligger et forbedringspotentiale på dette område,
- at ingen af de borgere, der har deltaget i brugertilfredshedsundersøgelsen har fået aflyst et besøg vedrørende personlig pleje inden for den seneste måned,
- at 10 %, der har deltaget i brugertilfredshedsundersøgelsen fået aflyst et besøg vedrørende praktisk hjælp inden for den seneste måned,

- at der af de borgere, der har fået aflyst et besøg vedrørende praktisk hjælp inden for den seneste måned, kun er omkring halvdelen, der fået et erstatningsbesøg inden for fem dage, mens den anden halvdel ikke har fået et sådant erstatningsbesøg. Sidstnævnte tyder på, at der er behov for en opstramning på procedurerne omkring erstatningsbesøg for besøg vedrørende praktisk hjælp,
- at 52 % af borgerne mener, at de i høj eller meget høj grad bliver informeret i god tid, hvis tidspunktet for hjælpen bliver rykket mere end en time, hvilket tyder på at der er behov for opstramning på procedurerne på området,
- at i alt 69 % har svaret, at de har en samarbejdsbog, mens 28 % har svaret nej til, at de har en samarbejdsbog,
- at 44 % af de borgere, der har oplyst at de har en samarbejdsbog, oplever, at den i høj eller meget høj grad bliver brugt, mens 38 % oplever, at samarbejdsbogen kun bliver brugt i mindre eller i ringe grad,
- at i alt 48 % af de adspurgte borgere mener, at de har modtaget en oversigt (arbejdsplan) over, hvilken hjælp de skal have fordelt på ugedage. På den anden side er der 46 %, der ikke mener, at de har modtaget en sådan oversigt,
- at 78 % oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad tager hensyn til borgernes vaner og ønsker, når de skal hjælpe dem,
- at kun 16 % af de adspurgte borgere oplyser, at de benytter sig af den fleksible hjemmehjælp, mens 49 % oplyser at de ikke kender muligheden. Sidstnævnte tyder på, at information omkring fleksibel hjemmehjælp til borgerne bør intensiveres,
- at 91 % af de borgere, der benytter den fleksible hjemmehjælp (det gør 16 %) er tilfredse eller meget tilfredse med den fleksible hjemmehjælp, de modtager.

## 5.5 Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere i SUF og SOF

Metoden bag spørgeskemaundersøgelsen, som er beskrevet nedenfor, er ens for SUF og SOF. Sammenfatning af undersøgelsen blandt medarbejdere og ledere for SUF fremgår af afsnit 5.7. Tilsvarende sammenfatning for SOF fremgår af afsnit 5.8.

### 5.5.1 Formål

Målet med delundersøgelsen er at tilvejebringe en række kvantitative data, som kan medvirke til at besvare nøglespørgsmålene i undersøgelsen i nærværende rapport. Derfor falder spørgsmålene inden for en række centrale områder, som behandles i rapporten, eksempelvis udførelse af arbejdsopgaver, tilsyn og kontrol foretaget af gruppeleder, arbejdskultur/arbejds miljø og muligheder for forbedringer.

### 5.5.2 Formulering af spørgsmål

Formuleringen af spørgsmålene i spørgeskemaet har taget udgangspunkt i, at svarene skulle danne grundlag for at besvare nøglespørgsmålene i rapporten. Vi har derfor valgt at formulere spørgsmål inden for følgende centrale områder:

- Udførelse af hjemmehjælpsopgaver: Denne gruppe af spørgsmål adresserer blandt andet temaerne retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaver ude hos borgeren, om borgeren modtager den nødvendige hjælp, omfanget af aflysninger og flytninger, medarbejderkontinuitet samt døgn- og ugeplaner (SUF)/arbejdsplaner (SOF).
- Tilsyn og kontrol foretaget af gruppeleder: Denne gruppe af spørgsmål adresserer blandt andet, om lederen efter medarbejderens opfattelse har indblik i og fokus på de opgaver, som udføres hos borgeren.
- Arbejdskultur/arbejds miljø: Denne gruppe af spørgsmål adresserer blandt andet, om der er retningslinjer for, hvordan hjemmehjælperen skal agere på arbejdspladsen/hos borgeren.
- Muligheder for forbedringer: Her har respondenterne mulighed for at anføre eventuelle forslag til, hvordan kvaliteten af hjemmeplejen vil kunne forbedres.

Formulering af spørgsmålene i spørgeskemaet har endvidere taget udgangspunkt i den viden, som er fremkommet under vores undersøgelse. Det indbefatter bl.a. erfaringer fra de kvalitative interviews af hjemmehjælpere og gruppeledere m.v., indsamlet skriftligt materiale fra forvaltningerne samt dialogen med forvaltningerne i øvrigt.

### 5.5.3 Udvalgelse af medarbejdere i stikprøve

Stikprøven er tilfældigt udvalgt blandt alle hjemmehjælpere. Herefter er der sikret, at udvælgelsen er repræsentativ for den samlede stab af hjemmehjælpere fordelt på stillingskategorier, geografisk tilhørsforhold (lokalområde) samt dag- og aftenvagter (nattevagt ikke omfattet).

Målet var 240 gyldige besvarelser for medarbejdere i SUF og 70 gyldige besvarelser for medarbejdere i SOF, svarende til cirka 15 % af hjemmehjælperne.

En række af de spørgeskemaer, vi udsender, vil ikke komme retur. Det skyldes dels manglende lyst til at deltage i undersøgelsen, og dels forhold som sygdom, ferie, fri, forskudte vagtplaner m.v. blandt respondenterne. Derfor har vi udsendt et relativt stort antal spørgeskemaer mere, end vi forventer at modtage retur. Denne metode er anvendt, da det administrativt er mindre byrdefuldt at udsende et spørgeskema, som muligvis er forgæves, frem for på forhånd at kortlægge alle respondenternes ønske/mulighed for at besvare. Det forhold at vi udsender spørgeskemaer, velvidende at nogle af dem ikke bliver besvaret, reducerer naturligvis svarprocenten, men uden at det efter vores opfattelse er udtryk for en ringere kvalitet i undersøgelsen. For aftenplejen er der sendt et forholdsmæssigt stort antal spørgeskemaer ud for at imødekomme de forskudte vagtplaner, som risikerer at medføre en lavere svarprocent for netop denne gruppe af hjemmehjælpere.

Nedenfor fremgår antal besvarelser.

|     | Udsendte spørgeskemaer | Gyldige besvarelser | Svarprocent |
|-----|------------------------|---------------------|-------------|
| SUF | 557                    | 366                 | 66 %        |
| SOF | 159                    | 75                  | 47 %        |

#### 5.5.4 Distribution og besvarelse af spørgeskemaer

Spørgeskemaerne var i papirformat, da det blev vurderet, at dette format bedst imødekom respondenternes mulighed for at svare. Spørgeskemaerne blev pakket i separate kuverter til hver respondent og sendt til gruppelederen for medarbejdere i samme gruppe. Gruppelederen var herefter ansvarlig for at udlevere kuverterne til de medarbejdere, som var udvalgt. Gruppelederne blev på forhånd adviseret via e-mail om, hvilke medarbejdere der var blevet udvalgt til at deltage. På den måde kunne gruppelederne tilrettelægge medarbejdernes arbejde, så der blev afsat tid til at svare på spørgeskemaet.

Gruppelederne fik et brev med grundig instruktion om, hvordan hjemmehjælperne skulle orienteres og igangsættes med at besvare spørgeskemaet. Gruppeledere fik instruktion om at orientere hjemmehjælperne om undersøgelsens baggrund og formål, samt at besvarelsen var anonym. Gruppelederen blev bedt om at opfordre hjemmehjælperne til at besvare spørgeskemaerne og sikre, at de fik afsat tid til at besvare spørgeskemaer.

Når hjemmehjælperne havde besvaret spørgeskemaet, skulle besvarelsen sendes retur direkte til KPMG i en frankeret svarkuvert.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i perioden 11. november 2010 til 17. november 2010.

Spørgeskemaundersøgelsen er anonym.

#### 5.5.5 Datavalidering og kvalitetssikrende tiltag

For at sikre et datagrundlag af høj kvalitet og validitet har vi foretaget en række kvalitetssikrende tiltag. Disse handlinger er gennemført, både inden spørgeskemaet blev sendt ud, samt efter spørgeskemaerne er kommet retur.

Forud for udsendelse af spørgeskemaer:

- Forvaltningerne har haft mulighed for at kvalitetssikre spørgeskemaet, før det blev sendt ud til medarbejderne
- Spørgeskemaet er pilottestet hos fem ansatte fra hver forvaltning fra forskellige hjemmeplejegrupper, før det blev sendt ud til medarbejderne.

Efter spørgeskemaerne er kommet retur:

- Hvis der er tvivl om besvarelsen af et spørgsmål (f.eks. et kryds, der står midt mellem to kasser), indgår svaret på det pågældende spørgsmål ikke i undersøgelsen
- I det omfang svarprocenten for et givent spørgsmål er for lavt set i forhold til målsætningen om antal effektive svar, vil den statistiske usikkerhed eksplicit fremgå af analysen.

De samlede resultater fra undersøgelsen fremgår af bilag 7 og 8 sammen med det udsendte spørgeskema.

## 5.6 Spørgeskemaundersøgelse blandt gruppeledere i SUF og SOF

Metoden bag spørgeskemaundersøgelsen, som er beskrevet nedenfor, er ens for SUF og SOF. Sammenfatning af undersøgelsen blandt medarbejdere og ledere for SUF fremgår af afsnit 5.7. Tilsvarende sammenfatning for SOF fremgår af afsnit 5.8.

### 5.6.1 Formål

Målet med delundersøgelsen er at tilvejebringe en række kvantitative data, som kan medvirke til at besvare nøglespørgsmålene i undersøgelsen i nærværende rapport. Derfor vil spørgsmålene falde inden for en række centrale områder, som behandles i rapporten, eksempelvis udførelse af arbejdsopgaver, tilsyn og kontrol foretaget af leder, arbejdskultur/arbejds miljø og muligheder for forbedringer.

### 5.6.2 Formulering af spørgsmål

Formuleringen af spørgsmålene i spørgeskemaet har taget udgangspunkt i, at svarene skulle danne grundlag for at besvare nøglespørgsmålene i rapporten. Vi har derfor valgt at formulere spørgsmål inden for følgende centrale områder:

- Udførelse af arbejdsopgaver: Denne gruppe af spørgsmål adresserer blandt andet temaerne retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaver ude hos borgeren, om borgeren modtager den nødvendige hjælp, omfanget af aflysninger og flytninger, medarbejderkontinuitet samt døgn- og ugeplaner (SUF)/arbejdsplaner (SOF).
- Tilsyn og kontrol foretaget af gruppeleder: Denne gruppe af spørgsmål adresserer blandt andet temaerne, om gruppelederen har indblik i og fokus på de opgaver, som udføres hos borgeren.
- Arbejdskultur/arbejds miljø: Denne gruppe af spørgsmål adresserer blandt andet, om der er retningslinjer for, hvordan hjemmehjælperen skal agere på arbejdspladsen/hos borgeren.
- Muligheder for forbedringer: Her har respondenterne mulighed for at anføre eventuelle forslag til, hvordan kvaliteten af hjemmeplejen vil kunne forbedres.

Formulering af spørgsmålene i spørgeskemaet har endvidere taget udgangspunkt i den viden, som er fremkommet under vores undersøgelse. Det indbefatter bl.a. erfaringer fra de kvalitative interviews af hjemmehjælperne og gruppeledere m.v., indsamlet skriftligt materiale fra forvaltningerne samt dialogen med forvaltningerne i øvrigt.

### 5.6.3 Udvælgelse af gruppeledere i stikprøve

Stikprøven udgør alle gruppeledere baseret på opgørelser leveret af forvaltningerne. En række af de spørgeskemaer, vi udsender, vil ikke blive besvaret. Det skyldes dels manglende lyst til at deltage i undersøgelsen, og dels forhold som sygdom, ferie, fri m.v. blandt respondenterne. Det forhold, at vi har udsendt spørgeskemaer, velvidende at nogle af dem ikke bliver besvaret, reducerer naturligvis svarprocenten, men uden at det efter vores opfattelse er udtryk for en ringere kvalitet i undersøgelsen.



Nedenfor fremgår antal besvarelser:

|     | Udsendte spørgeskemaer | Gyldige besvarelser | Svarprocent |
|-----|------------------------|---------------------|-------------|
| SUF | 53                     | 42                  | 79,2 %      |
| SOF | 18                     | 15                  | 83,3 %      |

#### 5.6.4 Distribution og besvarelse af spørgeskemaer

Spørgeskemaundersøgelsen for gruppeledere blev gennemført som en internet- og e-mailbaseret spørgeskemaundersøgelse. Det blev vurderet, at denne metode var hensigtsmæssig, da gruppelederne anvender e-mail m.v. i deres daglige arbejde.

Gruppelederne fik adgang til spørgeskemaet ved hjælp af en e-mail med et unikt link.

Spørgeskemaundersøgelsen for gruppeledere blev gennemført i perioden 12. november 2010 til 17. november 2010.

Spørgeskemaundersøgelsen er anonym.

#### 5.6.5 Datavalidering og kvalitetssikrende tiltag

For at sikre et datagrundlag af høj kvalitet og validitet har vi foretaget en række kvalitetssikrende tiltag. Disse handlinger er gennemført, både inden spørgeskemaet blev sendt ud, løbende i svarperioden samt efter spørgeskemaerne er kommet retur.

Forud for udsendelse af spørgeskemaer:

- Forvaltningerne har haft mulighed for at kvalitetssikre spørgeskemaet, før det blev sendt ud til gruppelederne.

Under svarperioden:

- Fremdriften i besvarelserne er fulgt tæt. Der har løbende været dialog med gruppelederne for at fastholde opmærksomheden på spørgeskemaundersøgelsen. Rykkerprocedure er gennemført ved hjælp af e-mail til respondenterne.

Efter spørgeskemaerne er kommet retur:

- Hvis der er tvivl om besvarelsen af et spørgsmål, indgår svaret på det pågældende spørgsmål ikke i undersøgelsen.
- I det omfang svarprocenten for et givent spørgsmål er for lavt set i forhold til målsætningen om antal effektive svar, vil den statistiske usikkerhed eksplicit fremgå af analysen.

De samlede resultater fra undersøgelsen fremgår af bilag 7 og 8 sammen med det udsendte spørgeskema.

### 5.7 Spørgeskemaundersøgelsens resultater SUF

Denne sammenfatning omfatter både resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt både gruppelederne og medarbejderne inden for SUF.

Undersøgelserne kan således sammenfattes til:

- at både gruppeledere (95 %) og medarbejdere (87 %) i høj eller meget høj grad oplever, at der findes klare retningslinjer for, hvordan medarbejdere skal udføre deres arbejdsopgaver ude hos borgerne,
- at både gruppelederne (95 %) og medarbejderne (95 %) i høj eller meget høj grad oplever, at deres medarbejdere/de efterlever de aftalte retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaverne ude hos borgerne,
- at både gruppelederne (98 %) og medarbejderne (88 %) i høj eller meget høj grad oplever, at borgerne modtager den hjælp, de er visiteret til,
- at ingen af gruppelederne og kun et fåtal af medarbejderne oplever, at hjemmeplejen i høj grad eller meget høj grad aflyser besøg ude hos borgerne vedrørende personlig pleje,
- at ingen af gruppelederne og kun et fåtal af medarbejderne oplever, at hjemmeplejen i høj grad eller meget høj grad aflyser besøg ude hos borgerne vedrørende praktisk hjælp (ekskl. fleksibel hjemmehjælp),
- at både gruppelederne (90 %) og medarbejderne (75 %) i mindre eller i ringe grad oplever, at hjemmeplejen foretager flytning af besøg ude hos borgerne vedrørende personlig pleje,
- at 60 % af gruppelederne og 58 % af medarbejderne i mindre eller i ringe grad oplever, at hjemmeplejen foretager flytning af besøg ude hos borgerne vedrørende praktisk hjælp (ekskl. fleksibel hjemmehjælp),
- at 79 % af gruppelederne og 55 % af medarbejderne i høj eller meget høj grad oplever, at det er de samme hjælpere, der kommer i borgerens hjem,
- at samtlige gruppeleder og 89 % af medarbejderne giver udtryk for, at der altid eller ofte er udarbejdet døgn- og ugeplaner for de borgere, hjemmeplejen kommer hos,
- at alle gruppelederne giver udtryk for, at de i høj eller meget høj grad har indblik i de opgaver, deres medarbejdere udfører ude hos borgerne, og 70 % af medarbejderne oplever ligeledes, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet,
- at 91 % af gruppelederne giver udtryk for, at de i høj eller i meget høj grad har de redskaber og den vejledning, de skal bruge i forhold til at kontrollere, støtte og lede deres medarbejdere,
- at 60 % af gruppelederne i høj eller meget høj grad oplever, at deres nærmeste leder følger med i, om borgerne får den hjælp, de er visiteret til,
- at 90 % af gruppelederne og 80 % af medarbejderne giver udtryk for, at der i høj eller meget høj grad findes spilleregler for, hvordan man skal opføre sig i den gruppe, de er leder for/på deres arbejdsplads,

- at 86 % af gruppelederne giver udtryk for, at de i høj eller i meget høj grad følger op på, om deres medarbejdere efterlever spillereglerne, og 75 % af medarbejderne i høj eller i meget høj grad oplever, at dette er tilfældet,
- at 86 % af gruppelederne oplever og 76 % af medarbejderne giver udtryk for, at deres medarbejdere/de i høj eller meget høj grad efterlever spillereglerne for, hvordan man skal opføre sig på arbejdspladsen,
- at 81 % af gruppelederne aldrig eller næsten aldrig oplever, at deres medarbejdere håndterer private gøremål i arbejdstiden, og at 75 % af medarbejderne giver udtryk for, at de aldrig eller næsten aldrig håndterer private gøremål i arbejdstiden,
- at 14 % af gruppelederne oplever, at medarbejderne håndterer private gøremål i arbejdstiden, men samtidig også, at medarbejderne altid eller ofte træffer aftaler med dem herom, mens 2 % oplever, at medarbejderne håndterer private gøremål i arbejdstiden, men kun sjældent træffer aftaler med dem herom, og
- at 17 % af medarbejderne giver udtryk for, at de håndterer private gøremål i arbejdstiden og samtidig, at de altid eller ofte træffer aftaler med gruppelederen herom, mens 4 % giver udtryk for, at de håndterer private gøremål i arbejdstiden, men kun sjældent eller næsten aldrig træffer aftale med deres leder herom.

## 5.8 Spørgeskemaundersøgelsens resultater i SOF

Denne sammenfatning omfatter både resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppelederne og spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejderne inden for SOF.

Undersøgelserne kan således sammenfattes til:

- at både gruppeledere (93 %) og medarbejdere (85 %) i høj eller meget høj grad oplever, at der findes klare retningslinjer for, hvordan medarbejdere skal udføre deres arbejdsopgaver ude hos borgerne,
- at både gruppelederne (87 %) og medarbejderne (97 %) i høj eller meget høj grad oplever, at deres medarbejdere/de efterlever de aftalte retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaverne ude hos borgerne,
- at både gruppelederne (93 %) og medarbejderne (91 %) i høj eller meget høj grad oplever, at borgerne modtager den hjælp, de er visiteret til,
- at ingen af gruppelederne og kun et fåtal af medarbejderne oplever, at hjemmeplejen aflyser besøg ude hos borgerne vedrørende personlig pleje,
- at kun et fåtal af såvel gruppeledere som medarbejdere oplever, at hjemmeplejen aflyser besøg ude hos borgerne vedrørende praktisk hjælp,
- at både gruppelederne (93 %) og medarbejderne (84 %) i mindre eller i ringe grad oplever, at hjemmeplejen foretager flytning af besøg ude hos borgerne vedrørende personlig pleje,

- at 67 % af gruppelederne og 51 % af medarbejderne i mindre eller i ringe grad oplever, at hjemmeplejen foretager flytning af besøg ude hos borgerne vedrørende praktisk hjælp,
- at 80 % af gruppelederne og 45 % af medarbejderne i høj eller meget høj grad oplever, at det er de samme hjælpere, der kommer i borgerens hjem,
- at 40 % af gruppelederne og 63 % af medarbejderne giver udtryk for, at der altid eller ofte er udarbejdet arbejdsplaner for de borgere, hjemmeplejen kommer hos,
- at 93 % af gruppelederne giver udtryk for, at de i høj eller meget høj grad har indblik i de opgaver, deres medarbejdere udfører ude hos borgerne, og 57 % af medarbejderne oplever ligeledes, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet,
- at 93 % af gruppelederne giver udtryk for, at de i høj eller i meget høj grad har de redskaber og den vejledning, de skal bruge i forhold til at kontrollere, støtte og lede deres medarbejdere,
- at 40 % af gruppelederne i mindre eller i ringe grad oplever, at deres nærmeste leder følger med i, om borgerne får den hjælp, de er visiteret til,
- at 90 % af gruppelederne og 73 % af medarbejderne giver udtryk for, at der i høj eller meget høj grad findes spilleregler for, hvordan man skal opføre sig i den gruppe, de er leder for/på deres arbejdsplads,
- at 93 % af gruppelederne giver udtryk for, at de i høj eller i meget høj grad følger op på, om deres medarbejdere efterlever spillereglerne, og 61 % af medarbejderne i høj eller i meget høj grad oplever, at dette er tilfældet,
- at 88 % af gruppelederne oplever og 69 % af medarbejderne giver udtryk for, at deres medarbejdere/de i høj eller meget høj grad efterlever spillereglerne for, hvordan man skal opføre sig på arbejdspladsen,
- at 73 % af gruppelederne aldrig eller næsten aldrig oplever, at deres medarbejdere håndterer private gøremål i arbejdstiden, og at 78 % af medarbejderne giver udtryk for, at de aldrig eller næsten aldrig håndterer private gøremål i arbejdstiden,
- at 20 % af gruppelederne oplever, at medarbejderne håndterer private gøremål i arbejdstiden, men samtidig også at medarbejderne altid eller ofte træffer aftaler med dem herom, mens 7 % oplever, at medarbejderne håndterer private gøremål i arbejdstiden, men kun sjældent træffer aftaler med dem herom, og
- at 12 % af medarbejderne giver udtryk for, at de håndterer private gøremål i arbejdstiden og samtidig at de altid eller ofte træffer aftaler med gruppelederen herom, mens 7 % giver udtryk for, at de håndterer private gøremål i arbejdstiden, men kun sjældent eller næsten aldrig træffer aftale med deres leder herom.

## 5.9 Interviews

Som en del af undersøgelsen er der gennemført interviews med medarbejdere og ledere på flere organisatoriske niveauer samt interviews med private leverandører.

### 5.9.1.1 Formål

Formålet med de gennemførte interviews har bl.a. været at:

- Efterprøve og vurdere, hvorvidt ledere på flere niveauer lever op til gældende retningslinjer med hensyn til ledelse, planlægning, tilsyn og kontrol
- Opnå indsigt i medarbejdernes forståelse og efterlevelse af gældende retningslinjer
- Opnå indsigt i og viden om, hvordan ledere anvender eksisterende ledelsesværktøjer i praksis samt skabe grundlag for at vurdere, hvorvidt der er behov for yderligere understøttelse
- Afdække omfang, hyppighed og faglighed i den løbende kontrol og opfølgning fra ledende medarbejdere til den enkelte medarbejder
- Opnå indsigt i organisering af teams, roller og ansvar samt indbygget kontrol i enheder/grupper i hjemmeplejen
- Få indblik i hvordan hjemmehjælpernes arbejdsdag fungerer i praksis, herunder de udfordringer der løbende er med at levere ydelserne som planlagt
- Få indblik i kultur, holdninger og normer i hjemmeplejen
- Opnå indsigt i kontrol-, dokumentations- og opfølgingsmuligheder igennem hele styringskæden
- Identificere forbedringsforslag som input til den efterfølgende analyse.

### 5.9.1.2 Udførelse og spørgsmål

I alt har vi gennemført 49 interviews.

Interviewpersoner er forinden deltagelse i interviewet overordnet blevet informeret om formålet med det pågældende interview. Interviewpersoner har ikke fået udleveret spørgsmål eller lignende på forhånd. Dette er gjort for at sikre troværdige og umiddelbare besvarelser.

Interviews er gennemført med afsæt i en struktureret interviewguide, der via både åbne og lukkede spørgsmål sikrer, at relevante aspekter afdækkes og efterfølgende kan dokumenteres på struktureret vis til brug i analysedelen af undersøgelsen. Relevante aspekter er i denne sammenhæng spørgsmål, der direkte eller indirekte vedrører de tre nøglespørgsmål. Interviewguide for henholdsvis medarbejdere og ledere fremgår af bilag 9.

De gennemførte interviews har som udgangspunkt haft en varighed af 60 minutter.

### 5.9.1.3 Udvælgelse af interviewpersoner

De medarbejdere og gruppeledere, der har deltaget i interviews, er tilfældigt udvalgt på baggrund af bruttolister fra SUF og SOF. Stikprøven er tilrettelagt med henblik på at sikre den rette geografiske dækning på tværs af kommunen.

SUF og SOF har haft lejlighed til at vurdere, om der for de af KPMG udvalgte medarbejdere var særlige forhold (eksempelvis langtidssygemelding og ferie), som ville have gjort det vanskeligt at gennemføre interviewet på det planlagte tidspunkt. Denne proces gav anledning til enkelte justeringer i den af KPMG valgte stikprøve.

Alle lokalområdechefer, hjemmeplejeledere (SUF) og udførerchefer (SOF) har deltaget i et interview.

Udvælgelse af private leverandører er foretaget ved tilfældig udvælgelse på baggrund af udleverede lister over nuværende leverandører i de to forvaltninger.

#### 5.9.1.4 Brug af indsamlet data

Den viden, der er udledt fra de gennemførte interviews, indgår ikke direkte i den udarbejdede rapportering med direkte reference til den pågældende interviewperson. Viden er i stedet benyttet som baggrund og til underbygning i de tilfælde, hvor flere interviewpersoner (respondenter) samlet har besvaret således, at det vurderes at være retvisende at benytte som fælles forståelse.

Interviewene er benyttet til både at belyse de tre nøglespørgsmål og indgår i analysen af samme, men er også en vigtig kilde til baggrundsviden og til at skabe en bedre forståelse af hjemmeplejen for KPMG. Interviews supplerer de øvrige dataindsamlingsmetoder med dybde og forståelse.

## 6 Introduktion til SUF-undersøgelse

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) har ca. 1.800 fastansatte medarbejdere i hjemmeplejen, hvor ca. 1.200 er social- og sundhedshjælpere, mens de resterende ca. 600 ansatte er social- og sundhedsassistenter, HK'er og AC'er. På årsplan betjener SUF ca. 12.000 borgere over 65 år. SUF leverer en lang række ydelser til borgerne, den mest omfattende er rengøring, som 84 % af borgerne modtager.

### 6.1.1 Organisering

SUF-hjemmeplejen ledes af en central direktion, og herudover består hjemmeplejen af fem ledelseslag. Hjemmeplejen er opdelt i fem geografisk bestemte lokalområder. For hvert lokalområde er en lokalområdeleder og et lokalområdekantor. Lokalområdelederne har det overordnede ansvar for bl.a. hjemmepleje.

Hjemmeplejen er opdelt i seks hjemmeplejeenheder med hver sin hjemmeplejeleder. Det betyder, at der er to hjemmeplejeenheder under et af lokalområderne. Ud over de seks enhedsledere er der 1 leder for Døgnbasen på samme organisatoriske niveau.

De seks hjemmeplejeenheder er opdelt i hjemmeplejegrupper. Der er 64 grupper geografisk fordelt over hele Københavns Kommune, og alle grupper har en gruppeleder, der referer til den respektive enhedsleder. De 64 gruppeledere har ansvaret for hjemmeplejen i dagtimerne, mens de ydelser, der leveres om aftenen og om natten, er organiseret i otte separate grupper, med hver deres leder.

Dag- og aftenhjemmepleje er organiseret i seks hjemmeplejeenheder under de fem lokalområder. Nathjemmeplejen varetages af den bydækkende enhed Døgnbasen.

### 6.1.2 Ydelser

Overordnet inddeles hjemmeplejens ydelser i praktisk hjælp og personlig pleje. Langt størstedelen af ydelserne leveres i dagtimerne, og den primære arbejdsplads er i borgernes hjem og på vejene.

Hjemmeplejens ydelser leveres inden for tre inddelinger af døgnet: dag, aften og nat. Borgere, der er visiteret til hjemmehjælp i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, kan frit vælge mellem den kommunale hjemmehjælp og en række private leverandører. Der er konkurrence mellem private og kommunale leverandører både inden for praktisk hjælp og personlig pleje. I dag leverer kommunale leverandører ca. 90 % af de visiterede ydelser til borgerne.

Visitation af ydelserne til borgerne foretages af en selvstændig myndighedsenhed, der er uafhængig af hjemmeplejeenhederne. Hjemmeplejeenheder betragtes som leverandører, jf. bestillerudførermodellen (BUM).

## 7 Nøglespørgsmål 1

I nøglespørgsmål 1 har undersøgelsen til formål at afdække og besvare:

Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på? Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

### 7.1 Datagrundlag

Følgende datakilder indgår som grundlag for besvarelse af spørgsmål 1:

- Eksisterende materiale og data vedrørende nøgletal og dokumentation af faglig kvalitet:
  - Årsrapport
  - Administrationsrapporter
  - Klagestatistik
  - Tilsynsrapporter
  - Retningslinjer og vejledninger
  - Egenkontrol - SUF august 2010
- Efterkontrol af leverede og visiterede ydelser
- Brugerundersøgelse (Epinion november 2010)
- Spørgeskemaundersøgelse af gruppeledere og medarbejdere
- Interviews med ledere på alle niveauer
- Interviews med medarbejdere
- Interviews med disponenter og koordinatore (planlæggere)
- Interviews med private leverandører.

### 7.2 Vurdering af faglig kvalitet

#### 7.2.1 Udgangspunktet for vurdering af den faglige kvalitet

Et centralt grundlag for at svare på spørgsmål 1 er den definition af faglig kvalitet, som kommunen bruger som grundlag for at levere ydelserne samt opfølgning, dokumentation og tilsyn.

Som udgangspunkt kan faglig kvalitet i hjemmeplejen defineres som, at borgerne modtager det politisk vedtagne serviceniveau, som er beskrevet i kvalitetsstandarderne.



Faglig kvalitet vil i denne undersøgelse blive vurderet på følgende indikatorer og mål for SUF:

1. **Brugertilfredshed**
2. **Klagestatistik**
3. **Det kommunale tilsyn** - tilsynet arbejder med 11 hovedmål med 45 målepunkter (se tilsynsrapporter for mål). Ingen hjemmeplejeleverandører, der er genstand for uanmeldt kommunalt tilsyn, må gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt af tilsynet.
4. **Brugere har en døgn- og ugeplan** - mål er 90 %
5. **Medarbejderkontinuitet** - leverandøren skal tilstræbe, at ydelsen leveres af en "fast hjælper"[hvis det kun er en hjælper, virker det underligt, at de måler på primær og sekundær hjælper] - målet er at der skal være en positiv udvikling (målet om at 66 % af de besøg, der inden for en måned i dagplejen skal leveres af primær eller sekundær hjælper, er et nyligt fastsat mål, som fremgår af administrationsrapporten for 3. kvartal, men som vi har forstået endnu ikke er kommunikeret ud i organisationen)
6. **Aflysninger** - leverandøren må ikke aflyse ydelser.

I besvarelsen af den første del af nøglespørgsmål 1 "Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?" indgår følgende dele af ovenstående definition på faglig kvalitet:

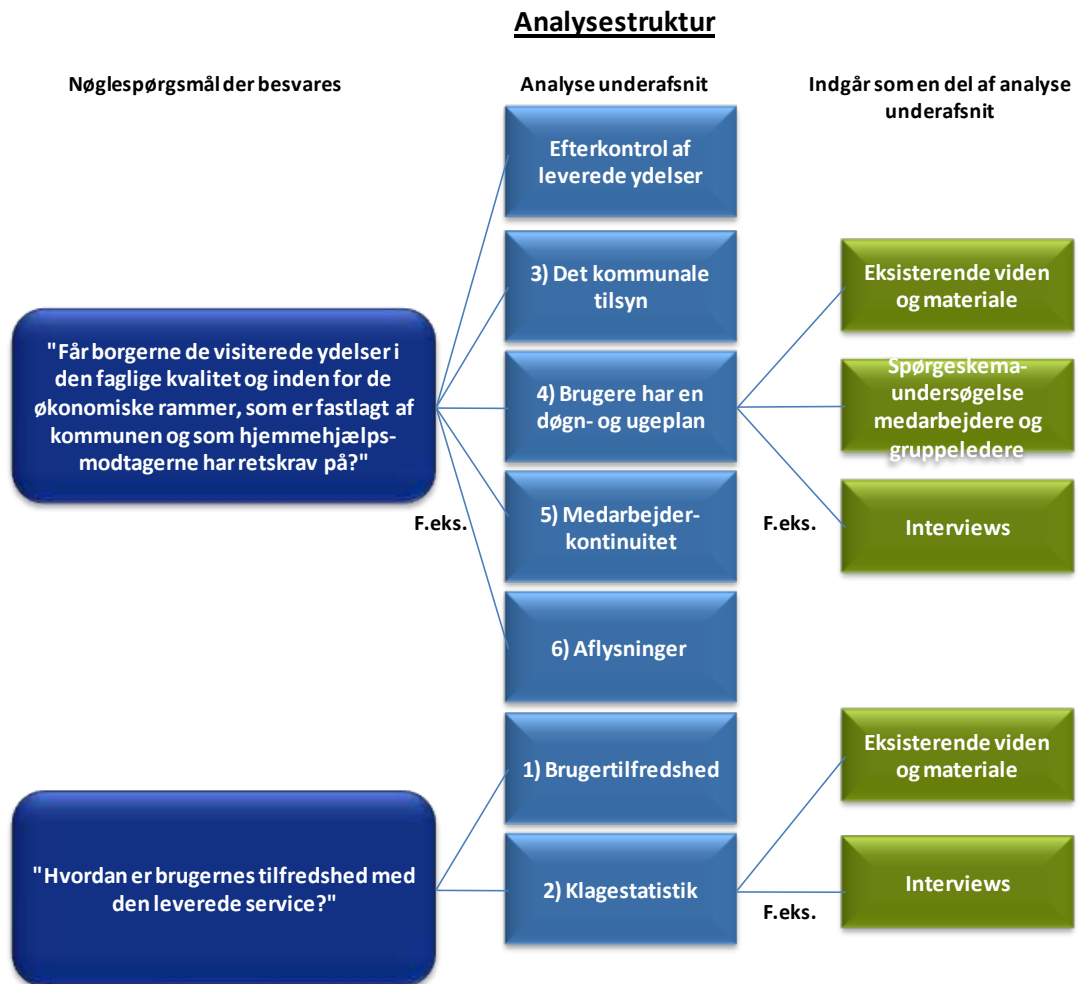
- 3) Det kommunale tilsyn
- 4) Brugere har en døgn- og ugeplan
- 5) Medarbejderkontinuitet
- 6) Aflysninger.

Ud over analyse af ovennævnte indikatorer defineret af SUF vil vi i analysen inddrage interviewdata samt i høj grad inddrage data fra den efterkontrol, der stikprøvevis er foretaget på, om borgerne har modtaget de ydelser, der er registreret gennem hjælpernes PDA'er, jf. afsnit 7.2.2 nedenfor.

I besvarelsen af den anden del af nøglespørgsmål 1 "Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?" indgår følgende dele af definitionen på faglig kvalitet:  
1) Brugertilfredshed (Epinion) og 2) Klagestatistik.

Analysestructuren er illustreret nedenfor.

Figur 26 - Analysestruktur for spørgsmål 1, første del, SUF



Med afsæt i den viste struktur vil vi nedenfor gennemføre første del af analysen for nøglespørgsmål 1, herunder de elementer som samlet set bidrager til besvarelsen af spørgsmål 1 - *Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?*

Det stærkeste grundlag for besvarelse af dette spørgsmål er den gennemførte egenkontrol af, hvorvidt borgerne har fået de ydelser, der er registreret.

### 7.2.2 Efterkontrol

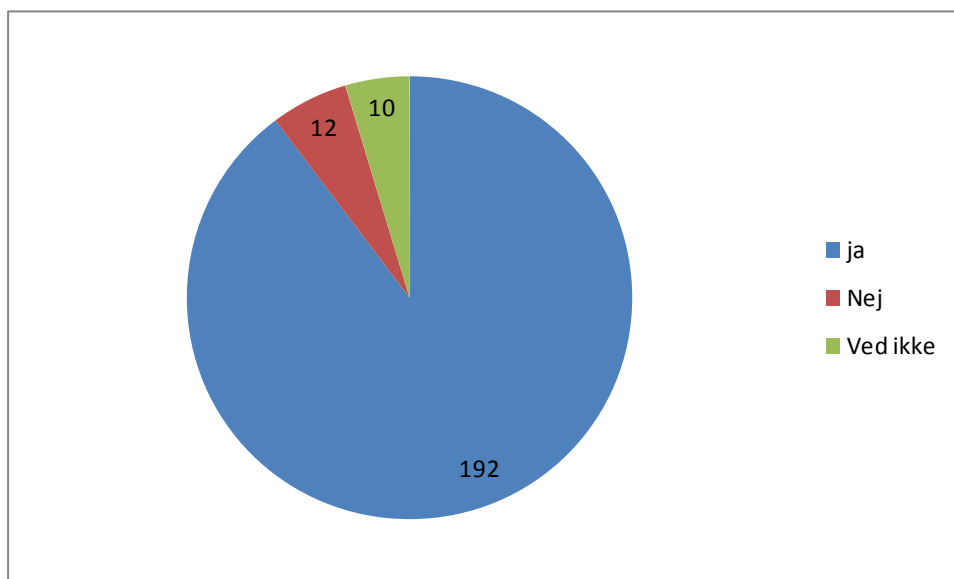
For at sikre et troværdigt grundlag for denne analyse og de tilhørende konklusioner har KPMG gennemført efterkontrol på registrering af leverede ydelser og tid. Borgere er stikprøvevis kontaktede og spurgt om, hvilke ydelser de har fået leveret på den pågældende dag. Disse data er derefter sammenholdt med de data, der er registreret via PDA'er. Metoden og det indsamlede datagrundlag er uddybet i afsnit 5.2.

Efterkontrollen i SUF resulterede i 214 gyldige besvarelser, som danner grundlaget for analysen.

#### Tilstedeværelseskontrol (besøg den pågældende dag)

Der var 90 % af de adspurgte borgere, som svarede ja til at de har haft besøg af hjemmeplejen den pågældende dag. Af de resterende 10 % var der ca. 1 %, der svarede, at årsagen til at hjælperen ikke var der den pågældende dag, var fordi de ikke dukkede op. Af øvrige grunde kan eksempelvis nævnes, at borgeren har aflyst eller ikke var hjemme.

**Figur 27 - Tilstedeværelseskontrol (besøg den pågældende dag)**



Den udførte efterkontrol viser med stor sandsynlighed at ydelser leveres som aftalt.

#### Ydelseskontrol (er ydelserne leveret)

Der var 73 % af de adspurgte borgere, som svarede ja til, at de har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne. Der er samtidig henholdsvis 33 og 13 borgere der har svaret, at de kun delvist eller slet ikke har fået leveret de ydelser, de burde have modtaget i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne. Hvilket svarer til, at 21 % således ikke har modtaget ydelserne, som de burde have. De besvarelser skal selvfølgelig vurderes mod de årsagsforklaringer, der er til, at ydelserne ikke er leveret.

#### Årsagsforklaring på hvorfor ydelserne ikke er leveret

Af de borgere, der kun delvist eller slet ikke har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af PDA'erne, er der givet følgende årsagsforklaringer;

- I 12 tilfælde har borgeren svaret, at de ikke havde behov. Det anbefales, at det fremgår af PDA'en, at borgeren ikke havde behov.
- I 8 tilfælde har borgeren frabedt sig hjælp. Det anbefales, at det fremgår af PDA'en, at borgeren havde frabedt sig hjælp.

- I 8 tilfælde svarede borgeren "ved ikke".
- I 15 tilfælde har der været en anden årsag (indlæggelse på hospital/borgerne mener ikke de får ydelserne uden at kunne forklare hvorfor). Det anbefales, at det fremgår af PDA'en, at borgeren var indlagt.
- I 1 tilfælde har en borger svaret, at hjælperne ikke ville hjælpe eller ikke havde tid til at hjælpe. Det anbefales, at dette fremgår af registreringen i PDA'en.
- I 2 tilfælde ønskede borgeren fleksibel hjemmehjælp, det vil sige en anden ydelse end foreskrevet.

Resultatet af undersøgelsen er således, at borgerne overvejende tilkendegiver, at de får de ydelser, de skal have.

#### Fuldstændighedskontrol (visiterede ydelser)

Det sidste og fjerde spørgsmål i den udførte efterkontrol vedrører en *fuldstændighedskontrol*. Her spørger vi borgeren, om alle de konkrete *visiterede* ydelser generelt bliver leveret. Her spørges således også til de ydelser, borgeren skal modtage, ud over hvad der blev spurgt til i det første spørgsmål (ydelseskontrol).

Til dette spørgsmål oplyser 81 % af borgerne, at de generelt modtager de ydelser, de er visiteret til. Der er 36 borgere, svarende til 17 %, som ikke mener, at de modtager de ydelser, de er visiteret til.

Borgerne nævner, at de typisk ikke modtager følgende ydelser:

- Rengøring
- Hårvask
- Øvrige.

En række borgere nævner også, at de ikke har modtaget ydelser, fordi de selv har klaret det, f.eks. rengøring.

Det er en relativ høj andel på 17 %, der ikke mener, de får de ydelser, de er visiteret til. Dette indikerer, at der enten er en manglende forståelse for, hvilke ydelser de er berettiget til, og/eller at der i nogle tilfælde ikke bliver leveret alle de ydelser, som borgeren er visiteret.

#### Sammenfatning

På baggrund af den udførte efterkontrol kan vi konstatere, at hjælperne kommer ud til borgerne som aftalt (samme dag), og at borgerne når adspurgt på dagen vurderer, at de har modtaget de ydelser, som de har krav på.

### 7.2.3 Det kommunale tilsyn

#### Hvad siger tilsynsrapporterne?

Siden 2007 har BDO Kommunernes Revision varetaget opgaven med at gennemføre de kommunale tilsyn med kommunale leverandører, og et udvalg af private, leverandører af hjemmehjælp.

Tilsynet er tilrettelagt således, at BDO gennemfører et **uansmeldt** besøg hos de kommunale og private leverandører. Ved hvert tilsyn udvælges der syv borgere, som indgår i vurderingen. Der er således tale om en meget begrænset stikprøvestørrelse.

Tilsynet har til formål at afdække, om hjemmehjælpen udføres i overensstemmelse med gældende lovgivning, kvalitetsstandarder og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens retningslinjer samt tilse kvaliteten i tilrettelæggelse og udførelse af pleje og omsorg på udvalgte områder. Det bemærkes, at det eksterne tilsyn ikke omfatter aften-/nathjemmepleje.

Hensigten med de kommunale tilsyn er at vurdere, om leverandørerne lever op til de krav til pleje og omsorg, som fremgår af lovgivningen samt kommunalt fastsatte politikker og kvalitetsstandarder. Tilsynene skal således vurdere, om borgerne får den hjælp, de har krav på.

Resultatet af de 15 tilsyn der blev gennemført i 2009 for hjemmehjælpen i SUF er følgende<sup>3</sup>:

**Tabel 3 - Resultat af gennemførte tilsyn i 2009**

| Tilsynstype                                 | Antal tilsyn | Antal godkendte | Antal godkendte med mangler | Alvorlige fejl og mangler | Andel af tilsyn med alvorlige fejl og mangler |
|---|--------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|---|
| Tilsyn med kommunal hjemmepleje             | 9            | 5               | 4                           | 0                         | 0 %   |
| Tilsyn med privat leverandør af hjemmehjælp | 6            | 1               | 4                           | 1                         | 17 %  |
| Opfølgende tilsyn med private leverandører  | 1            | 1               | 0                           | 0                         | 0 %   |

I 2008 blev gennemført 19 tilsyn som fordelte sig som følger:

- 13 af var tilsyn af kommunale leverandører, hvilket resulterede i 1 godkendt tilsyn, 9 med mangler og 3 med alvorlige mangler.
- 6 var tilsyn af private leverandører, hvilket resulterede i 1 godkendt tilsyn, 4 med mangler og 1 tilsyn med alvorlige mangler.

KPMG noterer, at resultaterne fra det kommunale tilsyn i 2009 viser en fremgang i forhold til 2008. Det fremgår af tilsynsredegørelsen, at de konstaterede mangler i forbindelse med til-

<sup>3</sup> Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Status over Kommunale tilsyn i 2009

syn i hjemmeplejen relaterer sig særligt til manglende overensstemmelse mellem dokumentationen i hjemmet og den elektroniske journal vedrørende besøgsoversigten.

Forvaltningen har oplyst, at der siden 2009 er igangsat en række tiltag i SUF med henblik på at styrke den foreliggende dokumentation hos borgerne. Bl.a. er retningslinjer indskærpet, og der måles kvartalsvis på, hvor mange borgere der har en døgn- og ugeplan.

Siden medio 2010 er praksis i SUF, at ingen hjemmeplejeleverandører, der er genstand for uanmeldt kommunalt tilsyn, må gå igennem et kalenderår uden at blive godkendt af tilsynet.

#### Hvad siger medarbejdere og ledere om det eksterne tilsyn?

Gennem de interviews KPMG har foretaget af 24 ledere og fem medarbejdere, er der spurgt ind til opfattelsen og værdien af de eksterne tilsyn. Den overordnede tilbagemelding på dette fra medarbejdere og ledere er, at de opfatter det eksterne tilsyn som et nyttigt og brugbart supplement til den løbende interne kontrol og tilsyn.

Lokalområdeledere og hjemmeplejeledere indikerer, at de aktivt følger op på tilsynsrapporter, hvor der konstateres mangler og afvigelser.

Gruppeledere giver udtryk for, at det eksterne tilsyn er en kvalitetssikring af at ydelser leveres i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Den direkte rapportering og kommunikation fra tilsynet til gruppelederen efter et tilsyn opleves at bidrage med en faglig brugbar indsigt og medvirker til at skabe grundlag for konkrete tiltag/handleplaner som der kan arbejdes videre med på gruppeniveau. Qua det eksterne tilsyns omfang opleves det som en tilbagevendende del af dagligdagen.

Medarbejdere oplever i mindre grad, at tilsynet er en del af deres dagligdag, dog indikeres der her, at man ligeledes opfatter interaktionen med tilsynet som konstruktivt og brugbart.

Selv om det eksterne tilsyn ikke er lovpligtigt, vurderes det fra såvel ledere som medarbejdere at være en succes og et tiltag, man gerne ser forsætte fremadrettet.

Det eksterne tilsyn omfatter ligeledes de private leverandører. De private leverandører mærker generelt meget lidt til det eksterne tilsyn. Flere af leverandørerne tilkendegiver, at de ikke har erindring herom, og fælles for de private leverandører er, at det eksterne tilsyn spiller en begrænset rolle i dagligdagen, hvorfor det heller ikke betragtes som en aktiv sparringspartner.

En generel opfattelse hos de private leverandører er, at man ikke oplever det eksterne tilsyn som nærværende. Flere giver udtryk for, at de ikke kan se en klar systematik i tilsynet fra den eksterne partner.

#### Sammenfatning

Det eksterne tilsyn vurderes derfor samlet for den kommunale hjemmepleje at være et brugbart element til at sikre, at der leveres faglig kvalitet i hjemmehjælpen. Dog er omfanget af det eksterne tilsyn begrænset, hvilket gør at det eksterne tilsyn ikke i sig selv er en garant for, at ydelser leveres til forventet kvalitet, hvilket der også er givet udtryk for i de gennemførte interviews.

Med forbehold for den begrænsede stikprøvedækning af det kommunale tilsyn vurderer KPMG, at den fremgang, der kan konstateres i resultaterne fra det kommunale tilsyn i 2009 sammenlignet med 2008, er en indikator for, at der leveres faglig kvalitet.

**KPMG anbefaler at:**

- Det eksterne tilsyn udvides til at have en større stikprøvedækning
- Forvaltningen i samråd med de private leverandører vurderer, hvorledes det eksterne tilsyn bliver mere synligt og bidrager til læring og kvalitetssikring hos disse.

#### 7.2.4 Brugere har en døgn- og ugeplan

Et væsentligt element i at sikre, at ydelser leveres til faglig kvalitet, er, at borgere har en ajourført døgn- og ugeplan. Målsætning i SUF er, at 90 % af borgerne har en døgn- og ugeplan.

Antal borgere med døgn- og ugeplan er anført i SUF's 3. kvartal 2010 administrationsrapport (se nedenstående tabel)<sup>4</sup>.

**Tabel 4 - Borgere med døgn- og ugeplan**

| Hjemmepleje   | Amager | Bispebjerg/<br>Nørrebro | Indre By/<br>Østerbro | Vanløse/<br>Brønshøj/<br>Husum | Vesterbro/<br>Kgs. Eng-<br>have/<br>Valby | I alt |
|---|--------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|---|-------|
| Andel borgere med Døgn- og Ugeplan – Personlig pleje    | 95 %   | 92 %                    | 95 %                  | 97 %                           | 92 %                                      | 94 %  |
| Andel borgere med Døgn- og Ugeplan – Kun Praktisk hjælp | 94 %   | 83 %                    | 91 %                  | 96 %                           | 87 %                                      | 90 %  |

Forvaltningen opfylder samlet set målsætningen på 90 % for både borgere, der modtager personlig pleje (94 %), og borgere der kun modtager praktisk hjælp (90 %).

Det konstateres, at der i lokalområderne Bispebjerg/Nørrebro og Vesterbro/Kgs. Enghave/Valby ikke er fuld målopfyldelse, idet der henholdsvis er 83 % og 87 % af borgerne, der (kun) modtager praktisk hjælp, som har en døgn- og ugeplan.

Sammenlignet med målopfyldelsen på døgn- og ugeplaner fra 2. kvartal 2010 er der konstateret en forbedring i resultaterne i 3. kvartal. I 2. kvartal opnåede man, at 85 % af borgere, der modtager personlig pleje, havde en døgn- og ugeplan, og 76 % af borgere der (kun) modtager praktisk hjælp havde en døgn- og ugeplan.

KPMG har modtaget specifikation på borgerniveau som underliggende dokumentation for de procenttal, der fremgår af tabellen. Specifikationen stemmer overens med de rapporterede tal fra administrationsrapporten 3. kvartal 2010.

Det bemærkes, at borgere, der kun modtager ydelser fra private leverandører og borgere, som alene modtager ordninger, ikke indgår i statistikken.

<sup>4</sup> SUF Administrationsrapport 3. kvartal 2010 s.5

I administrationsrapporten fremgår der en stikprøvevis (363) kontrol af kvaliteten af døgn- og ugeplanerne<sup>5</sup>. Stikprøven omfatter 5 % af alle døgn- og ugeplaner. KPMG vurderer, at stikprøven viser, at oplysninger i administrationsrapporten omkring døgn- og ugeplaner er tilstrækkelig valide til at kunne benyttes til kommentering.

Det fremgår af stikprøven, at der i ca. 15 % af planerne ikke er sket en uddybning af ydelserne.

#### Hvad siger borgerne?

I brugerundersøgelsen svarer 78 % af borgerne, at hjælperne i høj eller i meget høj grad ved, hvad de skal lave, når de kommer ud i borgerens hjem. Dette kan være en indikation for, at der findes døgn- og ugeplaner for omkring ¾ af borgerne.

#### Hvad siger medarbejdere og ledere om døgn- og ugeplaner?

I spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere fremgår det, at 100 % svarer, at der altid eller ofte er udarbejdet døgn- og ugeplaner hos de borgere, som deres medarbejdere kommer hos.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejdere fremgår det, at 89 % svarer, at der altid eller ofte er udarbejdet døgn- og ugeplaner hos de borgere, som de kommer hos.

Gennem interviews er der spurgt ind til, hvorledes man i hjemmeplejegrupperne arbejder med at sikre døgn- og ugeplaner.

Der er fra lokalområdeleder til den enkelte hjemmehjælper en klar bevidsthed om, at døgn- og ugeplaner er et fokusområde i forhold til at sikre borgere den rette kvalitet i levering af hjemmehjælp. Den overvejende del af de interviewede personer var ligeledes bevidste om det fastsatte mål på, at 90 % af alle borgere skal have døgn- og ugeplan.

Blandt gruppeledere og hjemmehjælpere blev der tilkendegivet en klar operationalisering af, hvorledes man sikrer, at borgere har en døgn- og ugeplan. Der var flere eksempler i de udførte interviews på, at man i hjemmehjælpsgrupperne har udvalgt en eller flere dedikerede medarbejdere, som har ansvaret for at indtaste døgn- og ugeplaner i plejesystemet.

Ligeledes er der givet en række eksempler på, hvorledes man i grupperne har aftalt arbejds-gange med henblik på at sikre, at nye borgere relativt hurtigt vil få udarbejdet en døgn- og ugeplan, når de kommer ind i hjemmeplejen.

#### Sammenfatning

KPMG vurderer, at døgn- og ugeplaner er en væsentlig indikator for, hvorvidt der leveres ydelser til faglig kvalitet. Der konstateres en fremgang i brugen af døgn- og ugeplaner i 3. kvartal 2010 sammenlignet med 2. kvartal 2010.

Det konkrete måltal på 90 % er ligeledes opfyldt for SUF for både personlig pleje og praktisk hjælp.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter at der både er bevidsthed om og fokus på, at borgere skal have en døgn- og ugeplan.

---

<sup>5</sup> SUF Administrationsrapport 3. kvartal 2010 tabel 44 s.39



De udførte interviews giver ligeledes indtryk af at der aktivt og bevidst arbejdes med at sikre, at alle borgere har ajourførte døgn- og ugeplaner, som hjælperne benytter, når de leverer hjælpen hos borgerne.

**KPMG anbefaler at**

- Forvaltningen arbejder videre med kvaliteten af døgn- og ugeplaner, således at de alle reelt indeholder uddybning af ydelserne. En uddybning af ydelserne vil også kunne benyttes til en styrkelse af det eksterne tilsyn og til at sikre, at den enkelte hjemmehjælper præcist ved, hvad der skal udføres for borgeren.
- Forvaltningen indarbejder dette som et KPI i den kvartalsrapport, som produceres til det politiske niveau.

### 7.2.5 Medarbejderkontinuitet - leverandøren skal tilstræbe, at ydelsen leveres af en "fast hjælper"

Et væsentligt element i at sikre at ydelser leveres til faglig kvalitet er, at den kommunale leverandør skal tilstræbe, at hjemmehjælpen leveres af en fast hjælper. Konkret har det udmeldte mål fra forvaltningen været at øge andelen af besøg leveret af 1. og 2. hjælper. For nylig er der fastsat et konkret mål herfor på 66 %. Dette er et vejledende mål for lokalområdet.

Måltallet har SUF udregnet på baggrund af en statistisk analyse af antal hjælpere hos borgeren. Da målet er nyligt fastsat, er det endnu ikke fuldt ud kommunikeret i organisationen. Derfor er fokus primært fra forvaltningens side rettet mod den procentvise udvikling fra seneste kvartal.

Udviklingen i medarbejderkontinuitet fremgår i 3. kvartal 2010 administrationsrapport<sup>6</sup>. KPMG har ved enkelte stikprøver kontrolleret disse tal, hvilket ikke gav anledning til bemærkninger. Tallene er gengivet nedenfor.

<sup>6</sup> SUF Administrationsrapport 3. kvartal 2010 i tabel 15 s.19

**Tabel 5 - Udvikling i medarbejder kontinuitet**

| Plejet yngde                                 | Amager      | Bispebjerg/<br>Nørrebro | Indre By/<br>Østerbro | Vanløse/<br>Brønshøj/<br>Husum | Vester-<br>bro/ Kgs.<br>Enghave/<br>Valby | I alt       | Udvikling<br>ift. juni<br>(%-point) |
|--|-------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|
| < 2 timer<br>ugentligt                       | 73 %        | 72 %                    | 72 %                  | 69 %                           | 70 %                                      | 71 %        | -2 %                                |
| 2-3,9 timer<br>ugentligt                     | 60 %        | 57 %                    | 60 %                  | 51 %                           | 60 %                                      | 57 %        | -3 %                                |
| 4-7,9 timer<br>ugentligt                     | 61 %        | 58 %                    | 60 %                  | 53 %                           | 60 %                                      | 59 %        | -2 %                                |
| 8-11,9 timer<br>ugentligt                    | 59 %        | 59 %                    | 62 %                  | 50 %                           | 61 %                                      | 58 %        | -2 %                                |
| 12-19,9 timer<br>ugentligt                   | 55 %        | 58 %                    | 62 %                  | 51 %                           | 58 %                                      | 58 %        | -3 %                                |
| 20 timer<br>ugentligt                        | 50 %        | 45 %                    | 50 %                  | 40 %                           | 50 %                                      | 47 %        | -3 %                                |
| <b>I alt</b>                                 | <b>59 %</b> | <b>59 %</b>             | <b>61 %</b>           | <b>53 %</b>                    | <b>59 %</b>                               | <b>58 %</b> | <b>-2 %</b>                         |
| <b>Udvikling ift.<br/>juni<br/>(%-point)</b> | 0 %         | -4 %                    | -4 %                  | -2 %                           | -1 %                                      | -2 %        |                                     |

Procentdelen for den faste hjælper er fastlagt ved, at der trækkes data for, hvilke hjælpere der har leveret ydelser (primært PDA-data) i én måned til borgeren. De medarbejdere, der har flest og næstflest besøg hos borgeren, er pr. definition primær eller sekundær hjælper i den pågældende måned. Aften- og nattevagt er ikke medtaget, fordi det pr. definition er andre medarbejdere, der leverer ydelser aften og nat.

Det fremgår af kommunens egen undersøgelse, at ingen lokalområder opfylder målsætningen på 66 % medarbejderkontinuitet ud over for den borgergruppe, hvor plejet yngden er under 2 timer ugentligt.

SUF oplyser, at de ser målsætningen på 66 % i en udviklingssammenhæng, hvorfor de også vurderer udviklingen herpå i forhold til seneste kvartalsrapport. Vi konstaterer, at der er en negativ udvikling på 2 %-point i medarbejderkontinuitet siden 2. kvartal. SUF oplyser, at de vurderer målsætningen over en længere periode end et kvartal. Vi bemærker derfor, at de tal, der indgår for medarbejderkontinuitet i 1 kvartal 2010 administrationsrapporten, samlet viser leveret medarbejderkontinuitet på 66 %. Vi konstaterer en negativ udvikling i medarbejderkontinuitet på 8 % siden 1 kvartal 2010.

#### Hvad siger borgerne?

I brugerundersøgelsen svarer i alt 50 % af borgerne, at de er tilfredse eller meget tilfredse med antallet af forskellige hjælpere, der kommer i deres hjem.

Der er 40 %, der er utilfredse eller meget utilfredse med antallet af forskellige hjælpere, der kommer i deres hjem.

Epinions undersøgelse viser samtidig, at 68 % ved, hvem deres faste hjælper er, mens 32 % ikke ved det.

Vi kan konstatere, at der er stor forskel på, hvor tilfredse borgerne er med den medarbejderkontinuitet, de oplever i leveringen af hjælpen.

### Hvad siger medarbejdere og ledere om medarbejderkontinuitet?

I spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere fremgår det, at 79 % svarer, at det i meget høj grad eller i høj grad er de samme medarbejdere, der kommer i borgerens hjem.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejdere fremgår det, at 55 % svarer, at det i meget høj grad eller i høj grad er de samme medarbejdere, der kommer i borgerens hjem. Her er der 16 %, der svarer i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke. Der er en større overbevisning hos gruppelederne på dette område end hos medarbejderne.

Gennem de kvalitative interviews er der spurgt ind til, hvorledes man i hjemmeplejegrupperne arbejder med at sikre medarbejderkontinuitet over for borgerne.

Som udgangspunkt er der blandt både gruppeledere og medarbejdere en stor bevidsthed om målet vedrørende medarbejderkontinuitet hos borgerne. Samtidig er der en bevidsthed om, at det kan være en udfordring at levere medarbejderkontinuitet, da der også skal tages højde for en række andre faktorer, f.eks. plejetyngde hos borgeren, specielt udfordrende og plejetunge borgere, hvor der er behov for flere medarbejdere til at dele opgaven, planlægning af knappe ressourcer ved sygdom eller andet fravær, ferie hos medarbejderne og borgers specifikke ønsker til tidspunkt for levering af hjemmehjælpen og lignende.

Fælles for både gruppeledere og medarbejdere er en klar forståelse for, hvorfor borgere ønsker og gerne vil have, at det så vidt muligt er de samme hjælpere, der kommer i hjemmet. Kontinuitet giver bl.a. tryghed samt styrker den enkelte hjælpers fornemmelse for borgerens behov og rutiner.

Det nyligt fastsatte mål på 66 % for medarbejderkontinuitet kan genkendes af størstedelen af de interviewede lokalområdechefer og hjemmeplejeledere. Blandt gruppeledere og medarbejdere er der endnu ikke det store kendskab til dette konkrete mål. Dette er ikke overraskende set i lyset af, at dette er et nyligt fastsat mål.

Lokalområdechefer og hjemmeplejeledere er generelt opmærksomme på, at medarbejderkontinuitet er et element i at levere faglig kvalitet til borgerne, f.eks. mærker de det også ved, at der løbende bliver fulgt op på det fra forvaltningen (se rapportering i administrationsrapporterne).

På gruppeniveau gives der også udtryk for, at man aktivt arbejder med at sikre medarbejderkontinuitet over for borgerne, bl.a. ved at man flere steder arbejder i en teamstruktur, hvor der typisk er 4-5 medarbejdere i teamet, som så har tildelt en række "faste borgere" i teamet, som de leverer hjemmehjælp til. Generelt fremgår det af de gennemførte interviews, at man på tværs af lokalområder arbejder med, at hjemmehjælperne i videst muligt har "faste borgere". Dette gælder også for de grupper, hvor der eksempelvis ikke arbejdes i en teamstruktur.

I nogle grupper skifter hjælpere bevidst ruter og dermed borgere hver 3. måned. I disse grupper er man stadig bekendt med målet om medarbejderkontinuitet og arbejder fortsat med at levere medarbejderkontinuitet i den periode, borgeren er tilknyttet til gruppen.

Planlæggerne er centrale i forhold til at sikre medarbejderkontinuitet. De er spurgt om, hvorledes de arbejder med at sikre medarbejderkontinuitet. Det fremgår af interviewene, at der planlægges ud fra en skabelon, hvor hjælpere har faste borgere, hvor det er praktisk muligt. Ligeledes giver de interviewede planlæggere udtryk for, at de er beviste om, at det er et mål at levere en høj grad af medarbejderkontinuitet over for borgerne.

### Sammenfatning på medarbejderkontinuitet

Ledelsesinformation viser, at der er et stykke vej endnu, før hjemmeplejen opfylder forvaltningens måltal om, at 66 % af borgerbesøg udføres af en fast hjælper (primær eller sekundær).

40 % af borgerne, der deltog i brugertilfredshedsundersøgelsen er utilfredse eller meget utilfredse med antallet af forskellige hjælpere, der kommer i deres hjem. Dette indikerer, at der ikke leveres til faglig kvalitet på dette område.

Gruppelederne oplever i højere grad end medarbejderne oplever en høj grad af medarbejderkontinuitet, hvilket indikerer, at der ikke er et ensartet billede herpå, da de medarbejdere, der er ude hos borgerne, i mindre grad oplever, at der leveres kontinuitet.

Ud fra de udførte interviews er der hos gruppeledere og planlæggere både forståelse for og fokus på medarbejderkontinuitet i den daglige planlægning af opgaver. Dog kan der være konfliktende interesser i netop at opfylde dette mål, da en vis medarbejderudskiftning hos den enkelte borger samtidig bidrager med en øget indbygget kontrol af, om ydelser leveres som aftalt.

#### KPMG anbefaler at

- Der fastsættes måltal i relation til plejetyngde. F.eks. hvis de borgere, der har < 2 timers hjælp om ugen vil have ét måltal, og de borgere, der modtager > 20 timers hjælp om ugen vil have et andet (lavere) måltal. Måltallet vil i disse 2 eksempler være vidt forskellige, da en høj plejetyngde i sig selv reducerer muligheden for at kunne have faste hjælpere i fuld udstrækning.

Umiddelbart rapporteres der i dag alene på daghjemmeplejen. Vi anbefaler, at der fremadrettet rapporteres på medarbejderkontinuitet for både aften- og daghjemmeplejen.

### 7.2.6 Aflysninger - leverandøren må ikke aflyse ydelser

Et element i at sikre at ydelser leveres til faglig kvalitet er, at den kommunale leverandør som udgangspunkt ikke aflyser hjemmehjælp.

Hjemmehjælpen (ydelsen) kan godt flyttes til et senere tidspunkt.

Konkret arbejder SUF med målsætningen om at de:

- Ikke aflyser besøg vedrørende personlig pleje - besøg kan ikke flyttes til et andet tidspunkt (mindre ændringer vedrørende tidspunkt på dagen kan forekomme)
- Ikke aflyser besøg vedrørende praktisk hjælp - men besøg kan godt flyttes til et andet tidspunkt.

Borgere har til hver en tid mulighed for selv at aflyse ydelser. F.eks. hvis borgeren er på ferie eller hospitalsindlagt, eller hvis borgeren har fået hjælp fra pårørende eller lignende, og der derfor ikke eksisterer et behov for at modtage ydelsen.

Udviklingen i antal aflyste besøg fremgår af 3. kvartal 2010 administrationsrapporten<sup>7</sup>. Tallet er gengivet nedenfor.

**Tabel 6 - Antal planlagte og aflyste besøg i hjemmeplejen**

|                            | Amager  | Bispebjerg/<br>Nørrebro | Indre By/<br>Østerbro | Vanløse/<br>Brønshøj/<br>Husum | Vesterbro/<br>Kgs. Eng-<br>have/<br>Valby | I alt          | 3 kvartal<br>2009 |
|----------------------------|---------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|---|----------------|-------------------|
| <b>Daghjemmepleje</b>      |         |                         |                       |                                |   |                |                   |
| <b>Planlagte besøg</b>     | 116.852 | 135.060                 | 117.933               | 103.519                        | 124.965                                   | <b>598.329</b> | 646.642           |
| <b>Aflyste besøg</b>       | 7.952   | 10.636                  | 10.672                | 6.273                          | 10.166                                    | <b>45.699</b>  | 42.598            |
| <b>Andel aflyste besøg</b> | 7 %     | 8 %                     | 9 %                   | 6 %                            | 8 %                                       | <b>8 %</b>     | 7 %               |
| <b>Aftenhjemmepleje</b>    |         |                         |                       |                                |   |                |                   |
| <b>Planlagte besøg</b>     | 68.372  | 74.700                  | 60.413                | 50.689                         | 59.347                                    | <b>313.521</b> | 334.614           |
| <b>Aflyste besøg</b>       | 3.489   | 4.366                   | 4.215                 | 2.696                          | 3.164                                     | <b>17.930</b>  | 17.363            |
| <b>Andel aflyste besøg</b> | 5 %     | 6 %                     | 7 %                   | 5 %                            | 5 %                                       | <b>6 %</b>     | 5 %               |

Tabellen viser antal planlagte og aflyste besøg samt andel aflyste besøg i 3. kvartal 2010. Det bemærkes at tabellen kun opgøres for den kommunale hjemmepleje, og den inkluderer ikke Døgnbasen.

Som dokumentation på indholdet af tabel 6 i administrationsrapporten har vi modtaget aflysningsårsager og eksempel på specifikation pr. borger for "fejl i planlægningen".

Vi kan konstatere, at SUF tilsyneladende har en udfordring med at foretage periodisering, idet dokumentationsstaben trækker data, før alle data er godkendt af planlægger/gruppen. Det betyder, at der kan mangle besøg i tabellen, da data først overføres til statistikmodullet, når planer er godkendt af gruppeleder/planlægger. Der er kun i begrænset omfang efterfølgende konstateret opdateringer, ca. 1 % flere i 3. kvartal. Vi er bekendt med, at der er en instruks under udarbejdelse for årsager til aflysninger. Dette vurderes som et godt tiltag til at styrke anvendeligheden af statistikken. Vi er også bekendt med, at det systemmæssigt er muligt at trække aflysningsårsager, men at det for nuværende ikke er muligt at kategorisere dem.

Det fremgår af tabellen, at det samlede antal aflysninger i daghjemmeplejen ligger på 8 % og antal aflysninger i aftenhjemmeplejen svarer til 6 %.

I daghjemmeplejen er den laveste aflysningsgrad 6 % i lokalområde Vanløse/Brønshøj/Husum, den højeste aflysningsgrad er 9 % i lokalområde Indre By/ Østerbro.

I aftenhjemmeplejen er den laveste aflysningsgrad 5 %, hvilket gælder for 3 lokalområder, den højeste aflysningsgrad er 7 % i lokalområde Indre By/ Østerbro<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> SUF Administrationsrapport 3. kvartal 2010 i tabel 14 s.18

<sup>8</sup> Aftenhjemmepleje omfatter også aftensygepleje, da det systemmæssigt ikke er muligt at adskille disse.

Sammenlignet med niveauet fra 3. kvartal 2009 har både dag- og aftenhjemmeplejen 1 % flere aflysninger, det vil sige en negativ udvikling fra 2009.

#### Hvad siger medarbejdere og ledere om aflysninger

I de gennemførte interviews med gruppeledere og hjemmehjælpere fremgår det at den lave procentvise aflysningsgrad i aftenplejen i forhold til dagplejen umiddelbart kan forklares med, at aftenplejens ydelser til borgerne primært er personlig pleje. Derfor er der i aftenhjemmeplejen langt større praksis for at indkalde vikarer, hvis de faste medarbejdere er fraværende, da disse ydelser skal leveres og ikke kan flyttes.

I daghjemmeplejen er man tilbageholdende med at indkalde vikarer, hvorfor udfordringen med at levere alle visiterede ydelser kan forekomme større. Praksis i brugen af vikarer i henholdsvis dag- og aftenhjemmeplejen skinner tydeligt igennem i interviewene med ledere og medarbejdere, men ud over de kvalitative data har KPMG ikke yderligere dokumentation for forbruget af vikarer.

Vi har ikke umiddelbart haft adgang til ledelsesrapportering, som samlet viser andel af aflysninger relateret til årsagskategorier. SUF oplyser, at det er muligt at levere data på aflysninger. På baggrund af det modtagne materiale, er det ikke muligt at kommentere på, hvilke årsager der ligger til grund for statistikken på aflysninger. Dette betyder, at de 8 % aflysninger i daghjemmeplejen består af både aflysninger fra borgere, hvilket er i orden, samt aflysninger fra hjemmeplejen, altså hvor borgeren reelt ikke har modtaget ydelsen som aftalt pga. fejl i planlægningen m.v. fra leverandøren.

Vi vurderer det hensigtsmæssigt, at SUF fremadrettet sikrer data på aflysningsårsager. Hvis ikke dette er muligt, er der begrænset styringsmæssig værdi i at rapportere og fokusere på aflysninger af planlagte besøg.

KPMG har efterspurgt hvorvidt der er dokumentation for omfanget af flyttede besøg, men systemmæssigt registreres disse data ikke. Derfor er der ikke et konkret datagrundlag at kommentere på for denne del.

I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt ind til både omfanget af aflysninger samt omfanget af flytning af ydelser.

Blandt gruppeledere fremgår det, at 91 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever **flytning** af ydelser vedrørende **personlig pleje**. 100 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever, at ydelser vedrørende personlig pleje **aflyses**.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere fremgår det, at 60 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever **flytning** af ydelser vedrørende **praktisk hjælp**. 95 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever, at ydelser vedrørende personlig pleje **aflyses**.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejdere fremgår det, at 75 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever **flytning** af ydelser vedrørende **personlig pleje**. 84 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever, at ydelser vedrørende personlig pleje **aflyses**.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejdere fremgår det, at 58 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever flytning af ydelser vedrørende **praktisk hjælp**. Her er der 17 %, der svarer ved ikke.

På samme spørgsmål fremgår det, at 69 % svarer, at de i mindre grad eller i ringe grad/slet ikke oplever, at ydelser vedrørende praktisk hjælp **aflyses**. Her er der 18 %, der svarer ved ikke.

I de gennemførte interviews med ledere og medarbejdere har vi spurgt til oplevelsen af omfanget af aflysninger ved borgerne. Den overordnede tilbagemelding fra de interviewede gruppeledere og hjemmehjælpere er, at man ikke aflyser besøg vedrørende personlig pleje, disse besøg udskydes heller ikke i væsentligt omfang. På dette punkt var der stor overbevisning hos de adspurgte og retningslinjerne vedrørende aflysning af personlig pleje var kendt af alle.

I forbindelse med ydelser der relaterer sig til praktisk hjælp er den overordnede tilbagemelding fra de interviewede gruppeledere og medarbejdere, at man som udgangspunkt ikke aflyser besøg vedrørende praktisk hjælp, men i praksis kan disse besøg godt udskydes for at få planlægningen til at gå op. Gruppelederne og planlæggere udtrykker modvilje mod at skulle aflyse ydelser, derfor er tilbagemeldingen fra disse interviews også, at man "skal" få køreplanen til at gå op. Dette betyder i praksis, at der i nogle tilfælde er ekstra tidspres på hjælperne, så de kan nå "lidt" mere end ellers planlagt.

I de gennemførte interviews med planlæggerne nævner de også, at der er en række udfordringer forbundet med at undgå aflysninger. Eksempelvis er der et højt sygefravær i medarbejdergruppen, som naturligvis indvirker negativt på omfanget af ressourcer der er til rådighed. Prognosen for sygefravær i 2010 er i administrationsrapporten estimeret til 18,8 sygedage pr. fastansat medarbejder<sup>9</sup>.

I interviewene med de private leverandører er indtrykket vedrørende aflysninger det samme som ved de kommunale leverandører. Ifølge de private leverandører aflyser de som udgangspunkt heller ikke besøg hos borgerne, og i de tilfælde det er nødvendigt, forsøges der altid at blive lavet en ny aftale. KPMG har ikke data, der bekræfter interviewpersonernes opfattelse.

### Sammenfatning

Vi vurderer, at oplysningerne i administrationsrapporten omkring aflysninger er tilstrækkeligt valide til, at de kan benyttes i denne analyse.

Overordnet set er det vores vurdering, at der kun i begrænset omfang aflyses besøg. Besøg vedrørende praktisk hjælp flyttes i nogen udstrækning (ved ressourcemangel), men det er ofte gjort for at sikre, at ydelser vedrørende personlig pleje kan leveres.

Data fra spørgeskemaundersøgelsen indikerer at der blandt gruppelederne er en større overbevisning om, at der ikke aflyses besøg. Denne overbevisning er noget mindre hos medarbejderne, men her konstateres der en stor andel af ved ikke besvarelser.

De gennemførte interviews giver et klart indtryk af, at man er bevidst om ikke at aflyse besøg vedrørende personlig pleje fra både gruppeledere og medarbejdere.

Det konstateres, at der i den udarbejdede ledelsesinformation på andel af aflysninger ikke fremgår årsag til aflysning. Vi vurderer derfor, at disse data ikke i sig selv er et brugbart værktøj til at føre reel kontrol med antal aflysninger. På baggrund af de udførte interviews er der et klart billede af, at der fra hjemmeplejens side generelt ikke accepteres aflysninger. I

<sup>9</sup> SUF Administrationsrapport 3. kvartal 2010 i tabel 4 s.43



praksis arbejdes der med, at besøg på praktisk hjælp kan flyttes, men der flyttes ikke besøg på personlig pleje.

## 7.3 Brugernes tilfredshed med den leverede service?

Den anden del af nøglespørgsmål 1 vedrører brugernes tilfredshed med den leverede service. I denne del indgår den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse samt klagestatistikken i besvarelsen.

### 7.3.1 Brugertilfredshed

For at vurdere brugernes tilfredshed med den leverede service har Epinion i november 2010 gennemført en brugeranalyse på vegne af SUF.

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser, at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne. Isoleret set er der henholdsvis 89 % og 78 %, der er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje og den praktiske hjælp hver for sig

#### Borgernes behov og den faktiske hjælp

Vi har ud over tilfredsheden med de leverede ydelser også undersøgt borgernes opfattelse af, om de føler sig informeret om den hjælp, de er berettiget til, om hjælpen svarer til det, som borgerne mener de har brug for, og om borgerne oplever de får den hjælp, de er blevet tildelt af kommunen.

Analysen viser, at over 79 % af borgerne mener at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp hos dem, som de er blevet tildelt fra kommunen.

Der er 64 %, der mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet informeret om, hvilken hjælp de er berettiget til.

Vedrørende den modtagne hjælp oplyser 91 % af borgerne, at de har fået den planlagte hjælp på deres seneste besøg. Dette indikerer på, at borgerne generelt modtager de ydelser, de er berettiget til.

#### Sammenfatning

Vi vurderer, at den høje andel af borgere, som mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp, som de er blevet tildelt fra kommunen, er en indikation på, at borgerne i overvejende grad modtager den hjælp, de er berettiget til.

### 7.3.2 Klagestatistik

En indikator på hvorvidt ydelser leveres til faglig kvalitet, og om brugerne er tilfredse med de leverede ydelser, er klagestatistik.

Vi har ikke fået oplyst et konkret mål på, hvad der er et acceptabelt niveau for antal klager. Men det fremgår af møder med forvaltningen at de løbende forholder sig til udviklingen på området. Altså ved en væsentlig negativ udvikling (afvigelse) reageres der. Vi er oplyst om, at SUF kvartalsvis udsender en oversigt over klager bilagt kopi af enhedernes udfyldte indberetningsskemaer til Borgerrådgiveren (som er kommunens uvildige instans i forhold til forvaltningerne). På denne baggrund foretager Borgerrådgiveren stikprøvekontrol og rekvirerer i den forbindelse samtlige akter i de sager, som udvælges.



KPMG har fra SUF modtaget data vedrørende klager fra borgerne i perioden 3. kvartal 2007 til 3. kvartal 2010. SUF opdeler klagerne i 4 kategorier: "Afgørelser", "Praktisk opgaveløsning", "Personalets adfærd" og "Andet". Nedenstående tabel viser en samlet oversigt over klagerne.

**Tabel 7 - Oversigt over borgerklager i SUF i perioden 3. kvartal 2007 - 3. kvartal 2010**

| Kvartal         | Antal klager i alt | Klager vedr. praktisk opgaveløsning |              | Klager vedr. personalets adfærd |              | Klager vedr. "andet" |              |                  |
|-----------------|--------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|----------------------|--------------|------------------|
|                 |                    | Medhold                             | Ikke medhold | Medhold                         | Ikke medhold | Medhold              | Ikke medhold |                  |
| 3. kvartal 2007 | 66                 | 27                                  | 4            | 13                              | 3            | 5                    | 5            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 12                   |              |                                 |              | Delvis medhold 5     |              | Delvis medhold 0 |
|                 |                    | Ikke medhold 4                      |              |                                 |              | Ikke medhold 3       |              | Ikke medhold 5   |
| 4. kvartal 2007 | 72                 | 25                                  | 3            | 2                               | 1            | 8                    | 8            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 2                    |              |                                 |              | Delvis medhold       |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 8                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 4   |
| 1. kvartal 2008 | 89                 | 30                                  | 3            | 10                              | 3            | 4                    | 4            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 5                    |              |                                 |              | Delvis medhold 3     |              | Delvis medhold 0 |
|                 |                    | Ikke medhold 5                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 2   |
| 2. kvartal 2008 | 73                 | 18                                  | 3            | 10                              | 3            | 9                    | 9            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 11                   |              |                                 |              | Delvis medhold 8     |              | Delvis medhold 2 |
|                 |                    | Ikke medhold 2                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 2   |
| 3. kvartal 2008 | 83                 | 27                                  | 3            | 9                               | 3            | 7                    | 7            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 8                    |              |                                 |              | Delvis medhold 3     |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 6                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 1   |
| 4. kvartal 2008 | 72                 | 14                                  | 3            | 4                               | 3            | 5                    | 5            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 3                    |              |                                 |              | Delvis medhold 0     |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 2                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 2   |
| 1. kvartal 2009 | 71                 | 26                                  | 3            | 6                               | 3            | 4                    | 4            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 5                    |              |                                 |              | Delvis medhold 3     |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 6                      |              |                                 |              | Ikke medhold 0       |              | Ikke medhold 0   |
| 2. kvartal 2009 | 64                 | 10                                  | 3            | 2                               | 2            | 4                    | 4            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 2                    |              |                                 |              | Delvis medhold 1     |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 1                      |              |                                 |              | Ikke medhold 0       |              | Ikke medhold 0   |
| 3. kvartal 2009 | 46                 | 28                                  | 3            | 1                               | 1            | 4                    | 4            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 6                    |              |                                 |              | Delvis medhold 0     |              | Delvis medhold 0 |
|                 |                    | Ikke medhold 10                     |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 3   |
| 4. kvartal 2009 | 63                 | 20                                  | 3            | 2                               | 2            | 1                    | 1            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 5                    |              |                                 |              | Delvis medhold 1     |              | Delvis medhold 0 |
|                 |                    | Ikke medhold 6                      |              |                                 |              | Ikke medhold 0       |              | Ikke medhold 0   |
| 1. kvartal 2010 | 47                 | 27                                  | 3            | 4                               | 3            | 4                    | 4            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 5                    |              |                                 |              | Delvis medhold 2     |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 11                     |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 1   |
| 2. kvartal 2010 | 35                 | 17                                  | 3            | 4                               | 3            | 5                    | 5            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 8                    |              |                                 |              | Delvis medhold 2     |              | Delvis medhold 1 |
|                 |                    | Ikke medhold 4                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 2   |
| 3. kvartal 2010 | 50                 | 21                                  | 3            | 3                               | 3            | 8                    | 8            |                  |
|                 |                    | Delvis medhold 5                    |              |                                 |              | Delvis medhold 0     |              | Delvis medhold 2 |
|                 |                    | Ikke medhold 7                      |              |                                 |              | Ikke medhold 1       |              | Ikke medhold 3   |

I tabellen er klager vedrørende "afgørelser" udelukkende medtaget i kolonnen "Antal klager i alt" og indgår ikke i den efterfølgende analyse. Klager vedrørende afgørelser er ikke genstand for nærmere analyse, da analysen ikke omhandler visitationen i SUF. Borgerklager vedrørende afgørelser relaterer sig til afgørelser fra visitationen.

Den følgende analyse af borgerklager er afgrænset til den praktiske levering af hjemme-hjælp, hvor der er en direkte sammenhæng til den udførende del af hjemmeplejen, hvilket betyder at analysen indeholder klager vedrørende praktisk opgaveløsning, personalets adfærd og "andet".

En borgerklage kan indeholde klager omhandlende flere kategorier. Når det i eksempelvis 2. kvartal 2010 fremgår, at der er 35 borgerklager, er der registreret 35 henvendelser fra borgere, men én henvendelse kan godt omhandle flere forhold.

SUF oplyser, at klagestatistikken, som er givet til undersøgelsen, angår hele den periode, hvor der er foretaget en central registrering af klager (fra 2007 og frem). I sommeren 2009 blev indberetningsproceduren evalueret, og i forlængelse heraf blev procedure og indberetningsskema revideret. Siden denne tilpasning fremgår sagernes udfald efter det oplyste i alle tilfælde af indberetningsskemaerne.

I de udleverede data fra SUF er der en del af de registrerede klager, hvor udfaldet af klagen ikke er registreret. Der fremgår ikke årsag for den manglende registrering. Dermed kan der være afvigelser i samlede antal klager vedrørende et emne og antallet af afgørelser i udfaldsrækkerne.

Tabel 7 viser, at antallet af borgerklager i SUF generelt er faldende. Gennemsnittet pr. kvartal i antal borgerklager var i 2007 69, i 2008 79, i 2009 61, mens det gennemsnitlige antal klager pr. kvartal i 2010 i de 3 første kvartaler har været 44.

Langt størstedelen af borgerklager vedrører afgørelser, mens kun en lille del er klager om personalets adfærd eller andre forhold.

#### Klager vedrørende den praktiske opgaveløsning

Antallet af klager fra borgerne vedrørende den praktiske opgaveløsning har været konstant gennem den periode, juridisk afdeling systematisk har registreret klager. Gennemsnittet af klager vedrørende den praktiske opgaveløsning pr. kvartal i 2010 21,6. Af de i alt 93 borgerklager vedrørende den praktiske opgaveløsning, der er registreret i 2010, er der **ikke** givet medhold i de 31 af dem.

Samlet set kan det fastslås, at antallet af klager over den praktiske opgaveløsning i forhold til antal leverede ydelser er lavt, hvilket indikerer, at ydelser leveres til faglig kvalitet.

#### Klager vedrørende personalets adfærd

Siden borgerklager er registreret i juridisk afdeling fra 3. kvartal 2007, er der bemærket følgende antal klager vedrørende personalets adfærd:

Tabel 8 - Oversigt over klager over personalets adfærd

| År                          | Antal klager over personalets adfærd | Antal klager over personalets adfærd minus klager med afgørelsen "ikke medhold" |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|
| 2007 (3. og 4. kvartal)     | 15                                   | 11  |
| 2008                        | 33                                   | 29  |
| 2009                        | 11                                   | 10  |
| 2010 (1., 2. og 3. kvartal) | 11                                   | 8   |

Tabellen viser, at der i forhold til antal leverede besøg ved borgerne i SUF er et meget lille antal formelle klager over personalets adfærd. Dette indikerer, at personalet leverer ydelser til faglig kvalitet.

#### Klager via Klagerådet

Pr. 1. juli 2010 er der indført nye klageregler. Konkret betyder det, at Klagerådet er blevet nedlagt, og de klager, som rådet tidligere behandlede, nu behandles direkte i Det Sociale Nævn eller den myndighed, der har truffet afgørelsen. Indtil 1. juli 2010 behandlede Klagerådet klager fra borgerne vedrørende §§ 83 og 84 i serviceloven. Vi er orienteret om, at behandling af klager i klagerådene blev fremskyndet på grund af nedlæggelsen i 2010. Dette kan have betydning for, at der er behandlet flere klager i 1. og 2. kvartal 2010 end for samme periode 2009.

Det skal bemærkes, at ovenstående klagestatistik fra SUF ikke i fuldt omfang inkluderer klager, der er behandlet i Klagerådet. De klager, som Klagerådet behandlede, blev ikke automatisk registreret i SUF's juridiske afdeling. Proceduren var i stedet, at udførerenheden, når klagen var behandlet i Klagerådet, og man havde fået besked om udfaldet, selv skulle anmelde den til juridisk afdeling, hvor den kunne registreres i den samlede opgørelse for SUF. Praksis var dog, at denne tilbagemelding til juridisk afdeling ikke altid skete, hvorfor et antal klager over SUF, som Klagerådet har behandlet, ikke er registreret og medregnet i ovenstående analyse.

På baggrund af de informationer der foreligger, er det ikke muligt at give et konkret skøn over antallet af klager, der ikke indgår i den officielle statistik. Men overordnet kan det konstateres, at Klagerådet i 2008 behandlede 41 klagesager fra borgerne i SUF og 39 i 2009.

#### Sammenfatning

Det samlede antal klager vedrørende praktisk opgaveløsning og personalets adfærd er lavt og kan ses som en indikation af, at ydelser leveres til faglig kvalitet. Vi kan se, at der i Klagerådet er behandlet flere klager i 2010 indtil 3. kvartal, end der er i hele 2009. Dette kan indikere en stigende mængde af samlede borgerklager. Vi noterer, at nedlæggelse af Klagerådet i 2010 kan have indvirket, at der blev behandlet flere klager i 1. og 2. kvartal 2010 end for samme periode 2009.

Vi vurderer, at der er en vis usikkerhed om det konkrete antal klagesager, der indgår i den klagestatistik, der er modtaget fra SUF.

## 7.4 Delkonklusion spørgsmål 1

Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?

Analysen af nøglespørgsmål 1 identificerer, at der er en række indikatorer, som viser, at borgerne overordnet modtager de visiterede ydelser, som de har krav på.

På baggrund af den udførte efterkontrol kan vi konstatere, at borgerne har modtaget de ydelser, som de har krav på for den pågældende dag, kontrollen blev gennemført. Kontrollen viser, at 90 % af de adspurgte borgere svarede ja til, at de har haft besøg af hjemmeplejen den pågældende dag. Kun 1 % af de adspurgte borgere svarede, at ydelser ikke blev leveret som planlagt på grund af, at leverandøren ikke dukkede op.

Dog er der 17 % af borgerne, der generelt oplever, at de ikke altid modtager de ydelser, de mener, de er berettiget til. Dog er der for disse oplyst en række årsager, som forklarer dette relativt høje tal, eksempelvis at borgerne selv klarer opgaverne. Der kan også indgå nogle borgere i denne del af undersøgelsen, hvor der ikke fuldt ud er afstemt forventninger til ydernes omfang, hvilket så resulterer i en negativ besvarelse.

I brugertilfredshedsundersøgelsen fremgår det, at over 79 % af borgerne mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp, som de er blevet tildelt fra kommunen. Dette er en stærk indikation på, at borgerne i overvejende grad modtager den hjælp, de er berettiget til.

For at kunne vurdere om ydelser leveres til faglig kvalitet, er en række indikatorer analyseret. I analysen er der identificeret flere datakilder, som viser, at der i SUF er fokus på, at borgere har en døgn- og ugeplan. Der følges op på dette på de forskellige organisatoriske niveauer, og der ligger konkrete data på, at man efterlever gældende mål herfor. Dette ses som et logisk bevis på, at der leveres til faglig kvalitet.

Vi vurderer også, at der er en synlig fokus på at levere medarbejderkontinuitet over for borgerne. Dog er der forskel på, i hvilken grad henholdsvis gruppeledere og medarbejdere oplever, at der leveres medarbejderkontinuitet. KPMG gør opmærksom på, at der kan være modsatrettede interesser i at levere høj medarbejderkontinuitet, da en vis udskiftning af medarbejdere hos den enkelte borger i praksis kan være en indbygget kvalitetssikring af, om ydelser leveres til forventet kvalitet.

Den tilgængelige data på om ydelser aflyses eller flyttes viser, at der for personlig pleje-ydelser er stor overbevisning om, at disse ydelser ikke aflyses eller flyttes (i nævneværdig grad). For ydelser vedrørende praktisk hjælp tilkendegives der en accept af, at disse ydelser ikke aflyses, men at disse ydelser godt må flyttes. Der foreligger ikke konkrete data fra forvaltningen herpå. Konklusionen bygger derfor alene på de kvalitative interviews.

Resultaterne af det eksterne tilsyn i 2009 hos SUF viser en væsentlig fremgang i forhold til 2008. Denne udvikling er med til at underbygge, at der leveres ydelser til faglig kvalitet. Vi oplever i de gennemførte interviews, at det eksterne tilsyn bidrager til en generel kvalitetssikring af, hvordan ydelser leveres.

### Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser overordnet, at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne. Dette er en indikation af, at borgerne modtager de ydelser, de har krav på, og er tilfredse med den leverede service.

Klagestatistikken indikerer, hvorvidt borgere modtager ydelser til faglig kvalitet, og om de er tilfredse med de leverede ydelser. Der er for nærværende ikke defineret et konkret mål på, hvad der er et acceptabelt niveau for antal berettigede klager.

I denne undersøgelse er det interessant at vurdere udviklingen i klager vedrørende den praktiske opgaveløsning (udførelsen) og personalets adfærd. Hvor der samlet set for den praktiske opgaveløsning kan konstateres et lavt antal klager i forhold til antal leverede ydelser. Dette bestyrker, at ydelser leveres til faglig kvalitet. Der konstateres dog en mindre stigning i antallet af klager i 2010.

For klager vedrørende personalets adfærd er der også registreret et lavt antal klager i forhold til leverede besøg. Dette indikerer også, at personalet leverer ydelser til faglig kvalitet.

## 8 Nøglespørgsmål 2

I nøglespørgsmål 2 har undersøgelsen til formål at afdække og besvare:

Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'er m.v. og gældende kontrakter for private leverandører?

### 8.1 Datagrundlag

I besvarelse af nøglespørgsmål 2 vil følgende datakilder indgå som grundlag for vores besvarelse:

- Eksisterende materiale og data vedrørende retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur:
  - Centrale retningslinjer og vejledninger
  - Kvalitetsstandarder
  - Kontrakter mellem Københavns Kommune og private leverandører
  - Godkendelsesprocedurer for private leverandører
- Spørgeskemaundersøgelse af gruppeledere og medarbejdere
- Interviews med ledere på alle niveauer
- Interviews med medarbejdere
- Interviews med disponenter og koordinatore (planlæggere)
- Interviews med private leverandører.

### 8.2 Vurdering af kommunens retningslinjer

#### 8.2.1 Udgangspunkt for vurdering af kommunens retningslinjer

Retningslinjer og målsætninger defineres således, at der tages udgangspunkt i de retningslinjer og målsætninger, der har direkte betydning for levering af hjemmehjælp til borgere i Københavns Kommune.

I samarbejde med de to forvaltninger er der udarbejdet en definition opdelt i tre grupper af retningslinjer. Vores analyse tager afsæt i disse tre grupper af retningslinjer:

1. **Gennemgående retningslinjer** - gælder både ved normal drift og i situationer med afvigelser
2. **Retningslinjer ved normal drift** - gælder i en normal driftssituation

**3. Retningslinjer ved afvigelser** - gælder i en driftssituation der afviger fra normalsituationen.

Besvarelsen af nøglespørgsmål 2 fokuserer på, hvorvidt medarbejdere er bekendt med væsentlige retningslinjer samt målsætningerne for arbejdskultur. Samtidig fokuseres på, hvordan retningslinjerne og målsætninger er formidlet i organisationen.

I besvarelsen af den første del af nøglespørgsmål 2: "*Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer*" indgår de tre typer af retningslinjer som analyseområder i besvarelsen.

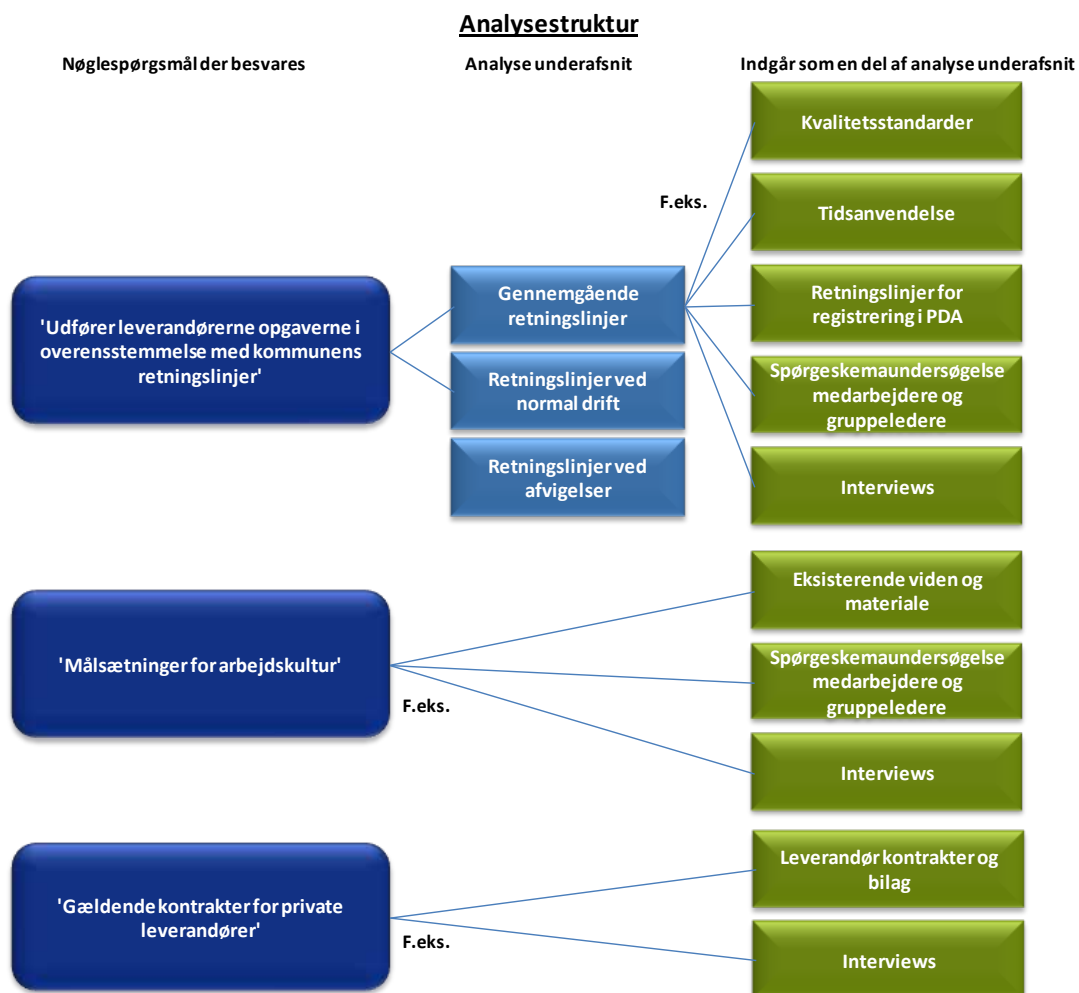
I besvarelsen af den del af nøglespørgsmål 2, som vedrører: "*målsætninger for arbejdskultur*" er der udarbejdet et separat analysedelafsnit. Viden indsamlet fra de gennemførte interviews er i denne del en central datakilde.

I besvarelsen af den sidste del af nøglespørgsmål 2, der vedrører om leveringen af ydelser leveres inden for: "*gældende kontrakter for private leverandører*", er der ligeledes udarbejdet et kort separat delanalyseafsnit.

For en uddybning af processen for fastlæggelse af centrale retningslinjer, se afsnit 3.2.



Analyselstrukturen er illustreret nedenfor:



## 8.2.2 Kommunens retningslinjer generelt

Nedenfor fremgår de retningslinjer og målsætninger, som SUF har oplyst er centrale i forhold til at kunne analysere, hvorvidt ydelser leveres i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur.

**Tabel 9 - Retningslinjer, og målsætninger for arbejdskultur**

| Type                            | Navn   | Formål   | Seneste ud-gave  | Kommentar   |
|---------------------------------|--|--|--|---|
| Gennemgående retningslinjer     | Kvalitetsstandarder  | Uddyber hvilke ydelser borgerne kan modtage, og deres omfang m.v.  | 2010   |   |
|                                 | Tidsanvendelse   | Uddyber de retningslinjer der gælder med medarbejdernes tidsanvendelse.  | August 2010  | Retningslinjerne er udarbejdet pr. lokalområde. Ikke for hele SUF |
|                                 | Retningslinjer for registrering i KOS/PDA  | Digital platform for al sundhedsfaglig dokumentation i SUF samt registrering af tidsforbrug hos borgere.             |  |   |
| Retningslinjer ved normal drift | "Vejledning til sundhedsfaglig dokumentation i hjemmeplejen og sygeplejen"                             | At sikre ensartet dokumentationspraksis og lever op til gældende lovgivning og politikker                            | Maj 2010   |   |
|                                 | Fast hjælper   | Beslutning i forbindelse med budgetforlig for 2009.<br><br>Konkrete retningslinjer er ikke umiddelbart identificeret | 2009   |   |
| Retningslinjer ved afvigelser   | "Forgæves gang - Gul personalemappe.<br><br>Notat vedrørende ændringer i regler af 17. september 2009. | Vejlede medarbejderne i forhold til hvordan de skal argere ved forgæves gang ved en borger                           | Juli 2009<br><br>Notat: 17. september 2009                         |   |
|                                 | Oplysnings- og tilbagemeldingspligt  |  | Service-loven § 88 samt vejledning om personlig og praktisk hjælp. |   |

Som nævnt i afsnit 1.2.1 har det været væsentligt for os at få indblik i, hvad SUF anser for de vigtigste retningslinjer, som eksempelvis en ny medarbejder informeres om. Det har ikke umiddelbart været muligt at kortlægge et fælles sæt retningslinjer på samtlige de undersøgte områder, som på tværs af forvaltningens lokalområder er tilgængelige og kendt for medarbejdere og ledere.

I vores analyse har vi derfor taget afsæt i ovennævnte overordnede retningslinjer ud fra en antagelse om, at retningslinjerne direkte eller indirekte er udmøntet af eksempelvis gruppeledere og formidlet til medarbejdere.

Når vi i det efterfølgende analyserer kendskabet til de enkelte retningslinjer, er der en indbygget risiko for, at konklusionerne bygger på gruppeledernes og medarbejdernes egne antagelser om, hvad de nævnte retningslinjer omfatter

#### Hvad viser spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere og medarbejdere i SUF generelt om retningslinjer og målsætninger?

I spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere og medarbejdere er der stillet spørgsmål vedrørende oplevelsen af, hvorvidt der er klare retningslinjer for levering af hjælpen hos borgerne. Ligeledes er der stillet spørgsmål om, hvorvidt gruppelederne og medarbejderne efterlever disse retningslinjer.

Spørgeskemaundersøgelsens resultater viser:

- at både gruppeledere (95 %) og medarbejdere (87 %) i høj eller meget høj grad oplever, at der findes klare retningslinjer for, hvordan medarbejdere skal udføre deres arbejdsopgaver ude hos borgerne.

Vi konstaterer, at både gruppeledere og medarbejdere er bevidste om, at der foreligger klare retningslinjer for at udføre arbejdsopgaver.

- at både gruppelederne (95 %) og medarbejderne (95 %) i høj eller meget høj grad oplever, at deres medarbejdere efterlever de aftalte retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaverne ude hos borgerne

Vi konstaterer, at både gruppeledere og medarbejdere i høj grad (efter eget udsagn) efterlever de foreliggende retningslinjer for at udføre arbejdsopgaverne.

#### Sammenfatning

Vi kan konstatere, at gruppeledere og medarbejdere tilkendegiver, at de i høj grad har kendskab til og efterlever retningslinjer og målsætninger.

Vi må dog også konstatere, at det ikke entydigt er defineret, hvilke retningslinjer og målsætninger der bør være kendskab til.

**KPMG anbefaler overordnet set at forvaltningen:**

- Definerer hvilke konkrete retningslinjer en ny medarbejder skal informeres om for derefter at sikre konsistens i formidlingen af de væsentligste retningslinjer. Retningslinjerne kan med fordel være samlet i en håndbog eller lignende.
- Løbende følger op på, at centrale retningslinjer opdateres og kommunikeres i organisationen.

Nedenfor følger en gennemgang af de enkelte retningslinjer.

### 8.2.3 Gennemgående retningslinjer

Følgende gennemgående retningslinjer indgår i analysen:

- Kvalitetsstandarder
- Retningslinjer for tidsanvendelse
- Anvendelse af KOS og PDA.

Disse retningslinjer er gennemgående for levering af ydelser og gælder både ved normal drift og i situationer med afvigelser.

#### 8.2.3.1 Kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarderne er den faglige standard for de ydelser, der leveres hos borgerne i hjemmeplejen. Den primære målgruppe er de borgere i Københavns Kommune over 65 år, der har brug for hjemmehjælp, og sekundært de medarbejdere der skal levere den.

Kvalitetsstandarderne ajourføres og vedtages én gang årligt af Sundheds- og Omsorgsudvalget. De nuværende kvalitetsstandarder er dateret "2010". Kvalitetsstandarderne er tilgængelige på kommunens hjemmeside.

Når kvalitetsstandarderne er vedtaget, implementeres ændringerne i organisationen, bl.a. med hjælp fra faglige konsulenter. Formidlingen af ændringerne af kvalitetsstandarderne til medarbejderne er dog primært de enkelte gruppelederes ansvar.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om kvalitetsstandarderne?

Gruppeledere og hjemmeplejeledere giver i de gennemførte interviews udtryk for, at kvalitetsstandarderne er styrende for planlægning og gennemførelse af opgaverne. Det fungerer således, at kvalitetsstandarderne benyttes ved tvivlstilfælde eller som baggrundsinformation, før en ydelse skal planlægges og leveres.

Gruppeledere og i mindre grad medarbejdere giver i de gennemførte interviews udtryk for, at kvalitetsstandarderne er det centrale dokument for at forstå og levere ydelser hos borgerne.

Gruppeledere får primært deres viden om, at kvalitetsstandarderne efterleves via deres egen kontakt direkte med borgere og pårørende og/eller medarbejders tilbagemelding på besøg ved borgeren. Sekundært indgår der også en vurdering af kvalitetsstandarderne gennem visitators besøg i hjemmet samt det eksterne tilsyn

### Sammenfatning

Vi konstaterer, at kvalitetsstandarderne som udgangspunkt er opdateret og kendt i organisationen. Vi noterer os, at formidlingen af kvalitetsstandarderne påhviler den enkelte gruppeleder.

På baggrund af de udførte interviews vurderer vi, at ledere og til dels medarbejdere ser kvalitetsstandarderne som et centralt dokument for at levere ydelsen inden for de udstukne rammer.

#### 8.2.3.2 Tidsanvendelse

Regler for tidsanvendelse er gennemgående retningslinjer som gælder i alle dele af hjemmeplejens virksomhed. De nuværende retningslinjer for tidsanvendelse er udarbejdet for hver enkelt hjemmeplejeenhed. Det konstateres, at der ikke foreligger ét sæt retningslinjer generelt for SUF vedrørende tidsanvendelse.

Retningslinjerne er udarbejdet som opfølgning på forvaltningens krav om at præcisere regler (skrevne/uskrevne) for medarbejderens arbejdstid. De retningslinjer, vi har fået tilsendt, er alle dateret august 2010.

På baggrund af de udførte interviews fremgår det, at medarbejdere og ledere efter sommeren 2010 har fået præciseret, hvad der er tilladt i arbejdstiden i forhold til f.eks. toiletbesøg, køb af frokost og samtaler med kolleger.

Præciseringen er sket som konsekvens af den i medierne rejste kritik, hvor ledelsen har konstateret, at der åbenbart har været behov for at præcisere visse regler.

De retningslinjer, der foreligger lokalt, er af meget forskellig karakter og afspejler to kulturer/paradigmer, som findes i hjemmeplejen. Forskelligheden benævner forvaltningen i egen redegørelse fra maj 2010 om tidsanvendelse i hjemmepleje som henholdsvis "løs og stram styring".

Forvaltningen er således bevidst om, at begge kulturer findes, og forskellen er bekræftet i de interviews, vi har gennemført med lederne. Her giver flere udtryk for skepsis over den øgede fokus på registrering af tidsanvendelse, da de finder, at tidsstyringen ikke i sig selv giver sikkerhed for, at ydelsen leveres. En stor del af lederne på flere niveauer fremhæver, at det professionelle ansvar, fagligheden og ønsket om at hjælpe borgeren er det, der gør forskellen, ikke registrering af tid.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om tidsregistrering og tidsanvendelse?

Når lederne i interviewene spørges til, hvordan de sikrer sig, at medarbejderen er på et givet sted på et givent tidspunkt fremhæver de KOS, dialog på gruppemøder og samtaler med medarbejderen til at opnå sikkerhed.

I spørgeskemaundersøgelsen giver 100 % af gruppelederne udtryk for, at de i høj eller meget høj grad har indblik i de opgaver, deres medarbejdere udfører ude hos borgerne, og 70 % af medarbejderne oplever ligeledes, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet.

På højere niveau i forvaltningen baserer lederne deres tilsyn på tilfredshedsmålinger, drøftelser i MED-udvalg og klagesager som indikatorer på, om disse og andre regler overholdes.

Selvjustits blandt kolleger er i interviewene med ledere og medarbejdere ofte fremhævet som et middel til sikring af efterlevelse af reglerne for tidsanvendelse. Dog mest i betydningen af at medarbejderne gør opmærksom på andres adfærd, hvis den strider imod skrevne eller uskrevne regler i gruppen. Lederne udtrykker stor tiltro til, at de hurtigt vil få besked om adfærd, der ikke er i overensstemmelse med kørelisten.

Ifølge vores interviews er lederne generelt overbeviste om, at deres medarbejdere udfører arbejdet efter anvisningerne i PDA'en og afviser, at øget formel kontrol vil øge sikkerheden med medarbejderens tidsanvendelse.

### Sammenfatning

Det kan konstateres, at der ikke foreligger et fælles sæt retningslinjer for tidsanvendelse på tværs af lokalområderne, og at det i høj grad er hjemmeplejeenhederne, som definerer lokale retningslinjer for tidsanvendelse.

En stor del af kontrollen med efterlevelse af regler for tidsanvendelse sker via PDA'en, hvor planlæggeren og gruppelederen får indblik i, hvordan medarbejderne gennemfører dagen i forhold til det planlagte.

Der er ikke derudover formaliseret tilsyn med efterlevelse af disse regler.

Det er vores iagttagelse, at de retningslinjer, der foreligger for tidsanvendelse, er et udtryk for reaktioner på mediesagen fra sommeren 2010.

Vi oplever, at den primære kontrol med medarbejdernes tidsanvendelse foregår via medarbejderens interne selvjustits, som er med til at sikre overholdelse af retningslinjer for tidsanvendelse. Det tyder på, at der er et begrænset omfang af formelt tilsyn med efterlevelse af retningslinjer for tidsanvendelse. Dog mener gruppelederne, at der i stedet er en række uformelle forhold, som bidrager til at give dem viden om, hvorvidt reglerne for tidsanvendelse efterleves.

#### KPMG anbefaler at

- At den øgede fokus på regler for tidsanvendelse fra sommeren 2010 følges op af et fælles sæt retningslinjer for tidsanvendelse på tværs af lokalområderne, herunder stillingtagen til "løs og stram styring"
- Der i højere grad indarbejdes formaliseret tilsyn med, at regler for tidsanvendelse efterleves, herunder præcisering af gruppelederens og planlæggerens rolle og ansvar.

### 8.2.3.3 Anvendelse af KOS og PDA'er

Hjemmeplejen i SUF har i flere år benyttet PDA'er som et led i den daglige opgaveløsning. De nuværende PDA'er er indført i 2010, og der er i den forbindelse udarbejdet et instruktionshæfte på 46 sider, som meget tydeligt fortæller om brugen af PDA. Der er anvendt mange billeder og tydelig tekst, således at både erfarne og mindre erfarne brugere bliver guidet igennem opstart og anvendelse af hardware-plattformen for PDA. Vejledningen foreligger i 2. oplag dateret juni 2010.

PDA'erne er yderste led i Københavns Kommunes Omsorgssystem (KOS). Retningslinjer og vejledning til brug af KOS og håndholdt (PDA) findes på SUF intranet, hvor alt vedrørende driftsstatus, brugeroprettelse, statistik m.v. findes.

PDA'en er således det primære værktøj i forhold til at understøtte og dokumentere leverancen hos borgeren. PDA'en er grundlaget for tidsstyringen i SUF. Derfor er der en berettiget fokus på, at PDA'erne anvendes korrekt. Retvisende registreringer i PDA'en er en væsentlig forudsætning for at kunne dokumentere, at ydelser leveres korrekt og til tiden.

#### Hvad siger medarbejdere og ledere om anvendelse af PDA'er

Fra de gennemførte interviews med medarbejdere er det vores umiddelbare iagttagelse, at man er fortrolige med brugen af PDA'en, og at den opfattes som en hjælp i dagligdagen, da den indeholder en række informationer om borgere samt mulighed for at ændre køreliste og opgaver i løbet af dagen. Derudover giver den også mulighed for at kontakte kollegaer, pårørende, læge eller andet, hvilket den første version af PDA i hjemmeplejen ikke kunne.

Enkelte medarbejdere har dog nævnt, at der kan være tekniske problemer så som "den går i sort", men det er mere et irritationsmoment, end det er en forhindring for udførelsen af arbejdet.

Interviewene med ledere og planlæggere giver et indtryk af, at hjælperne tager det alvorligt at efterleve retningslinjer for brug af PDA'er. Det vurderes af gruppeledere og planlæggere, at deres behov for og brug af data fra PDA'er i både planlægning og opfølgning er en medvirkende årsag til, at reglerne for PDA'er efterleves.

#### Sammenfatning

Medarbejdere er instrueret i gældende retningslinjer for brug af KOS og PDA. Der er generelt fokus på korrekt anvendelse af PDA'er, fordi den benyttes som væsentlig informationskilde og værktøj af både medarbejdere, gruppeledere og planlæggere.

Det skal dog bemærkes, at brug af PDA'er i SUF ikke i sig selv forhindrer uregelmæssigheder i leveringen af ydelser ved borgerne, og systemet dokumenterer heller ikke kvaliteten af de ydelser, der leveres ved borgerne.

### 8.2.4 Retningslinjer ved normal drift

Følgende retningslinjer som gælder ved normal drift indgår i analysen:

- Sundhedsfaglig dokumentation
- Fast hjælper.

Disse er retningslinjer, som gælder i en normal driftssituation, dvs. retningslinjer, som hjemmehjælperen følger, når vedkommende som planlagt er ude ved borgeren og levere hjemmehjælp.

#### 8.2.4.1 Sundhedsfaglig dokumentation

Der tages udgangspunkt i dokumentet "Vejledning til sundhedsfaglig dokumentation i hjemmeplejen og sygeplejen". Vejledningens formål er: "At sikre ensartet dokumentationspraksis som lever op til gældende lovgivning og politikker".

Målgruppen er hjemmeplejen SUF, og vejledningen er dateret maj 2010 med gyldighed 1 år frem. Vejledningen er på 17 sider og findes på intranettet.

Vejledningen indeholder regler for, hvad en borgerjournal skal indeholde:

- Stamoplysninger
- Døgn- og ugeplan
- Helbredsbeskrivelse
- Fokusområder
- Samtaler og aftaler med borger/pårørende.

Retningslinjerne indeholder desuden et afsnit om god forvaltningsskik og aktindsigt.

Det fremgår af årsrapporterne, at det eksterne tilsyn med hjemmeplejen og de private leverandører har givet anmærkninger vedrørende kvaliteten af den sundhedsfaglige dokumentation i 2007 og 2008, hvorefter SUF efterfølgende har iværksat en undervisningsplan for alle hjemmeplejeeenheder. I 2009 er der færre fejl og mangler, og SUF nævner i rapporten til Borgerrepræsentationen, at området fortsat er indsatsområde, og at der arbejdes videre med indskærpelse af retningslinjer og uddannelse.

Implementering og ajourføring af retningslinjer for sundhedsfaglig dokumentation sker ved introduktion af nye medarbejdere, gruppemøder og i arbejdsgrupper, hvor sundhedsfaglige konsulenter bidrager til at fremme korrekt ajourføring og anvendelse af journal, herunder døgn- og ugeplan.

I flere af lokalområderne har man desuden ansat en dokumentationssygeplejerske, der skal føre tilsyn med dokumentation og vejlede og uddanne personale i sundhedsfaglig dokumentation.

Vi henviser desuden til afsnit 7.2.4 i besvarelsen af nøglespørgsmål 1, hvor emnet døgn- og ugeplaner er yderligere belyst.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om sundhedsfaglig dokumentation?

Ledere og medarbejdere har i interviewene tilkendegivet, at der i stigende grad er fokus på både udarbejdelse af døgn- og ugeplaner for alle borgere samt at øge kvaliteten af disse.

#### Sammenfatning

Det er vores vurdering, at den øgede fokus på at styrke den sundhedsfaglige dokumentation har givet resultater, og at bevidstheden blandt ledere og medarbejdere er øget de seneste år.

Vi noterer ligeledes, at forvaltningen fortsat ser dokumentation som et indsatsområde, og at der arbejdes videre med indskærpelse af retningslinjer og uddannelse.

#### 8.2.4.2 Fast hjælper

Beslutningen om at tilstræbe fast hjælper for alle borgere er en del af budgetforliget for 2009. Det vi kan se er, at den er meldt ud som en beslutning, der er omsat i et måltal. Dette måltal har været genstand for flere analyser og været et tema på leder og gruppemøder på alle niveauer i SUF.



Vi har i afsnit 7.2.5 behandlet spørgsmål om fast hjælper og medarbejderkontinuitet i borgerens hjem og henviser til dette for så vidt angår besvarelsen af, om man efterlever målet. Vi vil i dette afsnit primært fokusere på, hvordan målsætningen er meldt ud, og hvorledes den vurderes af personalet.

Som nævnt i tabel 9 har det ikke været muligt at kortlægge et dokument, der beskriver retningslinjer for "fast hjælper".

I interviewene fremgår det, at både medarbejdere og ledere er bekendt med målsætninger for medarbejderkontinuitet hos borgerne, men ikke umiddelbart er bekendt med konkrete retningslinjer

### Sammenfatning

Målsætningen om at sikre fast hjælper hos borgerne er kommunikeret i organisationen. Vi kan også konstatere, at målsætningen er styrende for gruppeleders planlægning af arbejdet.

Vi kan dog konstatere, at der ikke findes retningslinjer for fast hjælper.

#### KPMG anbefaler, at

- Retningslinjerne for fast hjælper entydigt defineres og kommunikeres på tværs af organisationen.

## 8.2.5 Retningslinjer ved afvigelser

Følgende retningslinjer, som gælder ved afvigelser, indgår i analysen:

- Forgæves gang
- Oplysnings- og tilbagemeldingspligt.

Disse er retningslinjer som gælder i en driftssituation, der afviger fra normalsituationen. Dette kan f.eks. være i et tilfælde, hvor hjemmehjælperen ikke har mulighed for at komme ind i borgerens hjem og levere hjemmehjælp som planlagt.

### 8.2.5.1 Forgæves gang

Vi har fået tilsendt et eksemplar af "Gul Mappe", hvor der findes retningslinjer vedrørende "forgæves gang". Reglerne fylder en A4 side og er dateret juli 2009. Reglerne er fra et bestemt lokalområde, og vi har i vores interview fået oplyst, at tilsvarende mapper findes med stort set samme indhold i alle lokalområder, hjemmeplejeenheder og grupper.

Reglerne er en del af en samlet vejledning direkte målrettet til medarbejderne og bruges både af erfarne medarbejdere til opslag i tvivlsspørgsmål og til introduktion for nye medarbejdere.

De regler, vi har modtaget vedrørende "forgæves gang", beskriver, hvad medarbejderen skal gøre, når man ikke træffer borgeren hjemme i forbindelse med et planlagt besøg. Reglerne har til formål at tydeliggøre, hvem der har ansvar for hvad i en sådan situation.

Reglerne sikrer, at borgeren er klart informeret om, hvad hjemmeplejen gør, når denne ikke træffer nogen hjemme ved borgerne, og borgeren ikke har meldt afbud til hjemmeplejen. Retningslinjerne foreskriver, at hjemmeplejen forsøger at kontakte borgeren, naboer og pårørende pr. telefon, og hvis det ikke er muligt at træffe nogen, vil der blive rekvireret en låsesmed.

Reglerne foreskriver, at gruppelederen skal informeres med det samme, der er forgæves gang, og gruppelederne tager derefter ansvar for det videre forløb og kontakter relevante parter.

Disse regler er imidlertid ikke ajourført, da der i henhold til kvalitetsstandard og SUF notat dateret 17. september 2009 er sket en stramning af reglerne, som betyder, at medarbejderen som udgangspunkt ikke har pligt til at søge adgang til hjemmet, da det er i strid med grundloven (boligens ukrænkelighed), ligesom man ifølge notatet ikke kan pålægge borgeren udgift til låsesmed på baggrund af en bekymring. Medarbejderen skal derfor først undersøge om borgeren er i "åbenlys nød" og først derefter reagere. Hvis det er tilfældet, skal politiet kontaktes og vurdere, om der er behov for at tilkalde låsesmed.

Det er imidlertid uklart for os, om notatet fra september 2009 har givet anledning til en ændret beslutning om retningslinjerne ude hos hjemmeplejeenheder og grupper (ud over det der er nævnt i kvalitetsstandard for 2010).

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om forgæves gang?

Fra interview med ledere og medarbejdere er det vores indtryk, at reglerne for forgæves gang er kendte og efterleves. Forgæves gang kræver ændring af kørelisten, men i mange tilfælde kan medarbejderen efter aftale med gruppeleder eller planlæggeren ændre rækkefølgen i opgaverne og køre til en anden borger for siden at vende tilbage til den borger, der ikke var hjemme ved første besøg.

Det er vores indtryk fra interviewene, at reglerne er en integreret del af arbejdsdagen og ikke giver anledning til særlige udfordringer, når vi ser på medarbejderens opgave i at levere ydelsen. De eksempler, vi har hørt vedrørende forgæves gang i relation til den daglige drift, har ikke givet anledning til alvorlige bekymringer, men har mere været spørgsmål om, at borgeren har glemt at melde afbud, planlægger/disponent der ikke er opmærksom på, at borger er i dagcenter eller lignende. Vi har ikke hørt ledere eller planlæggere give udtryk for, at der var problemer i forhold til gammelt og nyt regelsæt.

#### Sammenfatning

Der foreligger retningslinjer for forgæves gang.

Det er vores vurdering, at retningslinjerne giver medarbejderne en række konkrete anvisninger i situationer med forgæves gang.

Det er imidlertid uklart for os, om de nye regler er implementeret, da det er de gamle regler, der fremgår af den modtagne "personalemappe", og dermed er det uklart, hvorledes det over for medarbejderne er præciseret, hvad deres ansvar er ved forgæves gang.

**KPMG anbefaler, at**

- Retningslinjerne entydigt defineres og kommunikeres på tværs af organisationen, og herunder bringes ajour med kvalitetsstandard 2010 og den præcisering af medarbejdernes ansvar, som fremgår af SUF notat fra 17. september 2009.

### 8.2.5.2 Oplysnings- og tilbagemeldingspligt

De retningslinjer, der vedrører oplysnings- og tilbagemeldingspligt, er defineret i Servicelovens § 88, stk. 2, der - jf. sidste linje - fastslår, at "tilbuddene om hjælp efter § 83 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Tilbuddene skal løbende tilpasses modtagerens behov."

Bestemmelsen er uddybet i socialministeriets vejledning om personlig og praktisk hjælp, hvor det fremgår af punkt 156, at "som nævnt i punkt 119 skal hjælpen løbende tilpasses modtagerens behov". Det personale, der udfører hjælpen, skal derfor indberette både bedring og forværring i modtagerens funktionsevne, således at hjælpen kan justeres efter det aktuelle behov. Dette gælder naturligvis alle leverandører.

Vi har ikke umiddelbart kunne kortlægge, at lovgrundlaget er udmøntet i fælles konkrete retningslinjer, som gruppeledere og medarbejdere kan anvende i hverdagen.

Det er gruppelederens opgave at sikre, at medarbejderne er orienteret om oplysnings- og tilbagemeldingspligten, samt at sikre, at retningslinjerne udføres.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om oplysnings- og tilbagemeldingspligten?

Interviewene med medarbejderne afdækker, at der i nogen grad er kendskab til oplysnings- og tilbagemeldingspligten. Medarbejderne er vidende om, at de ved varige ændringer i borgernes tilstand og behov skal give planlægger og gruppeleder besked. Herefter har gruppelederen til opgave at give besked til visitator med henblik på at ændre sammensætningen af ydelsen til en borger.

Flere medarbejdere og gruppeledere oplever, at tilbagemeldingspligten er en integreret del af medarbejdernes faglige kompetencer og uddannelse.

#### Sammenfatning

Reglerne om oplysnings- og tilbagemeldingspligt er overordnet set kendte af både medarbejdere og ledere, idet en væsentlig del af den kommunikation mellem ledere og medarbejdere handler om borgernes status og behov for at regulere ydelsen.

Det er dog samtidig vores vurdering, at retningslinjerne ikke er eksplicit kendt af medarbejderne, hvilket dog ikke umiddelbart giver anledning til manglende tilbagemeldinger.

**KPMG anbefaler, at**

- Retningslinjerne entydigt defineres og kommunikeres på tværs af organisationen, herunder hvilke varige ændringer der bør give anledning til reaktion.

## 8.2.6 Målsætninger for arbejdskultur

Der findes ikke et egentligt regelsæt eller sæt af samlede målsætninger for arbejdskulturen i SUF.

Fra områderne og de enkelte hjemmeplejegrupper findes der en række retningslinjer og politikker, som tilsammen danner både formelle og uformelle rammer for den kultur og de normer, der er gældende på arbejdspladsen.

Det mest synlige eksempel herpå er de mapper, der fungerer som en form for "personalehåndbog" med regler og retningslinjer for mange forhold i gruppen. Derudover kan der være lokale regler for MED-udvalg, afholdelse af ferie og fridage og andre praktiske ting omkring medarbejderens arbejdsliv. Alle regler der skaber arbejdskulturen i hjemmeplejegrupperne.

### Hvad siger ledere og medarbejdere om arbejdskultur

På baggrund af interview og besøg hos nogle af grupperne er det vores vurdering, at den største betydning for arbejdskulturen i hjemmeplejegrupperne ikke skabes via de formelle retningslinjer, men i stedet igennem den måde de formidles og anvendes i det daglige. I den forbindelse er det i høj grad gruppelederen og erfarne medarbejdere, der skaber arbejdskulturen, snarere end det er overordnede målsætninger for arbejdskultur, der er dækkende for hele SUF.

Faglighed har også betydning for arbejdskulturen. En stor del af lederne giver i interviewene udtryk for, at jo bedre uddannelse medarbejdere og ledere har, desto større er sandsynligheden for, at de medbringer den rigtige holdning og adfærd ind i opgaven og dermed er mindre afhængige af formelle retningslinjer og krav. Et forhold der ifølge lederne er medvirkende til at skabe god arbejdskultur.

Fra vores spørgeskemaundersøgelse fremgår følgende:

På spørgsmålet om man har spilleregler for, hvordan man skal opføre sig på din arbejdsplads svarer 80 % af de adspurgte medarbejdere i SUF, at det har man i høj grad eller i meget høj grad.

76 % af medarbejderne svarer "i meget høj grad" eller "høj grad" på spørgsmålet om, man også efterlever disse spilleregler.

76 % af medarbejderne oplever også, at lederne følger op på, om man overholder spillereglerne på arbejdspladsen.

### Sammenfatning

Det er vores vurdering, at arbejdskulturen i de forskellige grupper er meget forskellig, og det er gruppelederen og de erfarne medarbejdere, som skaber arbejdskulturen.

Der er således ikke tale om en fælles arbejdskultur for hjemmeplejen i SUF, hvilket gør det vanskeligt for forvaltningen aktivt at anvende en fælles kultur som et middel til at sikre en ensartet og tilfredsstillende udførelse af opgaverne.

Vi bemærker, at det at arbejde med arbejdskultur i en organisation kan både være udfordrende og ofte en u håndterbar størrelse. Vi mener, at et godt udgangspunkt for at påbegynde dette arbejde er at etablere et fælles værdisæt og overordnede forventninger til god ad-

færd, da sådanne tiltag vil bidrage til at etablere en mere ensartet og samlet arbejdskultur på tværs af SUF.

**KPMG anbefaler, at**

- En fælles kultur kan ikke på kort sigt bidrage til at sikre ensartet udførelse af arbejdsopgaverne. Som et første skridt anbefaler vi dog, at der udarbejdes og kommunikeres et regelsæt/værdisæt eller sæt af samlede målsætninger for arbejdskulturen i SUF.

## 8.3 Private leverandører

Det følgende afsnit vedrører de private leverandører af hjemmepleje.

Det er borgernes eget valg, hvorvidt de ønsker den hjemmehjælp, de er visiteret til, leveret af en kommunal leverandør eller en privat leverandør.

I 3. kvartal 2010 leverede private leverandører 9 % af de samlede visiterede ydelser vedrørende personlig pleje og 25 % af leverede ydelser vedrørende praktisk hjælp<sup>10</sup>. For hele 2009 leverede private leverandører 6 % af alle visiterede personlig pleje ydelser og 21 % af alle ydelser vedrørende praktisk hjælp<sup>11</sup>.

Pr. november 2010 er der 13 godkendte private leverandører til personlig pleje og praktisk hjælp, mens der er 6 private leverandører, der udelukkende er godkendt til praktisk hjælp.

### Krav til private leverandører

For at blive godkendt som leverandør til levering af ydelser i SUF skal man opfylde en række krav formuleret i "Anmodning om godkendelse som leverandør af personlig og praktisk hjælp eller madservice". Kravene indeholder bl.a.:

- Leverandøren skal stille økonomisk sikkerhed
- At medarbejderne hos private leverandører har relevant erfaring og uddannelse.

Når en privat leverandør er godkendt som leverandør i SUF, er der yderligere formuleret en række krav til regulering, dokumentation og kontrol af samarbejdet. Disse er beskrevet i dokumentet "Leverandørkrav til kommunale og private leverandører af personlig hjælp" og tilsvarende dokument for praktisk hjælp. Heri fremgår det bl.a.:

- Leverandøren skal som minimum føre kontrol med leverede ydelser, leveret tid, ændringer i leveringen (f.eks. afvigelser, flytninger m.v.)
- Leverandøren skal på et fastsat tidspunkt bestemt af SUF uden nærmere definerede vilkår tilkøbes Københavns Kommunes Omsorgssystem (KOS)
- At leverandøren skal sikre, at personalet er bekendt med gældende kvalitetsstandarder og værdigrundlag

<sup>10</sup> SUF Administrationsrapport 3. kvartal 2010 koncernniveau

<sup>11</sup> Årsrapport 2009 for Sundheds- og omsorgsforvaltningen

- At leverandører sikrer, at det i videst mulige omfang er den samme medarbejder, der udfører opgaverne hos den enkelte borger
- At leverandøren skal stille økonomisk sikkerhed
- At leverandøren skal beskrive de tiltag, som sikrer kvalitet i opgaveudførelse
- Myndigheden (SUF) er forpligtet til/har ret til at føre tilsyn med, at opgaverne udføres forsvarligt
- SUF er forpligtet til at foretage revurdering af borgernes behov én gang årligt
- SUF er forpligtet til at sikre, at opgavevaretagelsen sker i overensstemmelse med den kvalitet og de målsætninger, som er politisk besluttet
- At SUF foretager kontrol af ydelsesleveringen ved revisitation
- At SUF har ret til at foretage stikprøvekontrol ved borgerne.

Ved aftaleindgåelse mellem SUF og en privat leverandør indgås der en konkret kontakt. Kontrakten indgås med SUF, og godkendes i forvaltningen. Kontrakten indeholder ovenstående viste krav, og som bilag til kontrakten er dokumenterne vedrørende leverandørkrav, kvalitetsstandarderne og godkendelsesproceduren.

Kontrakten mellem SUF og de private leverandører indeholder de væsentlige elementer og i forhold til, hvilke opgaver leverandøren skal løse på vegne af kommunen, samt hvilke krav kommunen opstiller for opgaveløsningen og tilhørende dokumentationen. Dog er der ikke præciseret, hvilken konkret dokumentation der skal foreligge fra leverandørens side.

#### Opfylder de private leverandører kontrakterne?

Interviewene med de private leverandører og forvaltningsledere i SUF har blandt andet fokuseret på, hvorledes leverandørerne dokumenterer de ydelser, de leverer, hvordan forvaltningen kontrollerer de leverede ydelser, og hvordan samarbejdet parterne imellem er reguleret og bestemt.

De private leverandører oplyser, at de på forskellig vis registrerer og dokumenterer, at ydelser er leveret via egne systemer og dokumentationskrav. Der er ikke en fast standard som følges på tværs af leverandørerne. Gennem interviews med de private leverandører og forvaltningen fremgår det, at man i fremtiden forventer, at de private leverandører skal kobles på KOS. Dette vil betyde ensartet indmelding på leverede ydelser og muliggør en række statistiske data på forvaltningsniveau. Vi vurderer, at det vil give en mere præcis viden og indsigt i forhold til de private leverandørers virke.

Det generelle indtryk fra interviewene, er at de private leverandører er bevidste om at der er krav til at de skal kunne dokumentere levering af ydelser. Enkelte private leverandører benytter blandt andet gps-teknologi i medarbejdernes biler for at kunne dokumentere og kontrollere, hvorvidt ydelser leveres.

Det eksterne tilsyn, som også fører tilsyn med den kommunale leverandør, udfører minimum ét årligt tilsyn pr. privat leverandør (leverandører af en hvis størrelse). I 2009 var der et af de

seks gennemførte tilsyn, der resulterede i et tilsyn med alvorlige fejl og mangler (se nøgle-spørgsmål 1 for en uddybning).

#### Opfølgning på kontrakterne og kontrol af hvorvidt de private leverandører lever op til kontrakterne

Kontrollen og ledelsestilsynet med opgaveudførelsen hos de private leverandører er placeret i visitationsenheden i SUF. Der er en visitationsenhed under hvert lokalområde, og det er disse enheder, der har tilsyn med de private leverandører i deres respektive områder.

Fra interviewene med de private leverandører har vi indtryk af, at der er forskellige opfattelser af, hvorvidt der er en fast og systematisk kontrol og opfølgning fra SUF's side. Nogle private leverandører nævner blandt andet, at de ikke oplever en fast systematisk re-visitation af borgerne én gang årligt. Ligeledes nævner de, at de ikke oplever, at der løbende følges op på, om de overholder ordlyden i leverandørkontrakten.

#### Sammenfatning

Kontraktgrundlaget mellem Københavns Kommune og de private leverandører udgør overordnet et godt grundlag for at forstå, hvilke forpligtelser der er mellem de to parter.

Begge parter er forpligtet til at overholde en række krav, der bl.a. at SUF skal sikre, at borgerne modtager ydelserne inden for rammerne af gældende kvalitetsstandarder og målsætninger. Vi vurderer, at de private leverandører er bevidste om, hvad der forventes af dem i forhold til den indgåede kontrakt.

En konkretisering af hvilke præcise data, der skal foreligge fra leverandørens side på leverede ydelser og dokumentation herfor, vil styrke den udførte dokumentation hos de private leverandører. Når de private leverandører kommer på KOS-systemet, vil denne anbefaling blive opfyldt.

Det eksterne tilsyn er et nyttigt element i at sikre at leverandørerne udfører deres opgaver i overensstemmelse med den gældende kontrakt.

#### KPMG anbefaler at

- Den løbende opfølgning fra forvaltningen side styrkes på, hvorvidt leverandørkontrakter overholdes. Her kan en regelmæssig og systematisk opfølgningssprocedure, som er ensartet for alle leverandører, være et godt udgangspunkt.

## 8.4 Delkonklusion spørgsmål 2

Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'er m.v.?

Vi kan konstatere, at gruppeledere og medarbejdere tilkendegiver, at de i høj grad har kendskab til og efterlever retningslinjer og målsætninger. Vi vurderer dog ikke, at det entydigt er defineret, hvilke konkrete retningslinjer og målsætninger medarbejdere bør have kendskab til.

Vi konstaterer, at kvalitetsstandarden som udgangspunkt er opdateret og kendt i organisationen. På baggrund af de udførte interviews, vurderer vi, at ledere og til dels medarbejdere ser kvalitetsstandarden som et centralt dokument for at levere ydelser korrekt.

Det konstateres, at der ikke foreligger et fælles sæt retningslinjer for tidsanvendelse på tværs af lokalområderne, i stedet er der defineret retningslinjer for tidsanvendelse af de enkelte hjemmeplejeenheder. På baggrund af de udførte interviews vurderer vi, at den primære kontrol med om medarbejderne efterlever retningslinjer for tidsanvendelse, foregår via den daglige kontakt med gruppelederen og medarbejderens egen interne selvjustits.

Vi vurderer på baggrund af de udførte interviews, at medarbejdere generelt er instrueret i gældende retningslinjer for brug af PDA'er. Korrekt anvendelse er et fokusområde i grupperne, da PDA'en er et vigtigt værktøj i at udføre og dokumentere de daglige arbejdsopgaver.

Vi konstaterer, at der foreligger retningslinjer vedrørende sundhedsfaglig dokumentation.

Vi vurderer, at målsætningen om at sikre fast hjælper (medarbejderkontinuitet) hos borgerne er umiddelbart kommunikeret i organisationen. Men vi kan konstatere, at der ikke foreligger retningslinjer for, hvorledes medarbejdere og gruppeledere skal sikre medarbejderkontinuitet.

Der foreligger retningslinjer for forgæves gang, men det noteres, at det er op til de enkelte lokalområder, hjemmeplejeenheder og grupper at udarbejde disse retningslinjer. Altså foreligger der ikke ens retningslinjer herfor på tværs af SUF.

Vi vurderer, at lovkravet vedrørende oplysnings- og tilbagemeldingspligt overordnet er kendt af både medarbejdere og ledere. Det er dog samtidig vores vurdering, at retningslinjerne for disse ikke er formaliseret. Vores indtryk er dog ikke, at det umiddelbart giver anledning til manglende tilbagemeldinger.

Det er vores vurdering, at arbejdskulturen i de forskellige grupper er meget forskellig, og at det er gruppelederen og de erfarne medarbejdere, som skaber arbejdskulturen. Vi vurderer ikke, at der foreligger et reelt sæt målsætninger for arbejdskultur på tværs af SUF.

Udfører de private leverandører opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og gældende kontrakter for private leverandører?

Kontraktgrundlaget mellem Københavns Kommune og de private leverandører udgør overordnet et godt grundlag for at forstå, hvilke forpligtelser der er mellem de to parter.

Vi vurderer samlet set, at de private leverandører er beviste om, hvad der forventes af dem i forhold til den indgåede kontrakt.

En konkretisering af, hvilke præcise data der skal foreligge fra leverandørens side på leverede ydelser og dokumentation herfor, vil styrke den udførte dokumentation hos de private leverandører samt sikre bedre opfølgingsmulighed for SUF.

Vores indtryk er, at det eksterne tilsyn bidrager til at sikre, at leverandørerne udfører deres opgaver i overensstemmelse med den gældende kontrakt.



## 9 Nøglespørgsmål 3

For så vidt angår nøglespørgsmål 3 har undersøgelsen til formål at afdække og besvare følgende:

Er kommunens tilrettelæggelse af kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkelig i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet af tilbuddene samt udførelsen af opgaverne - eller er der behov for yderligere tiltag og handlinger?

I afsnit 3.3 er de centrale elementer i at vurdere kontrol og ledelsestilsyn i denne undersøgelse defineret som:

1. At ydelser leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne
2. At personalet ledes inden for de vedtagne retningslinjer, aftaler og politikker
3. At den nødvendige dokumentation og kontrol af ydelsernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes arbejdstid foreligger

Punkt 2 ovenfor behandles i al væsentlighed under nøglespørgsmål 2. Tilbage står punkt 1 og 3, som indeholder kvalitative henholdsvis kvantitative elementer. Dette er i overensstemmelse med nøglespørgsmål 3:

- a) er kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkeligt i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet og
- b) er kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkeligt i forhold til at sikre udførelsen af opgaverne?

Derfor vil vores efterfølgende vurdering af tilstrækkeligheden af kontroller og ledelsestilsyn ske fra to vinkler:

- En kvalitativ: kontroller og ledelsestilsyn til sikring af den faglige kvalitet
- En kvantitativ: kontroller og ledelsestilsyn til sikring af udførelsen af opgaverne.

Analyselstrukturen ser herefter ud som følger:



Vores besvarelse af spørgsmålet indledes med en kortlægning af SUF's skriftlige rapportering af leverede resultater, som danner grundlag for analysen af kontroller og ledelsestilsyn.

## 9.1 Rapportering

Indledningsvist er det vigtigt at få kortlagt den skriftlige og periodevise rapportering af leverede resultater, som finder sted mellem de forskellige organisatoriske niveauer i SUF. Dette fremgår i tabel 10 under overskriften "Periodevis rapportering". Den skriftlige og periodevise rapportering af leverede resultater viser, hvad de forskellige ledelseslag som udgangspunkt

har at basere sit ledelsestilsyn på for så vidt angår udførelsen af opgaverne samt den faglige kvalitet.

Den periodiske rapportering kan suppleres med skriftlig ad hoc-rapportering, som ikke afrapporteres med en konsekvent tidsmæssig frekvens. Eksempler (altså ikke tiltænkt at være udtømmende) herpå inden for de seneste 2 år fremgår i tabel 10 under overskriften "Ad hoc-rapportering".

**Tabel 10 - Overblik over rapportering**

|                        | Periodevis rapportering   | Ad hoc-rapportering  |
|------------------------|---|--|
| <b>Udvalg</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvartalsrapporter 1)</li> <li>• Årsrapporter 2)</li> <li>• Tilsynsredegørelser 3)</li> <li>• Borgerrådgiverens beretning 4)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brugertilfredshedsundersøgelser 5)</li> <li>• Redegørelse for antal hjemmehjælpere 6)</li> <li>• Redegørelse om hjemmeplejen ved Haandværkerforeningens plejehjem 7)</li> </ul> |
| <b>Direktion</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alt hvad udvalget modtager, jf. 1-4 nedenfor</li> <li>• Administrationsrapporter 8)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alt hvad udvalget modtager, jf. 5-7 nedenfor</li> <li>• Onlineadgang til nøgletal 13)</li> </ul>  |
| <b>Lokalområdechef</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Månedssrapporter til gruppeledere 9)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilsynsrapporter 11)</li> <li>• Onlineadgang til nøgletal 13)</li> </ul>  |
| <b>Enhedsleder</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klagesager 10)</li> <li>• <b>Onlineadgang</b> til nøgletal 13)</li> </ul>   |
| <b>Gruppeleder</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Månedssrapporter til gruppeledere 9)</li> <li>• Registreringer af leveret tid/ydelser på PDA til godkendelse 12)</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klagesager 10)</li> </ul>   |

Klagerådets årsberetninger er ikke omtalt, da klagerådet er nedlagt.

Nedenfor er angivet uddybende noter til henvisninger i ovenstående tabel:

1. Kvartalsrapporter indeholder i relation til hjemmeplejen statistik for kvartalet på hjemmeplejmodtagere fordelt på plejetyngde, antal hjemmeplejebesøg og andel af visiterede timer, som udføres af private leverandører. Endvidere omtales uanmeldte eftersyn hos leverandører foretaget af det eksterne tilsyn i kvartalet.
2. Årsrapporter indeholder i relation til hjemmeplejen statistik for året på andel modtagere af praktisk og personlig hjælp blandt borgere i alderen 65+ fordelt på civilstand og etnicitet, hjemmeplejmodtagere fordelt på plejetyngde, antal hjemmeplejebesøg og andel af visiterede timer, som udføres af private leverandører. Endvidere omtales uanmeldte eftersyn hos leverandører foretaget af det eksterne tilsyn i året.
3. Tilsynsredegørelser indeholder i relation til hjemmeplejen en redegørelse for årets gennemførte tilsyn af det eksterne tilsyn. Beskrivelsen er mere uddybende end i årsrapporten.

4. Borgerrådgiverens opgave er bl.a. at bistå Borgerrepræsentationen med at udøve Borgerrepræsentationens kontrol og tilsynsfunktion. I beretningen indgår statistikker samlet for SUF (dvs. ikke separat for hjemmeplejen) vedrørende modtagne henvendelser/klager samt omtale af undersøgelser sat i gang på Borgerrådgiverens eget initiativ. Juridisk kontor i SUF indsamler løbende klager bl.a. om hjemmeplejen og sender materiale herom til Borgerrådgiveren hvert kvartal, med henblik på at Borgerrådgiveren kan iværksætte undersøgelser på eget initiativ.
5. Seneste brugerundersøgelse vedrørende personlig pleje blev behandlet på udvalgs mødet den 19. februar 2009.
6. På udvalgs mødet den 1. oktober 2009 blev fremlagt en redegørelse for antal forskellige medarbejdere i borgerens hjem som er en betydelig faktor for borgernes tilfredshed. Endvidere blev fremlagt plan for reduktion af antal hjælpere hos den enkelte borger.
7. På baggrund af omtale i TV2 har forvaltningen udformet en redegørelse, som bl.a. omfatter generel omtale af ledelsestilsyn i hjemmeplejen samt specifikke forhold og initiativer i relation til hjemmeplejen ved Haandværkerforeningens Plejehjem. Redegørelsen blev behandlet på udvalgs mødet den 19. august 2010.
8. Administrationsrapporten indeholder for så vidt angår hjemmeplejen en række gode statistikker og afrapporteringer på key performance indikatorer (KPI'er), herunder:
  - Forholdet mellem leverede og visiterede timer (leveringsgrad)
  - Antal planlagte og aflyste besøg
  - Medarbejderkontinuitet - besøg leveret af primær eller sekundær hjælper
  - Andel af borgere med døgn- og ugeplan
  - Stikprøve - kvaliteten i oprettede døgn- og ugeplaner i daghjemmeplejen.
9. Rapportering på gruppelederniveau har vi forstået foregår forskelligartet fra område til område. Vi har modtaget et eksempel fra Vanløse/Brønshøj/Husum og et eksempel fra Bispebjerg/Nørrebro. I begge eksempler fremgår den pågældende månedsrapportering og nøgletal inden for kapacitet, aktivitet og økonomi. Vi har forstået, at controller fra lokalområdekontoret udformer rapporteringen, sender den til den pågældende gruppeleder og tager en dialog, herunder om eventuelle behov for tiltag.
10. Vi har forstået, at visse klagesager sendes til henholdsvis gruppeleders og enhedsleders orientering.
11. Fuld tilsynsrapport efter uanmeldte tilsyn fra det eksterne tilsyn.
12. Efter hjemmehjælperne via PDA'en har godkendt deres daglige leverede besøg og ydelser, sendes informationerne til gruppelederen. Gruppelederen er ansvarlig for at kontrollere registreringerne og følge op på afvigelse, som kræver særlig opmærksomhed.

13. I oktober 2010 har SUF opstartet portal, hvor udvalgte ledere kan trække nøgletal i foruddefinerede rapporter.

## 9.2 Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af den faglige kvalitet

Analyse og vurdering af hvorvidt kontroller og ledelsestilsyn er tilstrækkelige til sikring af den faglige kvalitet sker med afsæt i konklusionen på analysen af faglig kvalitet som beskrevet i nøglespørgsmål 1, dvs. med afsæt i følgende elementer:

1. Det kommunale tilsyn
2. Brugere har en døgn- og ugeplan
3. Medarbejderkontinuitet
4. Aflysninger
5. Brugertilfredshed
6. Klagestatistik.

### 9.2.1 Det kommunale tilsyn

Som nævnt under afsnit 7.2.3 gennemfører BDO eksternt tilsyn med den kommunale udførelse og de private leverandører. De gennemførte kontroller i den forbindelse omfatter:

- Gennemgang af faglig dokumentation for udvalgte borgere
- Observation i den udvalgte borgers hjem
- Kvalitative interviews med borgere og medarbejdere.

Den fulde tilsynsrapport modtages af lokalområdelederen, og der rapporteres overordnet til direktionen og udvalget i henholdsvis administrationsrapport og kvartalsrapport. Ifølge kvartalsrapporten er der fastsat et mål for det eksterne tilsyn, som derved er udmeldt på udvalgsniveau. Målet er at alle tilsyn skal resultere i, at enheden opnår karakteren "godkendt".

Om end stikprøvestørrelsen er begrænset (15 tilsyn i 2009 med gennemgang af 7 borgere pr. tilsyn), er det KPMG's vurdering at der er tale om en værdifuld kontrol, og at der gennemføres afrapportering i tilstrækkeligt omfang og på rette niveauer, således at det eksterne tilsyn kan danne grundlag for ledelsestilsyn på relevante niveauer. Endvidere er det positivt, at der er fastsat en målsætning på området (alle tilsyn skal godkendes).

### 9.2.2 Brugere har en døgn- og ugeplan

Rapportering om døgn- og ugeplaner er beskrevet i afsnit 7.2.4.

I administrationsrapporten fremgår rapportering på KPI'en i form af en procentandel af borgere inden for de enkelte segmenter, som har en døgn- og ugeplan. Vi har endvidere fået oplyst, at grupper med lave procentsatser fra forvaltningens side instrueres i, at der skal gø-

res en ekstra indsats for at øge andelen af borgere med døgn- og ugeplaner. Dette anser vi for en god kontrol.

Det er KPMG's vurdering at administrationsrapportens oplysninger om døgn- og ugeplaner kan danne grundlag for ledelsestilsyn af denne KPI på direktionsniveau.

**KPMG anbefaler dog at:**

- Fortsætte arbejdet med at øge kvaliteten af døgn- og ugeplaner, således at de alle reelt indeholder uddybning af ydelserne
- Opfølgning på målsætningen om at 90 % af borgerne har en døgn- og ugeplan indarbejdet i kvartalsrapporten, som tilgår udvalget, således at også udvalget kan føre tilsyn med udviklingen i nøgletallet, som er en betydelige KPI for faglig kvalitet.

### 9.2.3 Medarbejderkontinuitet

Rapportering om medarbejderkontinuitet er beskrevet i afsnit 7.2.5.

I administrationsrapporten fremgår rapportering på KPI'en i form af andelen af besøg, der leveres af primær eller sekundær hjælper. Nøgletallet opgøres på basis af registreringer af, hvilke medarbejdere der faktisk har leveret ydelser (primært PDA-data) i én måned i daghjemmeplejen. De medarbejdere, der har flest og næstflest besøg, er pr. definition primær henholdsvis sekundær hjælper i den pågældende måned. Medarbejdere på aften- og nattevagt er ikke medtaget i beregningen, fordi det pr. definition er andre medarbejdere, der leverer ydelser på det tidspunkt.

Det er KPMG's vurdering, at administrationsrapportens oplysninger om medarbejderkontinuitet kan danne grundlag for ledelsestilsyn af denne KPI på direktionsniveau.

**KPMG anbefaler dog at:**

- Opfølgning på målsætningen om at 66 % af besøgene pr. lokalområde er leveret af primær eller sekundær hjælper indarbejdet i kvartalsrapporten, som tilgår udvalget, således at også udvalget kan føre tilsyn med udviklingen i nøgletallet, som er betydelige KPI for faglig kvalitet.

Det der rapporteres på i administrationsrapporten alene omfatter daghjemmeplejen. Forvaltningen kunne overveje at opstille samme statistik og mål for aften- og nattevagt.

### 9.2.4 Aflysninger

Rapportering om aflysninger er beskrevet i afsnit 7.2.6.

I administrationsrapporten fremgår andelen af aflyste besøg for henholdsvis daghjemmeplejen og aftenhjemmeplejen. Vi har forstået, at målet er at ingen aflysninger må foretages af leverandøren. Da der ikke fremgår årsag til de anførte aflysninger i administrationsrapporten, er der i administrationsrapporten ikke mulighed for at følge op på, om målet nås.

Det er KPMG's vurdering, at administrationsrapportens oplysninger om aflysninger ikke kan danne grundlag for ledelsestilsyn af denne KPI.

**KPMG anbefaler følgende:**

- Tabellen i administrationsrapporten om aflysninger udvides med aflysningsårsag. Det er reelt kun aflysningsårsagen "fejl i planlægning" der er kritisk, idet andre aflysningsårsager skyldes borgerens egne forhold. Denne specifikation vil muliggøre, at der via administrationsrapporten kan følges op på, om målet på området nås.
- Opfølgning på målsætningen om, at der ikke må ske aflysninger fra leverandøren, indarbejdes i kvartalsrapporten, som tilgår udvalget, således at også udvalget kan føre tilsyn med udviklingen i nøgletallet, som er en betydelige KPI for faglig kvalitet. Dette er endnu mere aktualiseret efter nedlæggelsen af Klagerådet i 2010, hvorefter der ikke længere modtages årlige klagerådsrapporter.
- SUF bør overveje at styrke validiteten af data ved at:
  - a) Sikre at alle gruppeledere har godkendt PDA-data for den periode, der udformes statistik for
  - b) Fortsætte dokumentationsstabens initiativ med indsnævring af aflysningsårsager sammen med kommunikation til medarbejdere om, hvornår de enkelte aflysningsårsager skal anvendes.

### 9.2.5 Brugertilfredshed

Måling og rapportering af brugertilfredshed er beskrevet i afsnit 7.3.1. Heraf fremgår resultatet af den seneste undersøgelse fra november 2010. Forvaltningen gennemfører generelt brugertilfredshedsundersøgelser hvert andet år. Disse undersøgelser klarlægger borgernes oplevelse af den hjemmepleje, de modtager, ved at spørge ind til en række forskellige emner.

Undersøgelserne er udarbejdet af anerkendte analysebureauer, henholdsvis TNS Gallup og Epinion, hvilket understøtter kvaliteten, validiteten og objektiviteten af dataindsamlingen, analysen og rapporteringen.

Brugertilfredshedsundersøgelser rapporteres på ad hoc-basis til direktionen og udvalget.

Det er KPMG's vurdering at der er tale om en værdifuld kontrol, og at der gennemføres af-rapportering i tilstrækkeligt omfang og på rette niveauer, således at brugertilfredshedsundersøgelser kan danne grundlag for ledelsestilsyn på relevante niveauer.

**KPMG skal dog anbefale følgende:**

- At der fastsættes mål for centrale spørgsmål i brugertilfredshedsundersøgelsen, eksempelvis en vis procentdel af borgerne der skal angive, at de generelt er tilfredse eller meget tilfredse med hjemmeplejen og de ydelser, der leveres.

## 9.2.6 Klagestatistik

Rapportering om klagestatistik er beskrevet i afsnit 7.3.2.

Vi har fået oplyst, at der via "Vejledning til ledere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen om håndtering af utilfredshed og klager" er meldt ud i forvaltningen, hvordan registrering af klager skal ske. Det fremgår bl.a. af vejledningen, at klager (såvel skriftlige som mundtlige) skal indrapporteres til juridisk afdeling på et standardskema. Klager er registreret i juridisk afdeling siden sommeren 2007.

Juridisk afdeling samler op kvartalsvist og sender en oversigt til Borgerrådgiveren sammen med kopi af indberetningsskemaer vedrørende de enkelte klager. Juridisk afdeling estimerer, at der for hjemmeplejen er ca. 1-2 klager pr. lokalområde pr. kvartal, dvs. ca. 30 om året.

Vi har forstået, at der ikke (længere) rapporteres klagestatistikker til direktionen, kun hvis juridisk afdeling vurderer det er nødvendigt. Vi har endvidere forstået, at klagestatistikken ikke fremgår af administrationsrapporten, fordi SUF er usikker på fuldstændigheden af registreringerne i juridisk afdeling. Der arbejdes i øvrigt generelt fra kommunens side på at ensrette og styrke registreringerne omkring klager, jf. ØU 2010- 16922.

Der rapporteres overordnet og ikke specifikt på hjemmeplejen i Borgerrådgiverens beretning, som er offentlig tilgængelig og behandles i udvalget. Vi har endvidere forstået, at visse konkrete klager modtages af enhedsleder og gruppeleder.

### Vedrørende registrering og rapportering af klager har KPMG følgende anbefalinger:

- SUF bør arbejde med at styrke validiteten af registreringer af klager, f.eks. løbende gøre medarbejdere opmærksom på krav om indrapportering til juridisk afdeling samt designe kontrol af, at klager faktisk indrapporteres (fuldstændighed i registreringer sikres)
- Klagestatistik bør indgå i fast periodisk rapportering til såvel direktion (administrationsrapport) som udvalg (kvartalsrapport), således at direktion og udvalget kan føre tilsyn med udviklingen i klager som er betydelige KPI for faglig kvalitet. Vi har fået oplyst, at SUF arbejder på at indarbejde klagestatistikker i administrationsrapporten.
- Der bør fastsættes mål for maksimale antal berettigede klager.

## 9.2.7 Sammenfatning af anbefalinger

SUF har generelt et omfattende og veldokumenteret grundlag for ledelsestilsyn af, om ydelser leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne, jf. elementerne i definitionen på faglig kvalitet.

Overordnet set er det KPMG's vurdering, at kontroller og ledelsestilsyn vedrørende faglig kvalitet er på et tilfredsstillende niveau, men at følgende yderligere tiltag bør iværksættes:



**KPMG anbefaler følgende:**

- Opfølgning på målopfyldelse af KPI'er vedrørende faglig kvalitet bør også tilgå udvalget, således at udvalget har mulighed for at føre tilsyn hermed
- Den nuværende rapportering i administrationsrapporten vedrørende aflysninger bør udvides med aflysningsårsag før rapporteringen kan anvendes til vurdering af, om det fastsatte mål for KPI'en er nået
- Der bør ske en periodisk rapportering af klagesager til direktion og udvalg.

## 9.3 Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af udførelsen af opgaverne

### 9.3.1 Kortlægning af procedurer og kontroller

Såvel ydelseernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes tid registreres, godkendes, kontrolleres og dokumenteres på medarbejder- og gruppelederniveau. Derfor vil vi fokusere på dette niveau.

#### 9.3.1.1 Oplysninger om visiterede ydelser til udførende leverandør

Data vedrørende visiterede ydelser til borgerne fødes i journalmodulet i KOS. Idet orientering af borgeren om ændringer/tildeling af ydelser ifølge det oplyste også genereres i journalmodulet, svarer de i journalmodulet foretagne ændringer/tildelinger i sagens natur til, hvad borgerne modtager oplysninger om, at de er berettiget til.

Vi har endvidere fået oplyst, at når ændringer/tildelinger af ydelser overgår til bestilling, så tilgår informationen udførende leverandører via en systemintegration mellem journalmodulet og planlægningssystemet/disponeringsmodulet. Visse private leverandører er ikke i besiddelse af et system, der er integreret med journalmodulet i KOS, hvorfor orientering af bestilling foregår via brev eller lignende. Vi har dog samtidig forstået, at nogen af de private leverandører er ved at implementere den nødvendige integration.

Den beskrevne integration mindsker risikoen for afvigelser mellem, hvad borgeren får visiteret, og hvad der indlæses i planlægningssystemet.

#### 9.3.1.2 Dokumentation af ydelseernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes arbejdstid

Planlæggeren/disponenten hos leverandøren udarbejder på grundlag af modtagne oplysninger om visiterede ydelser pr. borger en køreliste, som danner grundlag for, hvordan medarbejderen skal disponere sin tid, det vil sige, hvilke besøg medarbejderen skal foretage, hvilke ydelser medarbejderen skal levere, samt hvor lang tid medarbejderen skal påregne til de enkelte opgaver. Når kørelisten er udarbejdet, får hjemmehjælperen adgang til sin individuelle køreliste ved at indlæse den på sin PDA.

Der foreligger vejledninger og retningslinjer for, hvordan PDA'en anvendes. Informationerne på PDA'en giver oplysninger om, hvilke besøg hjemmehjælperen skal udføre, samt hvilke ydelser hjemmehjælperen skal levere. Når hjemmehjælperen udfører sine arbejdsopgaver,

er der en række retningslinjer, som hjemmehjælperen skal overholde for at levere hjemmehjælp i overensstemmelse med de foreskrevne krav.

Hjemmehjælperen skal registrere oplysninger i PDA'en om start- og sluttidspunkter for udførte besøg, samt hvilke ydelser der er leveret. Ligeledes skal hjemmehjælperne registrere afvigelser i forhold til det planlagte. Eksempler herpå kan være ændring, aflysning eller tilføjelse af besøg og ydelse eller indtastning af bemærkninger. Når hjemmehjælperen har udført dagens opgaver, afleveres registreringerne elektronisk til gruppelederens godkendelse.

I mange grupper har planlæggerne (visse steder benævnt disponenten) en meget central rolle i forhold til dokumentation og kontrol af ydelsernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes arbejdstid. Planlæggeren har ansvaret for udarbejdelse af kørelistes. Planlæggerne har dermed en meget vigtig rolle i forhold til organisering af arbejdsopgaverne og "drift" af gruppen. Planlæggeren opfattes både af sig selv og af andre medarbejdere som en slags mellemleder og indgår i dagligdagen som en væsentlig dokumentations- og kontrolfunktion.

Gruppelederen kan i løbet af dagen ændre planen for medarbejderen, og når kørelisten opdateres, kan lederen se, hvor langt medarbejderen er nået på listen over opgaver. Gruppelederne anvender ofte denne mulighed og foretager dermed også en kontrol af, hvordan PDA'en anvendes. Det er udbredt praksis, at hjemmehjælperne skal hjem til basen i frokostpausen. Her er der mulighed for at koordinere eventuelle ændringer til planen, bytte opgaver og give besked vedrørende forhold relateret til borgere m.v. Vi har set det gennemført som et formaliseret møde, hvor der i forbindelse med frokostpausen er en runde med status fra alle medarbejdere og gennemgang af planen for næste dag.

### 9.3.1.3 Kontrol af ydelsernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes arbejdstid

I løbet af en arbejdsdag kan der opstå afvigelser i forhold til den planlagte dagsplan. Sådanne afvigelser fra normen kan være væsentlige i forhold til, at borgeren får leveret ydelsen samt medarbejderens arbejdstid. Se i øvrigt besvarelsen af hovedspørgsmål 2.

Efter hjemmehjælperne via PDA'en har godkendt deres daglige leverede besøg og ydelser, sendes informationerne til gruppelederen. Gruppelederen er ansvarlig for at kontrollere registreringerne og følge op på afvigelser, som kræver særlig opmærksomhed. De afvigelser som følges op på, er bl.a. aflysninger.

Når gruppelederen har kontrolleret registreringerne, godkendes disse. Herefter er de tilgængelige i KOS-systemet, herunder statistikmodulet f.eks. til brug for statistikker/ledelsesrapportering. Her skaber registreringerne grundlag for yderligere rapportering og kontrol.

Gruppelederens kontrol af hjemmehjælpernes arbejdsudførelse er en af de vigtigste kontroller i hele hjemmeplejen for at sikre, at hjemmeplejen leveres som forudsat. Dels er kontrollen med til at sikre, at hjemmehjælperen konkret har været hos borgeren og udført de relevante ydelser, og dels er kontrollen også vigtig, da den samtidig synliggør afvigelser, som gruppelederen skal følge op på.

Egentligt omsorgssvigt vil med stor sandsynlighed blive fanget på sigt. Mere problematisk er det med snyd med kvalitet i levering af ydelser. Der er ingen opfølgning eller rapportering på kvaliteten af de leverede ydelser, udelukkende "dokumentation" på den kvantitative levering. En dokumentation der grundlæggende er baseret på tillid. Kvaliteten af de ydelser hjemme-

hjelperne leverer ved borgerne, er der ingen fast opfølgning eller dokumentation af på gruppelederniveau. Kontrollen på dette område er således det eksterne tilsyn og de gennemførte brugertilfredshedsundersøgelser.

Et andet væsentligt element er medarbejdernes løbende faglige dialog. Der kommer flere forskellige medarbejdere i borgernes hjem, og dermed opstår der en indsigt i hinandens arbejde, som kan give anledning til erfaringsudveksling om kvalitet i ydelserne. Interviewpersonerne oplever denne dialog som væsentlig.

Det vurderes som positivt, at der eksisterer en kultur, der sandsynliggør, at kollegaer rent faktisk vil deltage i denne dialog med kollegaer og gruppeleder.

Vi har identificeret, at forskellen på grupperne viser, at det er "lokale" faktorer, der afgør, hvordan det går. Grupper, hvor det går godt, er karakteriseret ved tilfredse medarbejdere, sammenhæng mellem visiterede og leverede ydelser og kontrol med kvalitet og levering af ydelser. Det, der afgør, om gruppen fungerer godt, er ledelse, kommunikation, lokal kultur og uddannede medarbejdere.

### 9.3.2 Rapportering som grundlag for ledelsestilsyn

På basis af tabel 10 ovenfor kan identificeres følgende rapporteringsformer, som muligvis kan danne grundlag for ledelsestilsyn af, at visiterede ydelser rent faktisk leveres:

#### 9.3.2.1 Administrationsrapport, leveringsgrad

I administrationsrapporten fremgår nøgletallet leveringsgrad, som udtrykker forholdet mellem faktisk leveret tid og visiteret tid. Imidlertid er en høj leveringsgrad (tæt på 100 %) ikke nødvendigvis udtryk for, at alle ydelser leveres. Det kan eksempelvis være udtryk for, at det tager længere tid at udføre ydelserne end forudsat ved fastlæggelse af visiteret tid og er således ikke nødvendigvis udtryk for, at ydelserne leveres som planlagt.

I øvrigt ville det ikke være ubetinget hensigtsmæssigt at have et mål om en høj leveringsgrad, da man dermed uforvarende kunne modarbejde mulige effektiviseringer, som ville medføre, at leveret tid er mindre end visiteret tid.

#### 9.3.2.2 Tilsynsrapporter

I tilsynsrapporterne fremgår "Mål 3-4 Sammenhæng mellem visitation og leveret pleje og omsorg". Det vil sige, det tyder på, at det eksterne tilsyn er inde og se på, om borgerne faktisk modtager de leverede ydelser.

Det er imidlertid ikke direkte til at læse ud af rapporterne, om der er foretaget en fuld gennemgang af samtlige ydelser visiteret til de enkelte borgere, og om afstemning mellem PDA-data og visitationsdata er omfattet af tilsynet.

#### 9.3.2.3 Brugertilfredshedsundersøgelser

Brugertilfredshedsundersøgelser kan omfatte forespørgsel til borgerne om, hvorvidt de modtager samtlige visiterede ydelser. Hvis forespørgslen med høj grad af sikkerhed kan anvendes til at konkludere på, om visiterede ydelser rent faktisk leveres, er det imidlertid KPMG's opfattelse, at en sådan forespørgsel bør tage udgangspunkt i, at interviewer sidder med en liste over de visiterede ydelser og spørger ind til de konkrete ydelser. Vi har forstået, at dette aspekt ikke er omfattet af brugerundersøgelser.

Endvidere finder brugerundersøgelser sted med en frekvens på ca. 2 år, som er lang tid i relation til ledelsens tilsyn med, om ydelserne nu også leveres.

### 9.3.3 Sammenfatning af anbefalinger

#### 9.3.3.1 Validitet af PDA-data

Et helt centralt element i tilsynet med, om de visiterede ydelser rent faktisk er leveret, er validiteten af de registreringer, der sker på PDA'erne.

Registreringer af PDA-data giver ikke i sig selv sikkerhed for, at medarbejderne følger retningslinjerne og leverer de visiterede ydelser, borgerne har krav på. Kvaliteten af PDA-data hviler alene på validiteten af medarbejdernes registreringer. Hvis medarbejderen bevidst vil snyde, vil gruppelederens efterkontrol umiddelbart sjældent kunne afsløre dette.

Med mindre systemet til registrering af medarbejdernes tidsforbrug ændres, er det efter KPMG's opfattelse svært at hæve niveauet på kontrolmiljøet betydeligt. En ændret systemregistrering kunne eksempelvis være implementering af dørscannere, hvor medarbejderne via et unikt identifikationskort registrerer, når de ankommer hos borgeren, og når de tager af sted fra borgeren. Et sådan system vil som udgangspunkt i høj grad reducere risikoen for såvel tilsigtede som utilsigtede fejlregistreringer. Vi er bekendt med, at SUF kører et pilotprojekt herom, men er ikke bekendt med resultatet heraf.

KPMG kan ikke på det eksisterende grundlag anbefale en så gennemgribende ændring i registreringssystemerne. Vi påpeger blot, at dette kunne være en metode til styrkelse af data og imødegåelse af andre sager om bevidst fejlregistrering af komme- og gåtider. Inden der kan tages stilling til dette, bør økonomien i systemanskaffelsen samt medarbejdernes reaktion naturligvis tages i betragtning.

#### 9.3.3.2 Rapportering

Hvorvidt de visiterede ydelser leveres, kontrolleres via følgende kontroller/ledelsestiltag:

- Daglig godkendelse af PDA
- Løbende tilsynsrapporter
- Klagestatistik
- Brugerundersøgelse.

Samlet er der etableret et acceptabelt kontrolmiljø. De enkelte elementer har dog visse indbyggede svagheder. Den daglige godkendelse af PDA'en har den indbyggede svaghed, at den er baseret på tillid, og/eller at gruppelederen skal have detaljeret kendskab til hjemmeplejernes arbejde og borgerne.

De løbende tilsynsrapporter udgør en relativ beskedent stikprøve, men er et godt værktøj.

Validiteten i klagestatistikken bør som anført styrkes.

Brugertilfredshedsundersøgelsen gennemføres alene hvert andet år og er derfor ikke velegnet til løbende tilsyn.

Vi anbefaler endvidere at lade informationen i PDA'en gå direkte til KOS uden godkendelse.

Den frigjorte tid benytter gruppelederen til at komme "ud i marken" både sammen med hjemmehjælper og alene. Herved opnår gruppeleder et mere direkte og detaljeret indblik i det udførte arbejde, herunder kvaliteten i leverancen.

Denne viden kan anvendes ved gennemgang af foruddefinerede rapporter, som dannes på baggrund af PDA-registreringer.

Yderligere anbefales videndeling mellem gruppelederne med det formål at udvikle et ensartet kontrolmiljø.

Ovenstående kan eventuelt suppleres med:

- Årlig gennemførelse af en egenkontrol som den der blev gennemført i sommeren 2010 "Analyse og rapportering på egenkontrol i hjemmeplejen". Stikprøven behøver i sagens natur ikke at være så omfattende som i denne rapport, der omfatter 4.945 borgere.
- Udvide det eksterne tilsyn så det:
  - a) Fremgår af tilsynsrapporterne, at der er foretaget stikprøvevis kontrol af, om alle visiterede ydelser svarer til leverede ydelser for de udvalgte borgere
  - b) Tilsynet omfatter kontrol af sammenhæng mellem borgens udsagn og PDA-registreringer
  - c) Stikprøvestørrelsen på dette punkt bør udvides (mere end 7 borgere pr. tilsyn).
- Implementere en uvildig årlig kontrol svarende til den undersøgelse, KPMG har foretaget, jf. omtalen i bilag 4. En sådan undersøgelse kunne eventuelt gennemføres af en intern controllerenhed, der er uafhængig af udførerenheden.

Endvidere foretages ledelsesopfølgningen i lokalområderne og månedsrapportering til gruppeledere ikke ensartet i lokalområderne. Vi har noteret, at SUF har fokus på at ensrette dette mellem lokalområderne for at sikre samme "pløjedybde" i ledelsestilsynet i de enkelte lokalområder.

## 10 Introduktion til SOF undersøgelse

Socialforvaltningen (SOF) har ansvaret for hjemmepleje til borgere mellem 18 - 65 år, som på grund af f.eks. funktionsnedsættelse, misbrug eller kronisk invaliderende sygdom har behov for personlig pleje eller praktisk hjælp. SOF leverer ydelser til ca. 3.500 borgere, der i gennemsnit får omkring fem timers hjemmepleje om ugen. Der er ca. 385 fastansatte og ca. 40 timelønnede medarbejdere i SOF's udførerenhed.

### 10.1 Organisering

Udførerenheden i SOF har en organisatorisk opbygning med to ledelsesniveauer. Udførerchefen har det overordnede ansvar for leveringen af de visiterede ydelser til borgerne. Under chefen for udførerenheden findes i alt 20 hjemmehjælpsgrupper med hver sin leder, der alle refererer til udførerenhedens chef. De 20 hjemmehjælpsgrupper er fordelt på fem geografisk forskellige hjemmeplejebaser. Der findes i alt 14 daggrupper, 5 aftengrupper og 1 natgruppe.

### 10.2 Ydelser

Overordnet inddeles hjemmeplejens ydelser i praktisk hjælp og personlig pleje, og størstedelen af ydelserne leveres i dagtimerne. Den primære arbejdsplads er i borgernes hjem og på vejene. Hjemmeplejens ydelser leveres inden for tre inddelinger af døgnet: dag, aften og nat.

Borgere, der er visiteret til hjemmehjælp i Københavns Kommunes Socialforvaltning, kan frit vælge mellem den kommunale hjemmehjælp og en række private leverandører. Der er konkurrence mellem private og kommunale leverandører både for praktisk hjælp og personlig pleje. I dag leverer kommunale leverandører ca. 50 % af de visiterede ydelser til borgerne. De resterende 50 % leveres af private leverandører, herunder underleverandører, selvudpegede hjælpere og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere.

Visitation af ydelserne til borgerne foretages af en selvstændig myndighedsenhed, der er uafhængig af udførerenheden. Udførerenheden i SOF betragtes som leverandører, jf. bestiller-udfører-modellen (BUM).

## 11 Nøglespørgsmål 1

I nøglespørgsmål 1 har undersøgelsen til formål at afdække og besvare spørgsmålet:

Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på? Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

### 11.1 Datagrundlag

Følgende datakilder indgår som grundlag for vores besvarelse:

- Eksisterende materiale og data vedrørende nøgletal og dokumentation af faglig kvalitet:
  - Klagestatistik
  - Retningslinjer og vejledninger
- Efterkontrol af leverede ydelser hos stikprøveudvalgte brugere
- Brugerundersøgelse (gennemført i november 2010)
- Spørgeskemaundersøgelse af gruppeledere og medarbejdere
- Interviews med ledere på alle niveauer
- Interviews med medarbejdere
- Interviews med planlæggere
- Interviews med private leverandører.

### 11.2 Vurdering af faglig kvalitet

#### 11.2.1 Udgangspunktet for vurdering af den faglige kvalitet

Udgangspunktet for besvarelse af nøglespørgsmål 1 er den definition af faglig kvalitet, som SOF benytter som grundlag for leveringen af ydelserne, for den løbende opfølgning, for dokumentation og for den måde, hvorpå der føres tilsyn.

Overordnet set drejer faglig kvalitet inden for SOF's hjemmepleje sig om, at borgerne modtager de ydelser, som er fastlagt politisk i form af et serviceniveau og i form af nogle kvalitetsstandarder.

I denne undersøgelse vil den faglige kvalitet blive vurderet i forhold til følgende konkrete indikatorer og kvalitetsmål:

1. Brugertilfredshed
2. Klagestatistik
3. Fast kontaktperson hos leverandøren
4. Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet
5. Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje
6. Erstatningsbesøg tilbydes indenfor fem hverdage ved aflysning af praktisk hjælp
7. Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren
8. Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats
9. Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag.

**I besvarelsen af den første del af nøglespørgsmål 1** (afsnit 8.2.3) "Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?" indgår følgende dele af definitionen på faglig kvalitet: 3) Fast kontaktperson hos leverandøren, 4) Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet, 5) Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje, 6) Erstatningsbesøg tilbydes inden for fem hverdage ved aflysning af praktisk hjælp, 7) Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren, 8) Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats, 9) Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag.

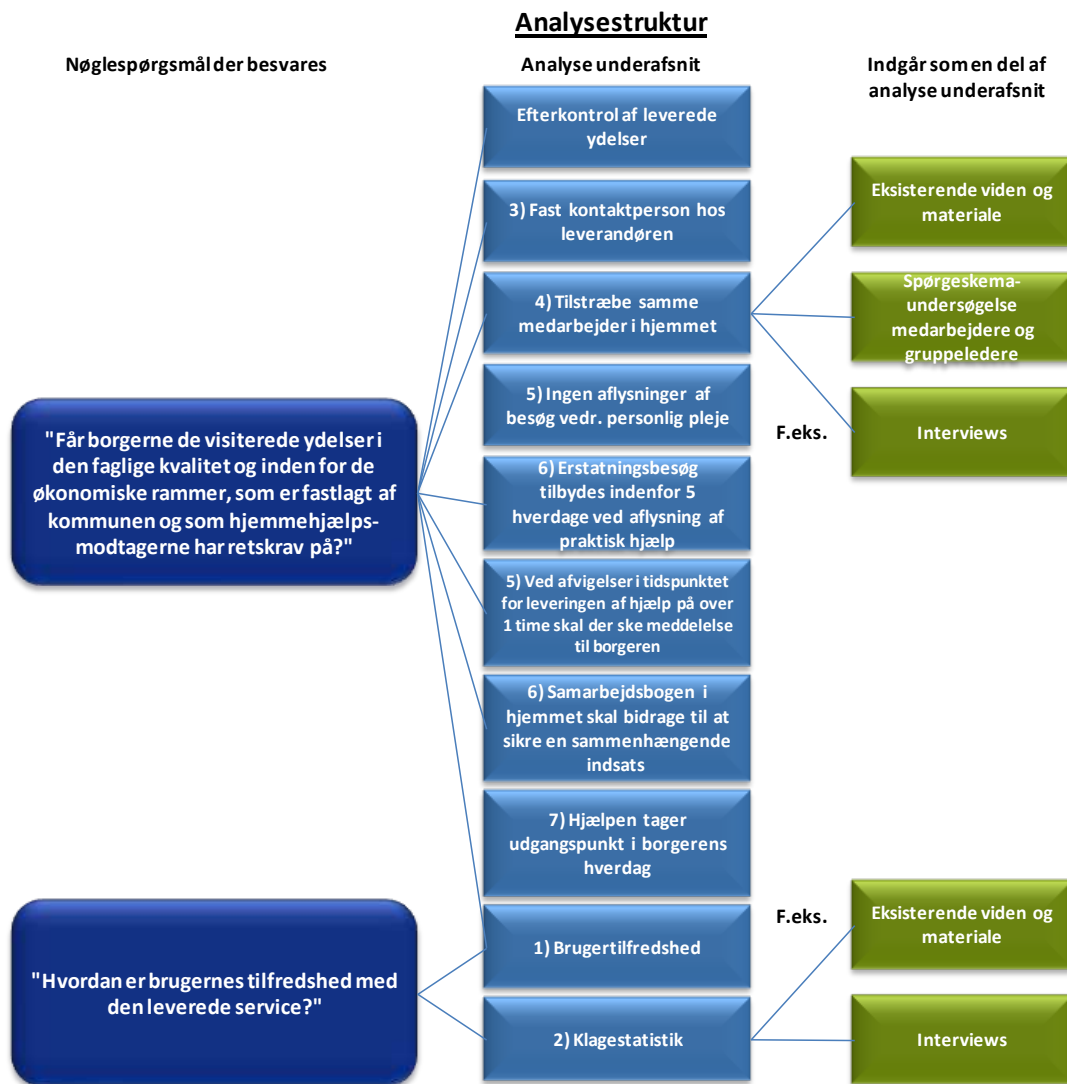
Denne del af analysen er suppleret med data fra den efterkontrol af ydelser (se afsnit 5.2), der stikprøvevis er foretaget af, om borgerne har modtaget de ydelser, der er registreret.

**I besvarelsen af den anden del af nøglespørgsmål 1** (afsnit 8.2.4): "Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?" indgår følgende dele af definitionen på faglig kvalitet: 1) Brugertilfredshed og 2) Klagestatistik.

Analysestrukturen er illustreret nedenfor



Figur 28 - Analysestruktur for spørgsmål 1, første del, SOF



Med afsæt i den viste struktur vil vi nedenfor gennemføre første del af analysen for nøglespørgsmål 1, herunder de elementer som samlet set bidrager til besvarelsen af spørgsmål 1 - *Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?*

Det stærkeste grundlag for besvarelse af dette spørgsmål er den gennemførte egenkontrol af, hvorvidt borgerne har fået de ydelser, der er registreret.

### 11.2.2 Efterkontrol

For at sikre et troværdigt grundlag for denne analyse og de tilhørende konklusioner har KPMG gennemført efterkontrol på registrering af leverede ydelser og tid. Borgere er stikprøvevis kontaktede og spurgt om, hvilke ydelser de har fået leveret på den pågældende dag.

Disse data er derefter sammenholdt med de data, der er registreret i de indleverede kørebøger. Metoden og det indsamlede datagrundlag er uddybet i afsnit 5.2.

Efterkontrollen i SOF resulterede i 216 gyldige besvarelser, som danner grundlag for analysen.

#### Tilstedeværelseskontrol (besøg den pågældende dag)

Af de 216 borgere, der indgår i undersøgelsen, er der 212 borgere, som har svaret, at de har modtaget besøg, som det fremgår af kørebøgerne, hvilket svarer til 98 % af de adspurgte.

Der er følgende årsager til, at borgeren har svaret nej til dette spørgsmål:

- Borger har aflyst/frabad hjælp = 2
- Borger har været indlagt = 2

Den udførte efterkontrol viser med stor sandsynlighed, at ydelser er leveret den pågældende dag.

#### Ydelseskontrol (er ydelserne leveret)

Der er 193 (89 %) af de adspurgte borgere, som svarer ja til, at de har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne. Der er samtidig henholdsvis 12 (6 %) og 7 (3 %) borgere, der har svaret, at de kun delvist eller slet ikke har fået leveret de ydelser, de burde have modtaget i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne. Der er således i alt 19 (9 %) borgere, der ikke har modtaget ydelserne, som de burde have. De 19 besvarelser skal selvfølgelig vurderes mod de årsagsforklaringer, der er for, at ydelserne ikke er leveret.

#### Årsagsforklaring på hvorfor ydelserne ikke er leveret

Af de 19 borgere der kun delvist eller ikke har modtaget ydelserne i overensstemmelse med, hvad der fremgår af kørebøgerne er der følgende årsagsforklaringer;

- I 9 tilfælde har borgeren frabedt sig hjælp
- I 5 tilfælde har der været en anden årsag (2 tilfælde skyldes indlæggelse på hospital/i 3 tilfælde kan borgeren ikke forklare, hvorfor ydelserne ikke er leveret)
- I 2 (1 %) tilfælde har borgerne svaret, at hjælperne ikke ville hjælpe eller ikke havde tid til at hjælpe.

Konkret er der kun to besøg, hvor borgeren giver udtryk for, at hjælperne ikke ville hjælpe eller ikke havde tid til at hjælpe dem. Dette resultat indikerer, at borgerne får de ydelser, de skal have.

#### Fuldstændighedskontrol (visiterede ydelser)

Det sidste og fjerde spørgsmål i den udførte efterkontrol vedrører en *fuldstændighedskontrol*. Her spørger vi borgeren, om alle de konkrete *visiterede* ydelser generelt bliver leveret. Her spørges således også til de ydelser, borgeren skal modtage ud over hvad, der blev spurgt til i det første spørgsmål (ydelseskontrol).

Til dette spørgsmål oplyser 177 eller 82 % af borgerne, at de generelt modtager de ydelser, de er visiteret til. Der er 39 borgere, svarende til 18 %, som ikke mener, at de modtager de ydelser, de er visiteret til.

Borgerne nævner, at de typisk ikke modtager følgende ydelser:

- Tøjtøjk/vaskeordning
- Indkøbsordning
- Ingen ekstra rengøring hver 12 måned
- Rengøring
- Borgerne klarer opgaverne selv
- Hårvask
- Andet.

At der er 18 %, der ikke mener, de får de ydelser, de er visiteret til, er en relativ høj andel. Dette indikerer, at der enten er en manglende forståelse for, hvilken ydelse de er berettiget til, og/eller at der i nogle tilfælde ikke bliver leveret alle de ydelser, som de har krav på.

#### Sammenfatning

På baggrund af den udførte efterkontrol kan vi konstatere, at tilstedeværelsen er i orden, hjælperne kommer ud til borgerne som aftalt (samme dag). I ydelseskontrollen konstateres det, at borgerne har modtaget de ydelser, som de har krav på for den pågældende dag, kontrollen blev gennemført.

### 11.2.3 Fast kontaktperson hos leverandøren

Med henblik på at sikre Socialudvalgets målsætning om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats skal borgeren have en fast kontaktperson hos leverandøren af hjemme-hjælp.

SOF oplyser, at det systemmæssigt ikke er muligt at indhente data (registreringer) og udarbejde statistik om, hvorvidt borgeren har fået tildelt en fast kontaktperson. Derfor indgår der ikke et sådant datagrundlag i analysen.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

Spørgsmålet om hvorvidt borgerne har en fast kontaktperson har heller ikke udgjort noget centralt tema i vores interview med ledere og medarbejdere.

### 11.2.4 Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet

Med henblik på at sikre Socialudvalgets målsætning om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, er det vigtigt, at der er kontinuitet i leveringen af ydelser. For at sikre dette er der opstillet et kvalitetskrav om, at der skal tilstræbes færrest mulige hjælpere i hjemmet.

For at sikre at ydelser leveres til faglig kvalitet, er det derfor væsentligt at den kommunale leverandør tilstræber, at hjemmehjælpen leveres af de samme medarbejdere (medarbejderkontinuitet).

#### Hvad findes der af ledelsesinformation?

SOF oplyser, at det systemmæssigt ikke er muligt at indhente data (registreringer) og udarbejde statistik om, hvor mange hjælpere der kommer hos borgeren. Derfor indgår der ikke et sådant datagrundlag analysen.

Det er vores iagttagelse, at der ikke foreligger et konkret mål for medarbejderkontinuitet i SOF. Tilsvarende er det oplyst, at SOF for nuværende ikke kan producere systemdata (registreringer) på dette med henblik på at udarbejde statistik på området.

Manglende statistik herpå gør, at det ikke er muligt for os at vurdere, hvorvidt SOF reelt leverer medarbejderkontinuitet over for borgerne. Ligeledes har det ikke været muligt at kortlægge, om udviklingen på området er positiv (øget medarbejderkontinuitet) eller negativ.

#### Hvad siger borgerne?

Ifølge brugertilfredshedsundersøgelsen er der 57 % af de adspurgte borgere, der giver udtryk for, at de ved, hvem der er deres faste hjælpere. Der er 47 %, der mener, at de i høj eller meget høj grad har oplevelsen af at have faste hjælpere.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 80 % af gruppelederne og 45 % af medarbejderne i høj eller meget høj grad oplever, at det er de samme hjælpere, der kommer i borgerens hjem. Resultaterne viser, at medarbejdernes og gruppeledernes opfattelse heraf er forskellig.

Ud fra vores interview med både ledere og medarbejdere vurderer vi, at det at levere høj medarbejderkontinuitet er prioriteret i den daglige opgaveudførelse og planlægning.

Der nævnes imidlertid også en række ikke uvæsentlige udfordringer forbundet med at skulle levere høj medarbejderkontinuitet. Eksempelvis plejetyngden hos borgeren, behov for flere kompetencer til at løse opgaven hos den enkelte borger, særligt udfordrende og plejekrævende borgere, som skaber behov for, at flere medarbejdere skal dele opgaven, generel planlægning ved knappe ressourcer, ved sygdom eller andet fravær samt borgerens specifikke ønsker til tidspunkt for levering af hjemmehjælpen og lignende. Gruppelederne oplyser, at ovenstående grunde medvirker til, at det i praksis er en udfordring at levere en høj grad af medarbejderkontinuitet.

Det er imidlertid vores vurdering, at der både hos ledere og medarbejdere findes en klar forståelse for, at det er hensigtsmæssigt, at det så vidt muligt er de samme hjælpere, der kommer hos borgeren, og det er også det, man tilstræber.

Fra de afholdte møder med planlæggerne fremgår det, at de arbejder med en planlægnings-skabelon, hvor hjælpere så vidt muligt har faste borgere. Planlæggerne giver også udtryk for, at de er bekendte med forvaltningens forventning om at levere medarbejderkontinuitet over for borgerne.

Nogle gruppeledere giver udtryk for, at der arbejdes med en model, hvor der hver 3. måned er en udskiftning af de faste hjælpere over for borgerne. Dette gøres bl.a., fordi visse borge-

re er specielt udfordrende at levere hjælp til. Derfor kan der være behov for udskiftning i de faste hjælpere, så de ikke mister motivationen. Denne uformelle praksis indvirker derfor på, hvorvidt de kan levere medarbejderkontinuitet.

Flere gruppeledere og medarbejdere nævner at den vigtigste indirekte kontrol med levering af de visiterede ydelser er den interne "selvjustits", der netop bygger på, at flere forskellige medarbejdere kommer i borgernes hjem. Pointen er, at hvis én medarbejder ikke opfylder sine forpligtelser og følger retningslinjerne ved en borger, så vil det hurtigt blive "opdaget" af andre hjælpere, der kommer i borgernes hjem. Dermed bliver spørgsmålet om medarbejderkontinuitet til et trade-off mellem værdi for borgerne på den ene side og intern kontrol af de leverede ydelser på den anden side.

Samtidig er det sandsynligt at en vis udskiftning af hjælpere i borgernes hjem også kan være med til at sikre, at eventuelle ændringer i en borgeres behov hurtigere opdages. En medarbejder, der kommer fast i borgerens hjem, vil måske ikke opleve ændringen i borgers behov, da den kommer langsomt over tid, en problematik der kan afhjælpes, hvis der kommer nye øjne på borgeren, nye udenforstående øjne der kun kender de oprindeligt visiterede ydelser.

#### Sammenfatning vedrørende medarbejderkontinuitet

Der foreligger ikke konkrete og målbare mål for, hvad det vil sige, at SOF lever op til målsætningen om medarbejderkontinuitet. Hertil kommer, at der ikke findes statistik på området, som viser noget om, hvor mange borgere der rent faktisk har en fast hjælper, eller om hvor mange hjælpere der kommer ude hos den enkelte borger.

Herudover tyder undersøgelsen på, at der findes en noget forskellig opfattelse af spørgsmålet om medarbejderkontinuitet blandt gruppelederne på den ene side og blandt såvel medarbejderne som borgerne på den anden. Blandt gruppelederne er der således 80 %, mens der blandt både medarbejdere borgere kun er henholdsvis 40 % og 57 %, der har oplevelsen af, at det er de samme hjælpere, der kommer ude hos den enkelte borger.

På baggrund af de gennemførte interviews er det vores vurdering, at der hos både gruppeledere og planlæggere findes både forståelse for og fokus på medarbejderkontinuiteten i den daglige planlægning af opgaverne.

### 11.2.5 Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje

Socialudvalget har en målsætning om, at der ikke må ske aflysning af besøg ude hos borgerne vedrørende personlig pleje.

#### Hvad findes der af ledelsesinformation?

Forvaltningen foretager månedlig afrapportering til gruppelederne via Vitae-systemet vedrørende omfanget af aflysninger. Her rapporteres der både om aflysninger fra borgere og om aflysninger fra hjemmeplejen (leverandøren). Rapporteringen foretages på timeniveau og ikke på ydelser.

Vi har modtaget data fra SOF vedrørende det samlede antal aflysninger af besøg i oktober måned 2010. De udleverede data skelner ikke mellem besøg vedrørende personlig pleje og praktisk hjælp.

Tabel 11 - Aflysninger af besøg oktober 2010

| Aflysnings-årsag                  | Amager | Bispebjerg-Nørrebro | Brønshøj-Vanløse | City-Østerbro | Valby-Vesterbro | I alt |
|-----------------------------------|--------|---------------------|------------------|---------------|-----------------|-------|
| Aflyst af borger - over 24 timer  | 42     | 234                 | 31               | 85            | 37              | 429   |
| Aflyst af borger - under 24 timer | 508    | 772                 | 254              | 308           | 150             | 1992  |
| Aflyst af leverandør              | 4      | 4                   | 0                | 17            | 8               | 33    |
| Forgæves gang                     | 39     | 147                 | 12               | 43            | 25              | 266   |
| I alt                             | 593    | 1.157               | 297              | 453           | 220             | 2.720 |

Det fremgår af tabellen, at der samlet i oktober 2010 har været 2.720 aflysninger. Af disse er kun 33 aflysninger foretaget af den kommunale leverandør, hvilket svarer til 1 % af alle aflysninger.

Den største del af aflysningerne vedrører de aflysninger, der er foretaget af borgerne inden for 24 timer af, at ydelserne skal leveres.

Der er modtaget et supplerende datasæt fra SOF dækkende oktober 2010. Af disse data fremgår antal aflysninger gjort op i timer og fordelt på personlig pleje og praktisk hjælp. Det fremgår ikke, hvor mange faktiske besøg der er aflyst, men data viser aflysningerne målt i tid for de to ydelseskategorier (personlig pleje og praktisk hjælp).

Det samlede omfang af aflyste ydelser foretaget af leverandøren er for oktober 2010:

- Aflysninger vedrørende **personlig pleje** 9,17 timer
- Aflysninger vedrørende **praktisk hjælp** 12,75 timer.

Omfanget af aflyste ydelser i timer fra leverandøren er lavt. Men viser, at SOF ikke fuldt ud lever op til deres målsætning om ingen aflysninger vedrørende personlig pleje. Vi bemærker, at vi ikke har modtaget data på det samlede antal leverede timer for oktober.

#### Brugerundersøgelsen

Ingen af de adspurgte borgere, der modtager personlig pleje, har oplyst, at de har fået aflyst besøg vedrørende den personlige pleje inden for den seneste måned. I alt 71 % har således svaret nej til spørgsmålet, mens 29 % har svaret ved ikke til spørgsmålet.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

Spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere og medarbejdere viser, at ingen af gruppelederne og kun et fåtal af medarbejderne oplever, at hjemmeplejen aflyser besøg ude hos borgerne vedrørende personlig pleje.

Ud fra de gennemførte interviews med såvel gruppeledere, planlæggere og medarbejdere er det ligeledes vores vurdering, at hverken ledere eller medarbejdere oplever, at der aflyses

Besøg vedrørende personlig pleje.Besøg, der omhandler personlig pleje, udskydes heller ikke, såfremt det er muligt at undgå. Det er vores opfattelse, at der på dette punkt var stor overbevisning hos de adspurgte, ligesom retningslinjerne vedrørende aflysning af personlig pleje var kendt af alle.

Det er planlæggeren, der har den daglige arbejdsopgave at få medarbejderressourcer, køreplaner og visiterede ydelser til at gå op og derigennem sikre, at besøg vedrørende personlig pleje ikke bliver aflyst. Det fremgår af interviewene, at denne opgave ofte er vanskelig. Specielt højt sygefravær og manglende mulighed for brug af vikarer nævnes som nogle af udfordringerne

Ud fra de gennemførte interview er det vores vurdering, at hjemmeplejen for så vidt angår flytninger af besøg vedrørende personlig pleje også i videst muligt omfang forsøger at undgå at flytte besøg, og måske i stedet i nogle tilfælde bliver nødt til at nedprioritere besøg vedrørende praktisk hjælp og samtidig "løber lidt hurtigere" for at for tingene til at gå op.

På baggrund af interviewene med de private leverandører er vores generelle indtryk vedrørende aflysninger det samme som for de kommunale leverandører. De private leverandører aflyser som udgangspunkt heller ikke besøg hos borgerne, og i de tilfælde hvor det alligevel er nødvendigt, forsøges der altid lavet en ny aftale om besøg.

#### Sammenfatning af ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje

Vi konstaterer, at der i oktober 2010 var aflysninger vedrørende personlig pleje ydelser på 9,17 timer.

Sammenfattende er det vores vurdering, både på baggrund af data på aflysninger, brugertilfredshedsundersøgelsen og hvad ledere og medarbejdere giver udtryk for i såvel spørgeskemaundersøgelsen som i interviewene, at aflysning af besøg ude hos borgeren vedrørende personlig pleje er sjældent forekommende.

### 11.2.6 Erstatningsbesøg tilbydes indenfor 5 hverdage ved aflysning af praktisk hjælp

Socialudvalget har en målsætning om, at borgere, som har fået aflyst et besøg vedrørende praktisk hjælp, skal have et erstatningsbesøg tilbudt indenfor fem hverdage.

#### Hvad findes der af ledelsesinformation?

SOF foretager ikke registreringer på, hvorvidt de tilbyder erstatningsbesøg inden for fem hverdage. Når eksempelvis planlæggeren flytter et planlagt besøg, bliver det ikke automatisk registreret som en flytning i planlægningsmodulet. Dette gør, at der ikke kan trækkes statistik på området.

KPMG anbefaler, at der foretages registreringer på, hvorvidt der tilbydes erstatningsbesøg, såfremt SOF ønsker at benytte det som et mål for faglig kvalitet.

#### Brugerundersøgelsen:

I alt har 88 % af de adspurgte borgere oplyst, at hjemmeplejen/leverandøren ikke har aflyst besøg vedrørende praktisk hjælp inden for den seneste måned, mens 10 % oplyser, at de har fået aflyst et sådant besøg.



Af de borgere, der har fået aflyst et besøg vedrørende praktisk hjælp inden for den seneste måned, har omkring halvdelen fået et erstatningsbesøg inden for 5 dage, mens den anden halvdel ikke har fået et sådant erstatningsbesøg.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

I alt 67 % af gruppelederne oplever i mindre eller i ringe grad, at hjemmeplejen foretager flytning af besøg ude hos borgerne vedrørende praktisk hjælp (ekskl. fleksibel hjemme-hjælp). I alt 13 % af gruppelederne oplever, at det sker i høj eller meget høj grad.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejderne er billedet lidt mere tvetydigt. Her fremgår det, at 51 % oplever, at hjemmeplejen foretager flytning af besøg ude ved borgerne vedrørende praktisk hjælp. 15 % oplever flytninger i meget høj grad eller i høj grad.

Ud fra interviewene med ledere og medarbejdere fremgår det, at der i planlægningen og i udarbejdelsen af kørelister foretages en prioritering af besøg vedrørende personlig pleje over besøg indeholdende praktisk hjælp. Dette indebærer således, at det, såfremt der er tids- og ressourcepres, vil være besøgene vedrørende praktisk hjælp, der flyttes.

Der er en bred tilkendegivelse af, at man så vidt muligt forsøger at undgå alle typer aflysninger og erstatningsbesøg, men hvis det er nødvendigt, er der en fast procedure, hvor man kontakter borgeren hurtigst muligt og aftaler en ny tid til den praktiske hjælp. Nogle gange kan borgerne vælge at aflyse besøget, men i de fleste tilfælde aftales en ny tid for et erstatningsbesøg.

I praksis er oplevelsen hos ledere og medarbejdere, at erstatningsbesøget foretages inden for de efterfølgende par dage og stort set altid inden for fem hverdage efter aflysningen. Ikke alle er bekendt med kvalitetsmålet med nyt besøg inden for fem hverdage, men ifølge interviewpersonerne opfyldes målet alligevel i praksis.

#### Sammenfatning af hvorvidt erstatningsbesøg tilbydes inden for fem hverdage ved aflysning af praktisk hjælp

Der er ikke i øjeblikket registreringer af, hvorvidt erstatningsbesøg tilbydes inden for fem hverdage, hvilket umuliggør udarbejdelsen af reel ledelsesinformation herpå.

Hos både medarbejdere og gruppeledere er der dog bevidsthed om, at man arbejder med dette kvalitetskrav. Men specielt medarbejderne tilkendegiver, at der i praksis ikke altid leveres erstatningsbesøg inden for de fem dage. Dette underbygges af brugertilfredshedsundersøgelsen, hvor kun cirka halvdelen af borgerne oplyser, at de har fået et erstatningsbesøg inden for de fem dage, når der har været aflyst et besøg ude hos dem vedrørende praktisk hjælp.

### 11.2.7 Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren

Socialudvalget har en målsætning om, at borgeren ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal have meddelelse herom fra hjemmeplejen.

#### Hvad findes der af ledelsesinformation?

SOF oplyser, at der ikke foreligger registreringer af, hvorvidt der i praksis sker meddelelse til borgeren inden for en time, når der sker afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp til



borgeren. Derfor foreligger der ikke konkrete data fra forvaltningens side, der kan dokumentere, i hvilken grad målet bliver opfyldt.

#### Hvad siger borgerne?

I alt 74 % af de adspurgte borgere har oplyst, at hjælperne altid eller ofte kommer i det aftalte tidsrum, 8 % oplyser, at det sker somme tider, mens andre 8 % siger, at det sker sjældent eller aldrig/næsten aldrig, at hjælperne kommer i det aftalte tidsrum.

Af de adspurgte borgere oplyser 52 %, at de i høj eller i meget høj grad synes, at hjemmeplejen informerer dem i god tid, hvis tidspunktet for hjælpen bliver rykket mere end en time. Modsat synes 24 %, at dette kun sker i mindre eller i ringe grad. De resterende 24 % har enten givet et neutralt svar (hverken i høj eller lav grad) eller svaret ved ikke.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

Ud fra vores interview med såvel gruppeledere og medarbejdere er det vores vurdering, at begge grupper er bekendt med kvalitetsmålet om, at det skal meddeles til borgeren, såfremt leveringen af ydelsen bliver ændret mere end en time. Samtidig vurderer vi, at dette kvalitetsmål ikke er det, der bliver vægтет højest af lederne og medarbejderne.

Ved personlig pleje giver interviewpersonerne udtryk for, at der er klart fokus på kvalitetsmålet, da disse ydelser vedrørende personlig pleje ofte ligger på mere præcise tidspunkter. Derfor er der ifølge interviewpersonerne et helt konkret behov for at informere borgere i forvejen, såfremt hjælpen bliver forsinket.

Ved interviewene med planlæggerne er det blevet nævnt, at hjemmeplejen i praksis ikke ønsker at oplyse det præcise tidspunkt for hjælpens levering, specielt til en række borgere med forskellige psykiske problemstillinger. Baggrunden herfor er, at en ændring af tidspunkt for levering af ydelsen (det være sig tidligere eller senere) kan give unødigt uro hos borgeren. I stedet oplyses borgere om hjælpen f.eks. leveres om formiddagen eller om eftermiddagen.

#### Sammenfatning af at der ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren

KPMG vurderer, at SOF bør overveje, om dette kvalitetskrav reelt er anvendeligt i forhold til at levere faglig kvalitet, eller om kvalitetskravet skal tilpasses de enkelte borgergrupper. Eksempelvis kunne der ligge en vurdering af, hvorvidt den enkelte borger skal oplyses om forsinkelser, eller om det er mere hensigtsmæssigt, at de ikke informeres. Såfremt SOF bibeholder kvalitetsmålet, er der behov for at kunne producere ledelsesdata herpå, hvilket vil kræve registreringer i systemet fra planlæggere og medarbejdere.

### 11.2.8 Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats

Socialudvalget har en målsætning om, at der i borgerens hjem forefindes en samarbejdsbog, og at hjælperne benytter samarbejdsbogen ved alle besøg.

#### Hvad findes der af ledelsesinformation?

SOF oplyser, at der ikke foreligger registreringer af, hvorvidt medarbejderne i praksis benytter samarbejdsbogen efter hensigten, og dermed hvorvidt man lever op til kvalitetsmålet. Forvaltningen er i dag ikke i besiddelse af konkrete data, der dokumenterer og viser, i hvil-

ken grad dette mål i forhold til samarbejsbogen opfyldes. Dette forhold vurderes uhen-sigtsmæssigt, da politikere og ledere derfor ikke har et konkret grundlag for at måle og følge op på dette kvalitetskrav.

#### Hvad siger borgerne?

I brugertilfredshedsundersøgelsen har i alt 69 % af svaret, at de har en samarbejsbog. På den anden side siger 28 %, at dette ikke er tilfældet, mens resten har svaret, at de ikke, ved hvad det er. Herudover viser brugerundersøgelsen, at 44 % af de borgere, der har oplyst, at de har en samarbejsbog, oplever at den i høj eller meget høj grad bliver brugt, mens 38 % oplever, at samarbejsbogen kun bliver brugt i mindre eller i ringe grad.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

I spørgeskemaundersøgelsen har vi spurgt til, om der er udarbejdet arbejdsplaner for de borgere, hjemmeplejen kommer hos. 40 % af gruppelederne og 63 % af medarbejderne gi-ver udtryk for, at der altid eller ofte er udarbejdet sådanne arbejdsplaner.

Brugen og værdien af samarbejsbogen hos borgerne har været et af temaerne i vores in-terview med gruppelederne og medarbejderne. De interviewede giver udtryk for alle at have kendskab til formålet med samarbejsbogen. Det er generelt de adspurgte ledere og medar-bejderes opfattelse, at alle borgere har en samarbejsbog i hjemmet, og at det kun er enkel-te "nye" borgere, der ikke har en samarbejsbog.

Gruppelederne tilkendegiver, at det reelt er svært for dem at vide med sikkerhed, om samar-bejsbogen benyttes, idet der ikke foreligger en systematisk kontrol eller registrering heraf. Gruppelederne indikerer, at de ad "omveje" kan få kendskab til steder, hvor samarbejsbo-gen ikke benyttes og handle på det.

Nogle gruppeledere forsøger at sikre sig mere viden om brugen af samarbejsbogen ved jævnligt at tage med hjælperne ud på besøg hos borgerne. Dette giver gruppelederne mulig-hed for ved selvsyn at konstatere, hvad der står i samarbejsbogen. Der er i efteråret 2010 udarbejdet retningslinjer i SOF med henblik på at sikre, at gruppeledere fremadrettet fast kommer ud at køre med hjælperne. Flere gruppeledere giver udtryk for en vis forvirring om de nye retningslinjer vedrørende fast at komme ud med hjælperne. Bl.a. er der usikkerhed om, hvorvidt det er permanente krav til dem, eller om det er "engangsøvelser" som en kon-sekvens af sommerens sag.

Medarbejdernes opfattelse af brugen af samarbejsbogen er blandet. De fleste er bekendt med målet og værdien af bogen, og de fleste tilkendegiver også, at de benytter samarbejs-bogen på hvert besøg. Flere medarbejdere nævner dog, at de jævnligt oplever, at samar-bejsbogen ikke er benyttet af andre hjælpere, der kommer i borgerens hjem, hvorfor kvalite-ten af bogen hos nogle borgere kunne være bedre.

Der er vores indtryk på baggrund af vores interview, at der ikke findes et ensartet og fuld-stændigt billede af kvaliteten af samarbejsbogen, dog opleves der en vis enighed om, at samarbejsbogen er et vigtigt værktøj, og at den giver værdi for både ansatte i hjemmeple-jen og for borgerne.

I interviewene med de private leverandører fremgår det, at disse i nogen udstrækning benyt-ter samarbejsbogen. Det er dog vores vurdering på baggrund af de udførte interviews, at der ikke er den samme opmærksomhed på samarbejsbogen hos de private leverandører, som der er hos de kommunale. Kvalitet, fokus og opfølgning i forhold til samarbejsbogen

varierer fra leverandør til leverandør. De private leverandører oplever ikke kontrol fra forvaltningens side af, hvorvidt der er en samarbejdsbog hos de borgere, de betjener, og derfor selvsagt heller ikke kontrol af kvaliteten heraf.

#### Sammenfatning på brug af samarbejdsbogen

- Der foreligger ikke registrering af, hvorvidt medarbejderne i praksis benytter samarbejdsbogen.
- Derfor vides det heller ikke, hvilken udbredelse samarbejdsbogen har, og i hvilken udstrækning den bruges efter hensigten. Brugerundersøgelsen viser, at 38 % få af de borgere, der har en samarbejdsbog, kun i mindre grad eller i ringe grad oplever, at den bliver brugt.
- Flere medarbejdere oplever, at deres kollegaer ikke ajourfører samarbejdsbogen, men samtidig vurderer de samarbejdsbogen som et væsentligt værktøj til at levere ydelserne til borgerne.

#### **KPMG anbefaler, at der udarbejdes procedure for:**

- Central registrering af om der foreligger en samarbejdsbog hos alle borgere
- Central registrering af gennemført kvalitetskontrol på samarbejdsbogen
- Det bør overvejes at samarbejdsbogen gøres elektronisk i form af f.eks. en PDA. Det vil give mulighed for systemunderstøttelse og bedre tilsyn med, at bogen anvendes efter hensigten.

### 11.2.9 Hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag

For at sikre Socialudvalgets målsætning om fleksibel hjemmehjælp er det vigtigt, at leveringen af hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag. Der stilles derfor krav om, at leverandørens personale er i stand til at håndtere borgerens situation.

Overordnet er opfyldelsen af denne politiske målsætning i første omgang et ansvar, der er placeret i visitationen. Den behovsvurdering, der foretages i visitationen, er med til at sikre, at hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgernes hverdag og deres konkrete behov. På baggrund af nærværende rapports afgrænsninger, behandles denne visitationsopgave ikke yderligere her.

I udførerenheden er det medarbejdernes opgave at hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgernes hverdag. Dette sikres via en kultur, hvor både planlæggere og medarbejdere forsøger at tilpasse levering af de visiterede ydelser med tanke på borgerens hverdag og behov. Samtidig arbejder hjemmeplejen med begrebet fleksibel hjemmehjælp. En operationalisering af den politiske målsætning er netop muligheden for, at hjemmehjælperne kan tilbyde fleksibel hjemmehjælp, når de er ude ved borgerne.

#### Hvad findes der af ledelsesinformation?

Vi vurderer ikke, at SOF har konkrete mål for opfyldelsen af, om hjemmehjælpen sker med udgangspunkt i borgernes hverdag. De øvrige kvalitetsmål (medarbejderkontinuitet, samar-

bejdsbog m.v.) kan ses som medvirkende til at sikre, at hjælpen tager udgangspunkt i borgernes hverdag.

Vi vurderer ikke, at der er en systematisk måling og registrering af omfanget af den fleksible hjemmehjælp. SOF oplyser, at de har mulighed for at trække data på afvigelser i forhold til kørelisterne, men de afvigelser, der er på kørelisterne, er ikke udelukkende et udtryk for, at medarbejderne har ændret ydelser i forbindelse med fleksibel hjemmehjælp. Eventuelle ændringer og afvigelser, der registreres ud fra kørelisterne, kan have andre årsager end fleksibel hjemmehjælp.

Den manglende ledelsesinformation gør, at det i praksis er svært at gennemskue, hvorvidt SOF reelt leverer hjemmehjælp med udgangspunkt i borgernes behov. Ligeledes er det heller ikke muligt at dokumentere, om udviklingen på dette område er positiv eller negativ.

#### Hvad siger borgerne?

Brugertilfredshedsundersøgelsen viser, at 78 % af borgerne oplever, at hjælperne i høj eller meget høj grad tager hensyn til deres vaner og ønsker, når de skal hjælpe dem. Samtidig viser brugertilfredshedsundersøgelsen, at 91 % af de borgere, der benytter den fleksible hjemmehjælp, er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmehjælp, de modtager. Det skal imidlertid bemærkes, at kun 16 % af de adspurgte borgere oplyser, at de benytter sig af den fleksible hjemmehjælp, og 49 % oplyser, at de ikke kender muligheden.

Herudover viser vores undersøgelse, at 49 % af de adspurgte borgere svarer ja til, at hjemmeplejen tilrettelægges på en måde, så de selv kan deltage. Samtidig bemærkes det, at i alt 38 % mener, at spørgsmålet ikke har relevans for dem.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere?

På baggrund af de gennemførte interview er det vores vurdering, at både gruppeledere og medarbejdere finder, at den politiske målsætning om, at hjemmehjælpen skal tage udgangspunkt i borgerens hverdag forekommer vanskelig at forholde sig til, og der eksisterer således flere opfattelser af, hvad målsætningen dækker over. Der er i høj grad tale om lokale fortolkninger af målsætningen.

Ud fra vores interview er det vores vurdering, at såvel ledere som medarbejdere er bevidste om mulighederne for fleksibel hjemmehjælp, men samtidig vurderer vi, at der ikke eksisterer helt ensartede forståelser af det konkrete indhold af begrebet. Specielt er der forskellige opfattelser af og praksis for, hvilke ydelser man kan bytte med andre ydelser.

Flere gruppeledere nævner således, at det sammen med muligheden for fleksibel hjemmehjælp samtidig er blevet sværere at udøve kontrol og ledelsesopfølgning på de leverede ydelser. På den ene side giver det medarbejderne mere autonomi og frihed i opgaveudførelsen, men på den anden side mindsker det gruppelederens mulighed for overblik og kontrol med, om de visiterede ydelser også leveres ved borgerne.

### Sammenfatning på om hjemmehjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag

Det er vores vurdering, at den manglende ledelsesinformation vanskeliggør SOF's muligheder for reelt at følge op på, om hjemmehjælpen bliver leveret med udgangspunkt i borgernes behov. Det er et reelt problem, der bliver forstærket af, at både gruppeledere og medarbejdere finder, at den politiske målsætning om, at hjemmehjælpen skal tage udgangspunkt i borgerens behov forekommer vanskelig at forholde sig til, og at der derfor eksisterer flere opfattelser af, hvad målsætningen dækker over.

#### KPMG anbefaler at:

- SOF uddyber, hvorledes de vil efterleve og måle på denne indikator for faglig kvalitet. Derfor bør SOF definere, hvordan opfyldelse af målsætningen reelt kan måles.
- Alternativt anbefaler vi, at denne kvalitetsparameter omdefineres til et mere blødt område, således at det bliver en af de værdier, som SOF arbejder efter. SOF bør også i den situation uddybe og eksemplificere, hvordan dette skal praktiseres.

## 11.3 Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

Den anden del af nøglespørgsmål 1 vedrører brugernes tilfredshed med den leverede service. I denne del indgår den gennemførte brugertilfredshedsundersøgelse samt klagestatistikken i besvarelsen.

### 11.3.1 Brugertilfredshed

For at undersøge brugernes tilfredshed med den leverede service har KPMG gennemført en brugeranalyse i SOF. KPMG har spurgt 208 borgere. For en mere detaljeret beskrivelse af brugertilfredshedsundersøgelsen henvises i øvrigt til bilag 6.

Socialforvaltningen har en målsætning om, at mindst 80 % af borgerne skal være tilfredse eller meget tilfredse i forhold til spørgsmål, der vedrører deres generelle vurdering af hjemmeplejen og dens ydelser.

Brugerundersøgelsen viser, at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med hjælperne.

Borgerne giver udtryk for en lavere tilfredshed, når de skal foretage en specifik vurdering af den personlige pleje og af den praktiske hjælp hver for sig. Her er der "kun" henholdsvis 61 % og 75 %, der er tilfredse eller meget tilfredse. Det skal dog bemærkes, at hvis borgere, der har svaret ved ikke i brugertilfredshedsundersøgelsen til spørgsmålet om deres tilfredshed med den personlige pleje, holdes uden for, så er der 85 %, der oplyser, at de er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje.

#### Borgernes behov og den faktiske hjælp

Vi har udover tilfredsheden med de leverede ydelser også undersøgt borgernes opfattelse af, om de føler sig informeret om den hjælp, de er visiteret til, om hjælpen svarer til det, som borgerne mener, de har brug for og, om borgerne oplever de får den hjælp, de er blevet tildelt af kommunen.

Analysen viser, at over 80 % af borgerne mener at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp hos dem, som de er blevet tildelt fra kommunen. Det er måske derfor lidt overraskende, at kun 74 % mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad ved, hvad de skal lave, når de kommer ud i borgerens hjem.

Der er kun 58 %, der mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet informeret om, hvilken hjælp de er visiteret til, mens 69 % mener, at de i høj eller i meget høj grad er blevet tildelt den hjælp, de har brug for. Dette kunne således tyde på, at forventningsafstemningen med borgeren i forbindelse med visitationen kunne forbedres.

### Sammenfatning

Resultaterne viser, at borgerne generelt er tilfredse med den leverede hjemmehjælp. Ligeledes mener de fleste, at de modtager den hjælp, de er visiteret til.

## 11.3.2 Klagestatistik

Klager over de leverede ydelser kan betragtes som en indikator for, hvorvidt borgerne er tilfredse eller utilfredse med den leverede service.

Vi har modtaget en række forskellige klagedata fra SOF, som vedrører omfanget af klager fra borgere. Det modtagne materiale er:

- Udtræk fra "Erindringssystemet" vedrørende klagestatistik for 2008, 2009 og den forløbne del af 2010.

Den overordnede statistik viser, at der i 2008 var 10 klager, heraf 2 borgermesterklager. I 2009 er registreret 18 klager, herunder 4 borgermesterklager, mens der i 2010 til og med oktober er registreret 20 klager, herunder 8 borgermesterklager.

- Statistik over borgmesterklager for 2. kvartal 2010, stilet til Socialudvalget.

Vi har endvidere modtaget en oversigt pr. sag, hvor det ikke umiddelbart er muligt at følge over til klagestatistikken. Statistik over borgmesterklager for 2. kvartal 2010 viser, at der i denne periode har været 5 klager til borgermesteren over udførerenheden i SOF.

- Klagerådets beretning for 2008 og 2009.

I Klagerådets beretning fremgår det, at de i 2008 behandlede 33 klager vedrørende SOF, heraf 5 relateret til udførerenheden, mens de i 2009 modtog 36 borgerklager omhandlende SOF, heraf 5 vedrørende udførerenheden.

Det modtagne materiale vurderes ikke at være af en sådan karakter, at det retvisende kan danne grundlag for konkrete analyser og konklusioner. Vi vurderer ikke, at det er muligt at vurdere klagerne og deres eventuelle indvirkning på, om der leveres ydelser til faglig kvalitet.

Det er vores vurdering, at proceduren vedrørende behandling af borgerklager i SOF kan forbedres. Der er behov for ensartet registrering af: modtagne klager, ansvarlig for klagebehandling og klagens afgørelse.

### Sammenfatning på klagestatistik

KPMG har på baggrund af det foreliggende datamateriale ikke været i stand til at gennemføre en fyldestgørende analyse af borgerklagerne i SOF. Det er KPMG's opfattelse, at der mangler systematik for modtagelse, videreformidling, registrering og rapportering af borgerklager i udførerenheden i SOF.

## 11.4 Delkonklusion spørgsmål 1

Får borgerne de visiterede ydelser i den faglige kvalitet og inden for de økonomiske rammer, som er fastlagt af kommunen, og som hjemmehjælpsmodtagerne har retskrav på?

Den udførte efterkontrol af ydelser viser, at ydelser leveres som aftalt og planlagt (på kontroldagen).

Borgernes tilfredshed med de leverede ydelser er ligeledes generelt høj. Undersøgelsen viser, at over 80 % af borgerne mener, at hjælperne i høj eller i meget høj grad udfører den hjælp, som de er blevet tildelt fra kommunen.

For at vurdere hvorvidt ydelser leveres til faglig kvalitet, er en række indikatorer ud over brugertilfredshed analyseret. Af de analyserede indikatorer fremgår der ikke et klart billede af, hvorvidt ydelser leveres til faglig kvalitet.

Vi vurderer, at omfanget af aflysninger af ydelser er begrænset. Tallene fra oktober på aflysninger viser, at der forekommer (få) aflysninger af personlig pleje. Da kvalitetsmålet herfor er, at der ikke aflyses besøg vedrørende personlig pleje, konstaterer vi, at SOF ikke fuldt ud opfylder dette mål.

På målet om medarbejderkontinuitet (fast hjælper) fremgår det af brugertilfredshedsundersøgelsen, at kun 57 % af de adspurgte borgere giver udtryk for, at de ved, hvem der er deres faste hjælper, og 47 % mener, at de i høj eller meget høj grad har oplevelsen af at have faste hjælpere. På den baggrund vurderer vi, at SOF ikke opfylder målsætningen om, at borgere har faste hjælpere.

På kvalitetskravet om at samarbejdsbogen benyttes hos borgerne, kan vi konstatere, at der ikke foreligger konkrete registreringer på udbredelsen og brugen i SOF. Derfor vides det heller ikke, hvilken udbredelse samarbejdsbogen har, og i hvilken udstrækning den benyttes efter hensigten. Det fremgår af brugertilfredshedsundersøgelsen, at 38 % af de borgere, der har en samarbejdsbog, kun i mindre grad eller i ringe grad oplever, at den bliver brugt.

Vi konstaterer, at der for en række af de identificerede indikatorer for faglig kvalitet ikke foreligger ledelsesinformation, f.eks. for aflyste besøg (tilbydes erstatningsbesøg indenfor fem dage), og at der skal gives meddelelse til borgeren ved forsinkelser over 1 time. Dette betyder, at der ikke er et løbende styringsgrundlag for, at SOF kan vurdere, om de leverer til faglig kvalitet.

På trods af at der ikke foreligger konkret ledelsesinformation på en række indikatorer for faglig kvalitet, vurderer vi, at både gruppeledere og medarbejdere er beviste om de mål, der ligger for at levere ydelserne til borgerne.

### Hvordan er brugernes tilfredshed med den leverede service?

Brugerundersøgelsen viser, at over 80 % af borgerne alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med den hjemmepleje, de modtager, med hjælperne og med den personlige kontakt med

hjelperne. Dog giver borgerne udtryk for en lavere tilfredshed, når de skal foretage en specifik vurdering af den personlige pleje og af den praktiske hjælp hver for sig.

Samlet set vurderer vi, at den udtrykte tilfredshed er en indikation på, at borgerne modtager de ydelser, de har krav på, og at de ligeledes er tilfredse med samme ydelse.

På baggrund af den udleverede klagestatistik har det ikke været muligt at vurdere, hvorvidt disse er et udtryk for tilfredshed.



## 12 Nøglespørgsmål 2

Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'erne m.v. og gældende kontrakter for private leverandører?

### 12.1 Datagrundlag

I besvarelse af nøglespørgsmål 2 vil følgende datakilder indgå som grundlag for vores besvarelse:

- Eksisterende materiale vedrørende retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur:
  - Faglig håndbog
  - Dokumentation i hjemmeplejen
  - Kvalitetsstandarder
  - Kontrakter mellem Københavns Kommune og private leverandører
  - Godkendelsesprocedurer for private leverandører
- Spørgeskemaundersøgelse af gruppeledere og medarbejdere
- Interviews med ledere på alle niveauer
- Interviews med medarbejdere
- Interviews med planlæggere
- Interviews med private leverandører.

### 12.2 Vurdering af kommunens retningslinjer

#### 12.2.1 Udgangspunkt for vurdering af kommunens retningslinjer

Retningslinjer og målsætninger defineres således, at der tages udgangspunkt i de retningslinjer og målsætninger, der har direkte betydning for levering af hjemmehjælp til borgere i Københavns Kommune.

I samarbejde med SOF er der udarbejdet en definition, hvor retningslinjer er opdelt i tre grupper. Vores analyse tager afsæt i disse tre grupper af retningslinjer:

1. **Gennemgående retningslinjer** - gælder både ved normal drift og i situationer med afvigelser
2. **Retningslinjer ved normal drift** - gælder i en normal driftssituation
3. **Retningslinjer ved afvigelser** - gælder i en driftssituation der afviger fra normalsituationen.

Besvarelsen af nøglespørgsmål 2 fokuserer på, hvorvidt medarbejdere er bekendt med væsentlige retningslinjer samt målsætningerne for arbejdskultur. Samtidig fokuseres på hvordan retningslinjerne og målsætninger er formidlet i organisationen.

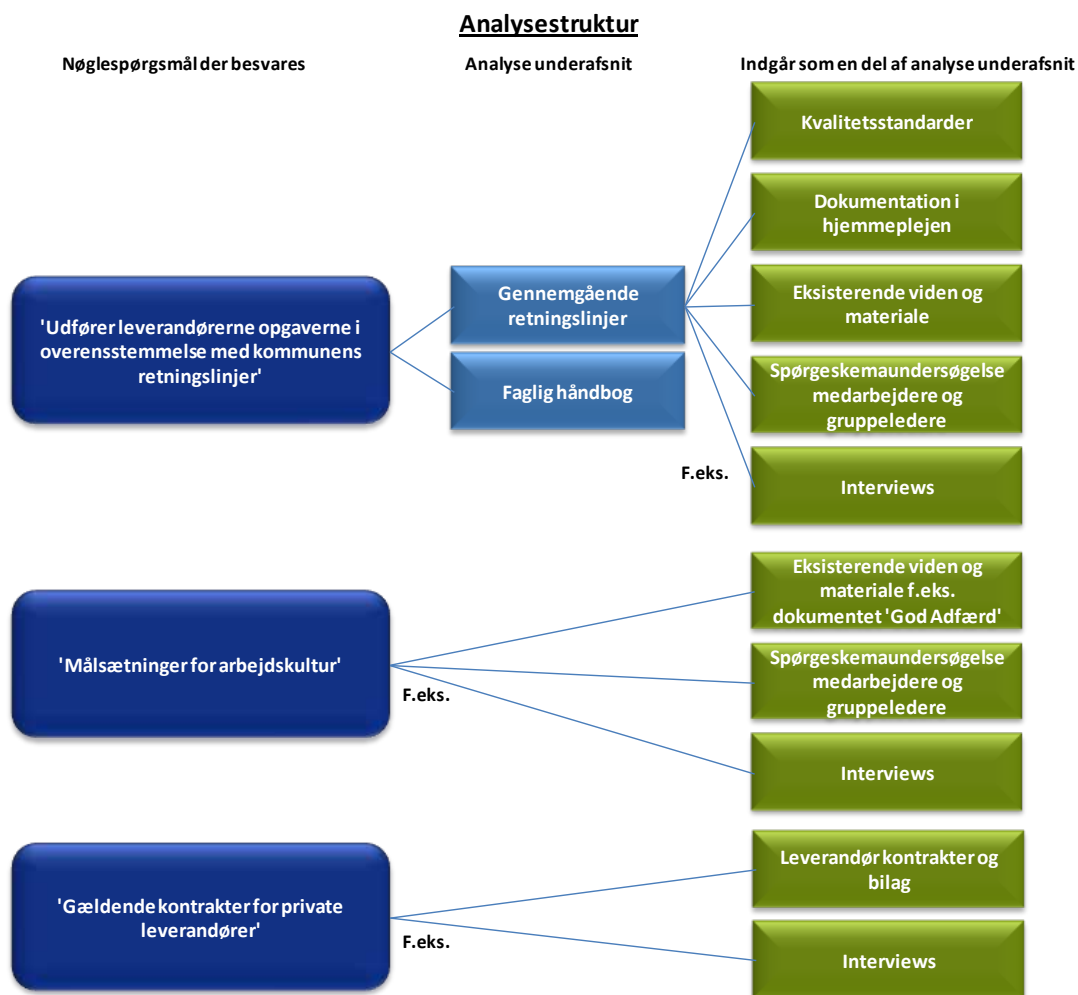
I besvarelsen af den første del af nøglespørgsmål 2: "*Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer*" indgår de tre typer af retningslinjer. Data fra spørgeskemaundersøgelsen af medarbejdere og gruppeledere inddrages sammen med viden fra de gennemførte interviews.

I besvarelsen af den del af nøglespørgsmål 2 som vedrører: "*målsætninger for arbejdskultur*" er der udarbejdet et separat analysedelafsnit.

I besvarelsen af den sidste del af nøglespørgsmål 2, der vedrører, om leveringen af ydelser leveres inden for: "*gældende kontrakter for private leverandører*", er der ligeledes udarbejdet et separat delanalyseafsnit. I denne analyse indgår der også viden fra de gennemførte interviews.

For en uddybning af processen for fastlæggelse af centrale retningslinjer se afsnit 3.2.

Analyselstrukturen er illustreret nedenfor:



### 12.2.2 Kommunens retningslinjer generelt

Nedenfor fremgår de retningslinjer og målsætninger, som SOF har oplyst er centrale i forhold til at kunne analysere, hvorvidt ydelser leveres i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur.

**Tabel 12 - Retningslinjer og målsætninger**

| Type                            | Navn                         | Formål  | Seneste udgave | Kommentar |
|---------------------------------|------------------------------|---|----------------|-----------|
| Gennemgående retningslinjer     | Faglig håndbog               | Uddyber retningslinjer for medarbejdere   | September 2010 |           |
|                                 | Kvalitetsstandarder          | Uddyber hvilke ydelser borgerne kan modtage, og deres omfang m.v.                   | 2010           |           |
|                                 | Dokumentation i hjemmeplejen | Uddyber dokumentationskrav og ansvar, for medarbejdere, planlæggere og gruppeledere | Oktober 2010   |           |
| Retningslinjer ved normal drift | Faglig håndbog               | Uddyber retningslinjer for medarbejdere   | September 2010 |           |
| Retningslinjer ved afvigelser   | Faglig håndbog               | Uddyber retningslinjer for medarbejdere   | September 2010 |           |

Som nævnt i afsnit 1.2.1 har det været væsentligt for os at få indblik i, hvad SOF vurderer som de vigtigste retningslinjer, som eksempelvis en ny medarbejder informeres om. Det er vores iagttagelse, at faglig håndbog er et vigtigt værktøj i den forbindelse.

I vores analyse har vi taget afsæt i ovennævnte overordnede retningslinjer ud fra en antagelse om, at retningslinjerne direkte eller indirekte er udmøntet af eksempelvis gruppeledere og formidlet til medarbejdere.

Når vi i det efterfølgende analyserer kendskabet til de enkelte retningslinjer, er der en indbygget risiko for, at konklusionerne bygger på gruppeledernes og medarbejdernes egne antagelser om, hvad de nævnte retningslinjer omfatter.

#### Hvad viser spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere og medarbejdere i SOF generelt om retningslinjer og målsætninger?

I spørgeskemaundersøgelsen blandt gruppeledere og medarbejdere i SOF er der stillet spørgsmål vedrørende oplevelsen af, hvorvidt der er klare retningslinjer for levering af ydelser ved borgerne. Ligeledes er der stillet spørgsmål om, hvorvidt gruppelederne og medarbejderne efterlever disse retningslinjer.

Spørgeskemaundersøgelsens resultater viser:

- at både gruppeledere (93 %) og medarbejdere (85 %) i høj eller meget høj grad oplever, at der findes klare retningslinjer for, hvordan medarbejdere skal udføre deres arbejdsopgaver ude hos borgerne.

Vi konstaterer, at både gruppeledere og medarbejdere er bevidste om, at der foreligger klare retningslinjer for at udføre arbejdsopgaver.

- at både gruppelederne (87 %) og medarbejderne (95 %) i høj eller meget høj grad, oplever, at deres medarbejdere/de efterlever de aftalte retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaverne ude hos borgerne.

Vi konstaterer, at både gruppeledere og medarbejdere i høj grad (efter eget udsagn) efterlever de foreliggende retningslinjer for at udføre arbejdsopgaverne.

### Sammenfatning

Vi kan konstatere, at faglig håndbog generelt er et centralt værktøj for formidling af retningslinjer generelt.

Vi kan konstatere, at gruppeledere og medarbejdere tilkendegiver, at de i høj grad har kendskab til og efterlever retningslinjer og målsætninger.

Vi kan ligeledes konstatere, at gruppeledere og medarbejdere tilkendegiver, at de i høj grad eller meget høj grad oplever, at deres medarbejdere/de efterlever de aftalte retningslinjer for udførelsen af arbejdsopgaverne ude hos borgerne.

## 12.2.3 Gennemgående retningslinjer

Følgende gennemgående retningslinjer indgår i analysen:

- Kvalitetsstandarder
- Dokumentation i hjemmeplejen.

Disse retningslinjer er gennemgående for levering af ydelser og gælder både ved normal drift og i situationer med afvigelser.

### 12.2.3.1 Kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarden ajourføres og godkendes af Socialudvalget en gang om året. Kvalitetsstandarden er gældende for 2010. Den er på 35 sider og kan findes på kommunens hjemmeside.

Kvalitetsstandarden er et arbejdsredskab for såvel den kommunale udførerenhed som private leverandører af hjemmehjælpsydelser. Kvalitetsstandarden indeholder en generel vejledning om den hjælp, en borger kan forvente af SOF, hvis borgeren er visiteret til hjemmehjælp. Kvalitetsstandarden indeholder dermed en beskrivelse af SOF's serviceniveau for personlig pleje og praktisk hjælp.

Kvalitetsstandarden indeholder blandt andet følgende kvalitetskrav i forhold til leveringen af hjemmehjælpen:

- Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet
- Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje

- Erstatningsbesøg tilbydes inden for fem hverdage ved aflysning af praktisk hjælp
- Ved aflysninger i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske en meddelelse til borgeren
- Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats
- Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag.

Der er derudover en række beskrivelser af de enkelte ydelser inden for hjemmeplejen, som både skal præcisere over for borgere og ansatte, hvad der skal leveres.

Hvorvidt indholdet i kvalitetsstandarderne, ydelserne, er leveret til borgerne er behandlet under nøglespørgsmål 1. I dette analyseafsnit gennemgås, hvorvidt medarbejdere og ledere er bekendt med kvalitetsstandarderne, indhold, og hvordan de er formidlet.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om kvalitetsstandarderne?

Kvalitetsstandarderne formidles fra politisk niveau ned gennem SOF til medarbejderne. I interviewene med gruppelederne fremgår det, at gruppelederne modtager informationer om kvalitetsstandarder via møder med udførerchefen og via kommunens intranet. Gruppelederne oplever, at de er godt informeret om kvalitetsstandarderne og betydningen heraf.

I interviewene med medarbejderne fremgår det, at medarbejderne generelt er bekendt med kvalitetsstandarderne. Ifølge ledere og medarbejdere foregår formidlingen til medarbejderne via intern undervisning samt via kvalitetsstandardernes fysiske placering i hjemmeplejegrupperne. Ledere og medarbejdere giver udtryk for at kvalitetsstandarder er et tilbagevendende emne på gruppemøder, hvor gruppelederen informerer om standarderne og eventuelle justeringer heri. Det fremgår også af interviewene, at det er lokalt bestemt i grupperne, hvor meget fokus der er på kvalitetsstandarderne, og hvor ofte de er et tema på eksempelvis fællesmøder.

På baggrund af de udførte interviews oplever vi ikke en sammenhængende og ens systematik på tværs af SOF i undervisning og indføring i kvalitetsstandarderne. Trods den manglende systematik bekræfter medarbejderne i interviewene deres kendskab samt brug af kvalitetsstandarderne i den daglige opgaveudførelse.

Det fremgår af interviewene, at kvalitetsstandarderne forefindes i fysiske mapper ude hos grupperne, så medarbejderne har direkte adgang til dem.

#### Sammenfatning

Vi vurderer, at kvalitetsstandarderne er opdateret og udbredt i hjemmeplejegrupperne. Selv om kvalitetsstandarderne ikke er direkte anvisende for opgavens udførelse, benyttes den til at danne en fast ramme for drøftelse af opgavernes udførelse blandt ledere og medarbejdere. I praksis er det gruppelederne, som sikrer, at medarbejdere er bekendt og instrueret i kvalitetsstandarderne.

På baggrund af de udførte interviews vurderer vi, at ledere og i mindre grad medarbejderne ser kvalitetsstandarderne som et centralt dokument for at levere ydelsen til den besluttede kvalitet.

### 12.2.3.2 Dokumentation i hjemmeplejen

Retningslinjen "Dokumentation i Hjemmeplejen", der er udgivet af SOF's udførerenhed, beskriver medarbejderens, planlæggerens og gruppeledernes ansvar i forbindelse med **kørebøger** og **PDA'er**. Gruppelederen er ansvarlig for, at gældende procedurer er gennemgået, udleveret og medarbejderen forstår betydningen af indholdet.

Medarbejderen skal registrere en række oplysninger om blandt andet:

- Komme- og gåtid på hvert besøg
- Modtagne aflysninger af besøg
- Bytning af besøg med en kollega, herunder hvilken
- Bytning af ydelser i samråd med borgeren
- Andre årsager til at den planlagte ydelse ikke leveres
- Ændringer i borgernes situation, observationer og handlinger omkring helbred m.v.

Konkret indgår der i retningslinjen, at medarbejderen skal underskrive kørebogen ved arbejdstids ophør og aflevere den til planlæggeren.

Planlæggeren kontrollerer dagligt, om alle kørebøger er afleveret, gennemgår kørebøgerne og noterer ændringer i CSC Omsorg, herunder oplysningerne om:

- Aflysninger af ydelser og besøg samt årsag til ændring
- Ekstra besøg og ydelser samt årsag til ændring
- Alle byttede ydelser samt årsag til ændringer.

Planlæggeren udfylder og underskriver herefter et dagligt kontrolskema vedrørende kørebøgerne, som afleveres til gruppelederen. Dette skema bliver opbevaret hos gruppelederen.

I de tilfælde hvor afvigelser i kørebogen eller PDA'en har givet anledning til anmærkning på kontrolskemaet fra planlæggerens side, indkalder gruppelederen den pågældende medarbejder til en afklarende samtale, som sker med udgangspunkt i de eksisterende vejledninger for afholdelse af personalesamtaler.

Gruppelederen indberetter ugentligt antal efterkontrollerede kørebøger til områdechefen.

Vi er oplyst om, at der for udførerenheden foreligger en ny procedure på kvartalsvis ledelsesopfølgning (stikprøvebaseret) på, hvorvidt gældende dokumentationsstandarder overholdes ved udfyldelse af f.eks. kørebøger.

Retningslinjen "Dokumentation i hjemmeplejen" er dateret 13. oktober 2010, første version fra 3. september 2010 på i alt 3 sider.

### Hvad siger ledere og medarbejdere om dokumentation i hjemmeplejen

I interviewene med medarbejderne fremgår det, at medarbejderne er bekendt med "Dokumentation i hjemmeplejen". Det tyder på, at medarbejderne er bevidste om, hvordan og hvornår man skal agere i forhold til dokumentation af komme- og gåtider, aflysninger og bytning af besøg og ydelser og ændringer i borgerens besøg.

Formidlingen af bestemmelserne i "Dokumentation i hjemmeplejen" foregår ifølge gruppeledere og medarbejdere i forbindelse med gruppemøder. Ud fra interviewene tegner der sig ikke et entydigt billede af hyppigheden og omfanget af formidlingen. Indtrykket herfra er, at der i SOF ikke eksisterer en fast procedure for formidling af retningslinjer vedrørende dokumentationskrav, i stedet er det i højere grad op til den enkelte gruppeleder at sikre medarbejdernes kendskab og overholdelse af reglerne.

I interviewene giver medarbejderne udtryk for at, at de er usikre på, hvad der sker med den dokumentation, de udfører på kørebøgerne. Medarbejderne sætter spørgsmålstegn ved, i hvilket omfang eksempelvis deres noter registreres og efterfølgende benyttes. Dette skal ses i sammenhæng med, at flere medarbejdere udtrykker en vis frustration over omfanget af dokumentationskrav med tilhørende tidsforbrug.

### Sammenfatning

Vi kan konstatere, at der er udarbejdet et sæt retningslinjer for dokumentation i hjemmeplejen i SOF, men at der endnu ikke er tilrettelagt fast procedure for formidling. På trods af at det er nye retningslinjer på området, er det vores indtryk, at både gruppeledere og medarbejdere er bekendt med disse retningslinjer og efterlever dem i det daglige arbejde.

#### KPMG anbefaler at:

- Der etableres mere faste procedurer for formidling af retningslinjer vedrørende dokumentationskrav.
- Som led i test af PDA anbefaler vi, at det undersøges, hvilke muligheder der foreligger for registrere besøg/noter/aflysninger/øvrige uden manuel indtastning.

## 12.2.4 Faglig håndbog

I retningslinjen "Håndbog Faglig - Udførerenheden" fremgår det af introduktionen til medarbejderne, at "denne håndbog er et dagligt og vigtigt arbejdsredskab for dig, og derfor skal du medbringe håndbogen, når du er på arbejde".

Håndbogen indeholder de vigtigste faglige vejledninger og instrukser i en redigeret udgave, som medarbejderne har eller kan få brug for i løbet af en arbejdsdag.

Håndbogen udleveres til alle, der arbejder i hjemmeplejen. Det forventes, at man har den med sig på arbejde. Håndbogen er i A5 størrelse og er på 18 sider. Den er sidst ajourført i september 2010.

Den faglige håndbog indeholder både gennemgående retningslinjer, retningslinjer vedrørende normal drift og retningslinjer vedrørende afvigelser.



Følgende afsnit i faglig håndbog vedrører **gennemgående retningslinjer**:

- Håndhygiejne
- Pengesager
- Tavshedspligt, oplysningspligt
- Dokumentation med CSC skriveadgang
- Dokumentation uden CSC skriveadgang.

Følgende afsnit i faglig håndbog vedrører retningslinjer ved **normal drift**:

- Fleksibel hjemmehjælp
- Hjælp til og indtagelse af doseret medicin.

Følgende afsnit i faglig håndbog vedrører retningslinjer ved **afvigelser**:

- Dødsfald i hjemmet
- Forgæves gang
- Hjælpemidler - når de går i stykker
- Magtanvendelse
- Nødkald
- Utilsigtede hændelser.

Retningslinjerne i faglig håndbog er karakteriseret ved at beskrive nogle centrale forhold i det at yde hjemmepleje. Retningslinjerne er instruktive, handlingsorienterede, entydige, samt skrevet i et forståeligt sprog. Dette understøtter, at medarbejderen kan omsætte retningslinjerne til den konkrete ydede hjemmepleje.

Blandt de gennemgående retningslinjer er retningslinjerne vedrørende dokumentation særlig centrale. Korrekt dokumentation er afgørende for, at planlæggeren og gruppelederen får den nødvendige information om dagens besøg og kan foretage eventuelle særlige foranstaltninger samt dokumentation. Den faglige håndbog indeholder ligeledes en række centrale retningslinjer for afvigelser. Det er ofte afvigelser i hverdagen, der kan udgøre en risiko for, at hjemmehjælpen ikke leveres efter retningslinjer og lovgivning. Derfor er det hensigtsmæssigt, at der foreligger retningslinjer for netop afvigelser.

Den faglige håndbog findes desuden i en mappe i gruppens kontor/mødelokale og på intranettet. Som en ekstra hjælp til medarbejderen, der ofte tilbringer en stor del af sin dag alene ude hos borgerne, er der et servicenummer, hvor man kan kontakte en ansvarshavende i hjemmeplejen, hvis henvendelse til kollega eller leder i en akut situation ikke er muligt.

SOF sikrer, at medarbejderne har kendskab til indholdet i den faglige håndbog via en underskrift fra medarbejderne på, at de har modtaget håndbogen og er bekendt med indholdet.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om den faglige håndbog?

Interviewene med ledere og medarbejdere i SOF illustrerer, at den faglige håndbog er et kendt dokument af alle, og et opslagsværk der bruges efter behov. Den faglige håndbog udleveres til ansatte, og benyttes hvis medarbejderne er i tvivl om, hvordan de skal agere i givne situationer.

Det overordnede indtryk fra interviewene er, at den faglige håndbog ikke fylder meget i bevidstheden hos ledere og medarbejdere. Specielt hos erfarne medarbejdere er indholdet i den faglige håndbog i høj grad på rygraden, hvorfor den ikke i interviewene har været et stort tema. Indholdet i håndbogen betragtes som basisviden og vurderes af flere til at være "almen viden og almindelig sund fornuft".

På den baggrund er det heller ikke KPMG's indtryk ud fra interviewene, at der fra udførerensheds ledelse eller gruppeledelsen er stor fokus eller behov for at følge op på indholdet i den faglige håndbog. At den faglige håndbog ikke fylder meget i bevidstheden hos medarbejderne skal dermed ikke ses som et udtryk for at indholdet ikke betyder noget eller efterleves. Interviewene med ledere og medarbejdere efterlader indtrykket, at indholdet i den faglige håndbog er kendt af alle og generelt efterleves.

#### Sammenfatning

Vi konstaterer, at SOF har udarbejdet en faglig håndbog med en række relevante emner i forhold til medarbejdernes daglige opgaver. Den faglige håndbog vurderes at være letforståelig og praktisk anvendelig.

Vi vurderer, at de regler, der er nævnt i håndbogen, er kendt af ledere og medarbejdere, og det vurderes ligeledes, at de i vid udstrækning efterleves ved levering af de visiterede ydelser til borgerne.

### 12.2.5 Målsætninger for arbejdskultur

Der er udarbejdet retningslinjer for arbejdskulturen i SOF. SOF har vedtaget et kapitel til den faglige håndbog, der hedder "God adfærd i udførerensheden". Den er godkendt i MED-udvalget den 6. oktober 2010. Målsætningerne for arbejdskultur udleveres via den faglige håndbog til alle medarbejdere og skal medbringes, når medarbejderne er på arbejde.

Det nye kapitel indeholder en række meget klare regler og anvisninger vedrørende arbejdskultur for medarbejdere i udførerensheden. Reglerne er sat ind i en "værdibaseret" sammenhæng, hvor det ikke blot handler om at overholde regler, men at reglerne skal overholdes, fordi det er "borgerens tid" og "borgerne skal have tillid til udførerensheden".

Det anføres, hvad der skal til for at være en professionel medarbejder i udførerensheden. Eksempler herpå er, at frokost og indkøb til denne foregår i frokostpausen, og at der ikke udføres private gøremål i arbejdstiden. Der er også fastsat regler for den sociale kontakt til borgerne, hvor det f.eks. fastslås, at man ikke må komme i et afhængighedsforhold i forhold til borgeren og derfor ikke må låne penge og modtage gaver fra borgeren.

Vi finder det relevant og nyttigt at fastlægge regler i meget konkret form som disse. Ikke kun på grund af sagen der er baggrunden for nærværende undersøgelse, men også fordi det på

mange arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner er nødvendigt eksplicit at redegøre for, hvilke regler der gælder specielt på dette sted. Man kan ikke som arbejdsgiver tage for givet, at alle møder op med samme opfattelse af, hvad der er rigtig og forkert i alle situationer på en arbejdsplads.

Det er op til gruppelederne i SOF at formidle og fortolke målsætningerne for arbejdskultur. Ud fra de overordnede målsætninger må hver gruppe definere og formidle sit eget regelsæt og drøfte med ledere og kolleger, hvad hensigtsmæssig adfærd er.

#### Hvad siger ledere og medarbejdere om målsætninger for arbejdskultur?

I spørgeskemaundersøgelsen blandt ledere og medarbejdere i SOF fremgår det, at både ledere og medarbejder mener, at der eksisterer et sæt spilleregler for arbejdskultur, og at man lever op til disse regler. Dog er medarbejdernes opfattelse ikke er helt så overbevisende som ledernes.

Konkret viser spørgeskemaundersøgelsen, at på spørgsmålet om man har spilleregler for, hvordan man skal opføre sig på din arbejdsplads, svarer 73 % af de adspurgte medarbejdere i SOF, at det har man i "høj grad" eller i "meget høj grad". For gruppelederne er svaret 90 %.

69 % af medarbejderne og 88 % af gruppelederne svarer "i meget høj grad" eller "høj grad" på spørgsmålet om, man også efterlever disse spilleregler.

61 % af medarbejderne oplever også, at lederne følger op på, om man overholder spillereglerne på arbejdspladsen. Gruppelederne er lidt mere positive i besvarelsen af dette spørgsmål, her mener 93 % at der følges op på spillereglerne.

#### Sammenfatning

Vi kan konstatere, at SOF har defineret målsætninger for arbejdskulturen blandt medarbejderne i udførerenheden, og at disse er formidlet til ledere og medarbejdere via den faglige håndbog. Dokumentet "God adfærd i udførerenheden" er et godt udgangspunkt for fastlæggelse af arbejdskulturen, men den reelle etablering af arbejdskultur foregår i grupperne med gruppelederne som primær drivkraft.

"God adfærd i udførerenheden" er et relativt nyt dokument, og vi har ikke grundlag for at vurdere opfølgning på disse retningslinjer endnu.

På baggrund af resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen vurderer vi, at medarbejdere og gruppeledere generelt føler, der er klare retningslinjer for arbejdskultur.

## 12.3 Private leverandører

Når en borger under SOF bliver visiteret til en eller flere ydelser, beslutter borgerne selv, hvorvidt de ønsker hjemmehjælpen leveret af den kommunale leverandør eller af en privat leverandør. Det er oplyst, at der pr. november 2010 leveres ca. 50 % af de visiterede ydelser til SOF's borgere af private leverandører. I de 50 %, der leveres af private leverandører, indgår underleverandører, selvudpegede hjælpere og kontant tilskud til ansættelse af hjælpere. Der er pr. 18. oktober 2010 15 godkendte private leverandører i SOF.

### Krav til private leverandører

For at blive godkendt som leverandør af hjemmepleje til borgere under SOF skal man som privat leverandør dokumentere, at man opfylder en række krav. Kravene omhandler:

- Leverandøren skal dokumentere at kunne levere samtlige ydelser for praktisk hjælp og personlig pleje
- Leverandøren skal dokumentere, at personalet opfylder krav om relevant uddannelse og oplæring af ufaglærte
- Leverandøren skal dokumentere, at de kan levere ydelserne i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne i SOF
- Leverandøren skal dokumentere leveringen af de visiterede timer, de tildeles
- Leverandøren skal dokumentere sikkerhed vedrørende borgernes persondata
- Leverandørerne skal sikre borgernes klageadgang
- Leverandøren skal stille økonomisk sikkerhed.

Når en privat leverandør er godkendt som leverandør til SOF, er der yderligere en række specifikke leverandørkrav for personlig pleje og praktisk hjælp, som leverandøren er underlagt. Disse er beskrevet i "Leverandørkrav for personlig pleje" og i "Leverandørkrav for praktisk hjælp". Leverandørkravene indeholder bl.a. krav og bestemmelser om følgende:

- SOF er forpligtet til/har ret til at føre tilsyn med, at opgaverne udføres forsvarligt, herunder at der foretages en revisitation én gang årligt samt i tilfælde af ændringer i borgernes behov for hjælp
- SOF er forpligtet til at sikre, at de private leverandører udfører opgavevaretagelsen i overensstemmelse med overordnede kvalitetsstandarder og målsætninger for SOF
- Tilbagemeldingspligt til SOF ved ændringer i borgerens behov
- Giver SOF mulighed for at foretage stikprøvekontroller ved borgere
- Krav om brug af samarbejdsbog ved borgeren
- Leverandøren er forpligtet til at føre egenkontrol med levering af ydelserne og kvaliteten heraf. Oplysningerne skal være tilgængelige for SOF ved anmodning
- Visitator foretager kontrol af ydelsesleveringen ved revisitation
- Afregningsbetingelser mellem SOF og leverandøren.

Ved aftaleindgåelse mellem SOF og en privat leverandør foreligger der en underskrevet kontrakt. Kontrakten indeholder ovenstående krav og bestemmelser. I kontrakten er det nævnt, at SOF gennemfører et årligt tilsyn i forbindelse med revisitation samt har mulighed for at foretage et årligt uanmeldt tilsyn.

Bilag til kontrakten er bl.a. kvalitetsstandarder for SOF, afregningsprocedure samt en udførlig beskrivelse af leverandørkrav.

Kontrakten mellem SOF og de private leverandører er tydelige og præcise i forhold til, hvilken opgave leverandøren skal løse på vegne af kommunen, samt hvilke krav kommunen opstiller for opgaveløsningen og dokumentationen.

Kontrakterne vurderes at være et solidt udgangspunkt for samarbejde og regulering mellem Københavns Kommune og private leverandører til hjemmeplejen.

#### Opfylder de private leverandører kontrakterne?

Interviewene med de private leverandører i SOF har primært fokuseret på, hvorledes leverandørerne dokumenterer de ydelser, de leverer, hvordan forvaltningen kontrollerer de leverede ydelser, og hvordan samarbejdet parterne imellem er formaliseret.

De private leverandører oplyser, at de på forskellig vis registrerer og dokumenterer de leverede ydelser via egne systemer og dokumentationskrav. Der er ikke en fast standard som følges på tværs af leverandørerne.

På baggrund af de gennemførte interviews med private leverandører er det vores indtryk, at de er bevidste om ordlyden og kravene i kontrakterne, herunder at der foreligger krav til, at de skal kunne dokumentere levering af ydelser. Enkelte private leverandører oplyser, at de anvender gps-teknologi i medarbejdernes biler, der giver dem mulighed for løbende at kunne lokalisere medarbejdere og herigennem kontrollere, om de leverer ydelser som planlagt.

#### Opfølgning på kontrakterne og kontrol af hvorvidt de private leverandører lever op til kontrakterne

Københavns Kommunes kontrol med hjemmeplejens private leverandører i SOF er forankret i visitationen. Det er visitationen i SOF, der har ansvaret for, at de private leverandører leverer de visiterede ydelser hos borgerne inden for de gældende rammer i kontrakterne og dermed kvalitetsstandarderne og leverandørkravene.

Det er vores indtryk, at den løbende kontrol med de private leverandører overvejende er relateret til økonomisk controlling. Her er kontrollen af leverede ydelser primært i form af at sammenholde visiterede ydelser med leverede ydelser på baggrund af leverandørfakturaer. Såfremt der identificeres uoverensstemmelser her eller mistænkelig høj leveringsgrad, kan det starte en undersøgelse i visitationen, hvor eksempelvis den pågældende leverandør kontaktes og bedes redegøre for fakturaen.

Den økonomiske kontrol fokuserer udelukkende på, hvorvidt ydelser er leveret eller ej. Vi vurderer ikke, at der er en løbende opfølgning på, hvorvidt de private leverandører leverer ydelser i forhold til gældende retningslinjer og kvalitetsstandarder. Dermed foreligger der ikke en konkret systematisk opfølgning på de private leverandørers overholdelse af kvalitetsstandarder og dokumentationskrav.

Dette gør også, at der igennem de gennemførte interview med private leverandører gives udtryk for, at de oplever, at de har en stor frihed i opgaveløsningen. Der gives blandt andet udtryk for at:

- Der ikke altid gennemføres (deres indtryk) en årlig revisitation af borgerne

- De ikke oplever et anmeldt eller uanmeldt tilsyn fra SOF's side
- De ikke modtager forespørgsler på data fra SOF i forhold til udført egenkontrol og dokumentation på levering af ydelser.

Ifølge de private leverandører ser de samarbejdet med SOF som primært baseret på gensidig tillid. De oplever kun en reel kontrol gennem den økonomiske controlling af deres fakturaer.

SOF oplyser, at borgerklager er en væsentlig informationskilde på, hvorvidt de private leverandører overholder deres kontraktlige forpligtelser. En borgerhenvendelse er nævnt som en hyppig årsag til, at man fra SOF's side følger op over for den pågældende leverandør.

### Sammenfatning

Vi vurderer, at kontraktgrundlaget mellem SOF og de private leverandører udgør et konkret og godt grundlag for at forstå de gensidige forpligtelser mellem de to parter, herunder muligheder for at udøve kontrol.

Vi vurderer ikke, at SOF i fuld udstrækning benytter de muligheder og forpligtelser, de har, vedrørende kontrol og tilsyn med de private leverandører, herunder revisitation, anmeldt og uanmeldt tilsyn. I kontrakten fremgår det, at SOF er forpligtet til at føre tilsyn med, at borgerne modtager de visiterede ydelser i den fastsatte kvalitet, dette tilsyn fremgår ikke systematisk.

Vi konstaterer, at SOF gennemfører økonomisk kontrol af leverandørernes fakturering, herunder antal besøg og leverede ydelser. En egentlig systematisk og løbende kontrol af, om kontraktlige forpligtelser overholdes, f.eks. overholdelse af retningslinjer af de private leverandører, har vi ikke indtryk af gennemføres.

#### KPMG anbefaler at

- Der tilknyttes et eksternt tilsyn på de private leverandører
- Der udarbejdes en procedure for systematisk og løbende kontrol af de private leverandørers overholdelse af indholdet i kontrakten
- Der som et led i ovenstående indføres stikprøvevis uanmeldt tilsyn fra visitationen (som kontrakten giver mulighed for).

## 12.4 Delkonklusion spørgsmål 2

Udfører leverandørerne opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og målsætninger for arbejdskultur, herunder anvendelse af arbejdstid, PDA'er m.v. og gældende kontrakter for private leverandører?

På baggrund af den udførte spørgeskemaundersøgelse kan vi konstatere, at gruppeledere og medarbejdere tilkendegiver, at de i høj grad har kendskab til og efterlever retningslinjer og målsætninger.

Ligeledes viser spørgeskemaundersøgelsen, at både gruppeledere og medarbejdere i høj grad (efter eget udsagn) efterlever de foreliggende retningslinjer for at udføre arbejdsopgaverne.

På baggrund af de udførte interviews vurderer vi, at ledere og i mindre grad medarbejderne ser kvalitetsstandarder som et centralt dokument for at levere ydelsen til den besluttede kvalitet.

Vi ser den faglige håndbog som et vigtigt element i at kommunikere og sikre, at medarbejdere er bekendt med de vigtigste retningslinjer for udførelsen af deres daglige opgaver. Vi vurderer, at de regler, der er nævnt i håndbogen, er kendt af ledere og medarbejdere.

Der foreligger også retningslinjer vedrørende dokumentation i hjemmeplejen, hvor det er vores indtryk, at både gruppeledere og medarbejdere er bekendt med disse retningslinjer.

Vi kan konstatere, at der er defineret målsætninger for arbejdskulturen blandt medarbejderne, og at disse er formidlet til ledere og medarbejdere via den faglige håndbog. På baggrund af resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen vurderer vi, at medarbejdere og gruppeledere generelt føler, at der er klare retningslinjer for arbejdskultur.

Udfører de private leverandører opgaverne i overensstemmelse med kommunens retningslinjer og gældende kontrakter for private leverandører?

Vi vurderer, at leverandørkontrakten mellem SOF og de private leverandører udgør et konkret og godt grundlag for at forstå gensidige forpligtelser, herunder muligheder for at udøve kontrol.

Vi vurderer, at SOF med fordel kan udbygge den løbende kontrol af de private leverandører, eksempelvis via eksterne tilsyn. Ligeledes vurderer vi det hensigtsmæssigt, at der fra forvaltningens side stikprøvevis bliver fulgt uanmeldt op på, om private leverandører leverer ydelserne i overensstemmelse med gældende krav.

## 13 Nøglespørgsmål 3

For så vidt angår nøglespørgsmål 3 har undersøgelsen til formål at afdække og besvare følgende:

Er kommunens tilrettelæggelse af kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkelig i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet af tilbuddene samt udførelsen af opgaverne - eller er der behov for yderligere tiltag og handlinger?

I afsnit 3.3 er de centrale elementer i at vurdere kontrol og ledelsestilsyn i denne undersøgelse defineret som:

1. At ydelser leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne
2. At personalet ledes inden for de vedtagne retningslinjer, aftaler og politikker
3. At den nødvendige dokumentation og kontrol af ydelsernes levering, overholdelse af retningslinjer samt medarbejdernes arbejdstid foreligger

Punkt 2 ovenfor behandles i al væsentlighed under nøglespørgsmål 2. Tilbage står punkt 1 og 3, som indeholder kvalitative henholdsvis kvantitative elementer. Dette er i overensstemmelse med nøglespørgsmål 3:

- c) er kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkeligt i forhold til at sikre indholdet og den faglige kvalitet og
- d) er kontrol og ledelsestilsyn tilstrækkeligt i forhold til at sikre udførelsen af opgaverne?

Derfor vil vores efterfølgende vurdering af tilstrækkeligheden af kontroller og ledelsestilsyn ske fra to vinkler:

- En kvalitativ: kontroller og ledelsestilsyn til sikring af den faglige kvalitet
- En kvantitativ: kontroller og ledelsestilsyn til sikring af udførelsen af opgaverne.



Analyselstrukturen ser herefter ud som følger:



Vores besvarelse af spørgsmålet indledes med en kortlægning af SOF's skriftlige rapportering af leverede resultater, som danner grundlag for analysen af kontroller og ledelsestilsyn.

## 13.1 Rapportering

Som det er redegjort for SUF i afsnit 9.1 er i nedenstående tabel kortlagt den skriftlige og periodevise rapportering af leverede resultater som finder sted mellem de forskellige organisatoriske niveauer i SOF.

**Tabel 13 - Overblik over rapportering**

|               | Periodevis rapportering   | Ad hoc-rapportering   |
|---------------|---|---|
| Udvalg        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Borgerrådsgiverens beretning 1)</li> <li>Kvartalsmæssig statistik over borgmesterklager 2)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Brugertilfredshedsundersøgelser 3)</li> </ul>                        |
| Direktion     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Borgerrådsgiverens beretning 1)</li> <li>Kvartalsmæssig statistik over borgmesterklager 2)</li> <li>Kvartalsmæssig statistik over personaleomsætning 8)</li> </ul> |   |
| Udførerchefen | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ugentlig indberetning af efterkontrol af kørebøger 4)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Brugertilfredshedsundersøgelser 3)</li> <li>Klagesager 5)</li> </ul> |
| Gruppeleder   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Registreringer af leveret tid/ydelser på kørebøger til godkendelse 6)</li> <li>Kørebogskontrol fra planlægger 7)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Klagesager 5)</li> </ul>   |

Klagerådets årsberetninger er ikke omtalt, da klagerådet er nedlagt

Nedenfor er angivet uddybende noter til henvisninger i ovenstående tabel:

1. Borgerrådsgiverens opgave er bl.a. at bistå Borgerrepræsentationen med at udøve Borgerrepræsentationens kontrol og tilsynsfunktion. I beretningen indgår statistikker samlet for SOF (dvs. ikke separat for hjemmeplejen) vedrørende modtagne henvendelser/klager samt omtale af undersøgelser sat i gang på Borgerrådsgiverens eget initiativ.
2. Kvartalsmæssig statistik på borgmesterklager viser, hvor mange henvendelser Socialborgmesteren har modtaget i det pågældende kvartal, udspecificeret separat for bl.a. hjemmeplejen.
3. Udvalgte nøgletal fra gennemførte brugertilfredshedsundersøgelser indarbejdes i den kvartalsvise økonomiopfølgning til udvalget. Udførerchefen modtager resultaterne fra den samlede brugerundersøgelse.
4. Udførerchefen skal for perioden torsdag - fredag modtage en rapportering af kørebøger med enten manglende dokumentation eller kørebøger, der har givet anledning til en nærmere gennemgang fra gruppelederen. Rapporteringen skal finde sted i et standard-skema

5. Vi har forstået, at visse klagesager sendes til henholdsvis gruppeleders og udførerchefens orientering.
6. Efter hjemmehjælperne i kørebøger har godkendt deres daglige leverede besøg og ydelser, afleveres informationerne til planlæggeren og gruppelederen. Gruppelederen er ansvarlig for at kontrollere registreringerne og følge op på afvigelser, som kræver særlig opmærksomhed.
7. Til brug for gruppelederens kontrol skal planlæggeren dagligt udforme standardskema "Kørebogskontrol", hvor der er plads til afstemning af, at antal udleverede kørebøger svarer til antal modtagne kørebøger. Endvidere skal anføres, hvis nogen af kørebøgerne afviger fra gældende procedurer. Arket skal godkendes af såvel planlægger som gruppeleder.
8. Vi har forstået, at direktionen kvartalsvis modtager personaleomsætningsstatistikker pr. personalekategori og separat for hjemmeplejen.

## 13.2 Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af den faglige kvalitet

Analyse og vurdering af hvorvidt kontroller og ledelsestilsyn er tilstrækkelige til sikring af den faglige kvalitet sker med afsæt i konklusionen på analysen af faglig kvalitet som beskrevet i nøglespørgsmål 1, dvs. med afsæt i følgende elementer:

1. Brugertilfredshed
2. Klagestatistik
3. Fast kontaktperson hos leverandøren
4. Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet
5. Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje
6. Erstatningsbesøg tilbydes inden for 5 hverdage ved aflysning af praktisk hjælp
7. Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren
8. Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats
9. Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag.

### 13.2.1 Brugertilfredshed

Vi har modtaget 2 brugertilfredshedsundersøgelser fra SOF gennemført i maj og august 2010. Spørgsmålene i undersøgelsen adresserer flere af temaerne for kvalitetsstandarderne i SOF. Brugerundersøgelserne rapporteres i overordnet form, til udvalg og udførerchefen modtager mere detaljeret materiale.

Brugertilfredshedsundersøgelsen bygger på tilbagemeldinger fra borgeren i forbindelse med revisitationer, derfor er antallet af respondenter forholdsvis lavt.

Det er positivt, at forvaltningen har fastsat et mål for centrale spørgsmål i brugerundersøgelsen (80 % af borgerne skal være tilfredse eller meget tilfredse ved vurdering af hjemmeplejen og dens ydelser).

Det er KPMG's vurdering, at der er tale om en værdifuld kontrol, og at der gennemføres af-rapportering i tilstrækkeligt omfang og på rette niveauer, således at brugertilfredshedsundersøgelser kan danne grundlag for ledelsestilsyn på relevante niveauer.

### 13.2.2 Klagestatistik

Vi har modtaget overordnet klagestatistik for 2008, 2009 og forløbne del af 2010. SOF oplyser, at der er tale om udtræk fra "Erindringsystemet".

Vi har modtaget statistik over borgmesterklager for 2. kvartal 2010 stilet til Socialudvalget. Vi har endvidere modtaget en oversigt pr. sag, som det dog ikke umiddelbart er muligt at følge over til klagestatistikken.

Der er følgende kilder til klager: Borgmesterkontor, Borgerrådgiver (tidligere klageråd) og udførerenheden (udførerchefen og gruppeledere m.v.). Der forligger dog ikke nogen egentlig instruks for klagehåndtering for medarbejdere i forvaltningen.

SOF fremsender oplysninger om klager til Borgerrådgiveren. Bortset herfra anvendes statistik omkring klager ifølge det oplyste kun, hvis der er nogen, der spørger til det..

#### KPMG's anbefaling er som følger:

- Der bør generelt overvejes, hvordan hjemmeplejen etablerer et fuldstændigt grundlag/registrering af klager. Eksempelvis kunne en instruks til gruppelederne styrke dette
- Overvej standardindmeldingsskema vedrørende klager, herunder også for mundtlige klager
- Klagestatistik omfattende alle klager (og ikke kun borgmesterklager) bør indgå i fast periodisk rapportering til såvel direktion som udvalg, således at direktion og udvalget kan føre tilsyn med udviklingen i klager, som er en betydelig KPI for faglig kvalitet.

### 13.2.3 Fast kontaktperson hos leverandøren

SOF kan p.t. ikke trække statistikker og rapportere og kontrollere på dette forhold.

#### KPMG's anbefaling er som følger:

- SOF bør implementere et statistiksystem/ledelsesrapporteringssystem, som muliggør aggregerede statistikker på udviklingen i denne KPI, og rapportering heraf bør omfatte direktion og udvalg. SOF bør etablere kontrolprocedurer på dette område.

#### 13.2.4 Tilstræbe samme medarbejder i hjemmet

SOF kan p.t. ikke trække statistikker og rapportere og kontrollere på dette forhold.

**KPMG's anbefaling er som følger:**

- SOF bør implementere et statistiksystem/ledelsesrapporteringssystem, som muliggør aggregerede statistikker på udviklingen i denne KPI, og rapportering heraf bør omfatte direktion og udvalg. SOF bør etablere kontrolprocedurer på dette område
- Endvidere bør SOF sætte et operationelt mål for KPI'en - eventuelt inspireret af SUF's tilgang til samme KPI.

#### 13.2.5 Ingen aflysninger af besøg vedrørende personlig pleje

I Vitae-systemet fremgår registreringer vedrørende aflysninger. Registreringerne er baseret på indtastninger fra kørebøgerne. Vi har modtaget udtræk, som viser aggregerede aflysninger og aflysningsårsager. SOF registrerer således i forvejen grunddata til brug for en eventuel rapportering på denne KPI.

**KPMG's anbefaling er som følger:**

- SOF bør implementere et statistiksystem/ledelsesrapporteringssystem, som muliggør aggregerede statistikker på udviklingen i denne KPI, og rapportering heraf bør omfatte direktion og udvalg. SOF bør etablere kontrolprocedurer på dette område.

#### 13.2.6 Erstatningsbesøg tilbydes inden for fem hverdage ved aflysning af praktisk hjælp

SOF kan p.t. ikke trække statistikker og rapportere og kontrollere på dette. Der sker blot flytning af aftalen inde i planlægningssystemet og ingen tilkendegivelse af, at den enkelte aftale er flyttet.

**KPMG's anbefaling er som følger:**

- SOF bør overveje, om målet om at erstatningsbesøg inden for 5 hverdage ved aflysning af praktisk hjælp er en anvendelig KPI, idet der tilsyneladende skal registreres yderligere data i betydeligt omfang, hvis der skal kunne trækkes anvendelige statistikker.

#### 13.2.7 Ved afvigelser i tidspunktet for leveringen af hjælp på over 1 time skal der ske meddelelse til borgeren

Vi har fået oplyst, at i visse tilfælde kan det især for borgere med psykiske ydelser være en ulempe for borgeren at blive kontaktet om en forsinkelse.

Endvidere har vi forstået, at SOF ikke foretager registreringer, der kan danne grundlag for statistikker og opfølgning herpå. Der sker blot flytning af aftalen inde i planlægningssystemet og ingen tilkendegivelse af, at den enkelte aftale er flyttet.

**KPMG's anbefaling er som følger:**

- SOF bør overveje, om målet er en anvendelig KPI, idet der tilsyneladende skal registreres yderligere data i betydeligt omfang, hvis der skal kunne trækkes anvendelige statistikker
- Hvis målet fortsat udøves i forvaltningen, bør det endvidere overvejes, at målet ikke gælder for borgere, hvor det vurderes, at det kan være en ulempe for borgeren at blive kontaktet.

**13.2.8 Samarbejdsbogen i hjemmet skal bidrage til at sikre en sammenhængende indsats**

SOF oplyste, at alle bør have en sådan. Vi har fået oplyst, at i visse tilfælde tager en overordnet medarbejder ud og kvalitetssikrer, at samarbejdsbogen ligger hos borgeren og har rette kvalitet. Der foreligger ikke nogle registreringer af, i hvilket omfang der er udleveret samarbejdsbøger til borgerens adresse eller kontrol af, at samarbejdsbogen fortsat er til stede.

**KPMG's anbefaling er som følger:**

- SOF bør opstarte registrering af, hvorvidt der ligger samarbejdsbog hos de enkelte borgere og registrering af den kvalitetskontrol, der ifølge det oplyste gennemføres
- SOF bør implementere et statistiksystem, som muliggør aggregerede statistikker på udviklingen i denne KPI, og rapportering heraf bør omfatte direktion og udvalg. SOF bør etablere kontrolprocedurer på dette område
- SOF bør udmelde en målsætning på området, eksempelvis inspireret af SUF's målsætninger for døgn- og ugeplaner.

**13.2.9 Hjælpen tager udgangspunkt i borgerens hverdag**

Denne kvalitetsparameter er i sagens natur svær at måle. Den bedste kilde til at måle denne parameter er svar afgivet i forbindelse med brugertilfredshedsundersøgelsen. Her stilles typisk spørgsmål, som adresserer dette forhold. Der henvises til omtalen om brugerundersøgelser ovenfor.

**13.2.10 Sammenfatning af anbefalinger**

SOF har generelt p.t. et mangelfuldt grundlag for ledelsestilsyn af, om ydelser leveres i overensstemmelse med kvalitetsstandarderne, jf. elementerne i definitionen på faglig kvalitet.

Vi har forstået, at SOF er i opstartsfasen med design og implementering af et ledelsesrapporteringssystem, som, i det omfang det er muligt, vil tage hensyn til KPMG's anbefalinger, jf. ovenfor.

## 13.3 Kontroller og ledelsestilsyn til sikring af udførelsen af opgaverne

### 13.3.1 Kortlægning af procedurer og kontroller

Procedurer og kontroller til sikring af udførelsen af opgaverne svarer i vidt omfang til, hvad der fremgår i afsnit 9.3.1 vedrørende SUF bortset fra følgende betydelige forskelle:

- SUF anvender KOS-systemet til journal og disponering, mens SOF anvender CSC
- SUF anvender primært PDA'er til dokumentation for gennemførte leverancer, mens SOF primært anvender kørebøger.

### 13.3.2 Rapportering som grundlag for ledelsestilsyn

På basis af tabel 13 ovenfor kan identificeres følgende rapporteringsformer, som muligvis kan danne grundlag for ledelsestilsyn af, at visiterede ydelser rent faktisk leveres:

#### 13.3.2.1 Brugertilfredshedsundersøgelser

Brugertilfredshedsundersøgelser kan omfatte forespørgsel til borgerne om hvorvidt de modtager samtlige visiterede ydelser. Hvis forespørgslen med høj grad af sikkerhed skal anvendes til at konkludere på, om visiterede ydelser rent faktisk leveres, er der imidlertid KPMG's opfattelse, at en sådan forespørgsel bør tage udgangspunkt i, at interviewereren sidder med en liste over de visiterede ydelser og spørger ind til de konkrete ydelser. Vi har forstået, at dette aspekt ikke er omfattet af brugerundersøgelser.

### 13.3.3 Sammenfatning af anbefalinger

#### 13.3.3.1 Validitet af data fra kørelister

Et helt centralt element i tilsynet med om de visiterede ydelser rent faktisk er leveret, er validiteten af de registreringer, der sker på kørelister.

Registreringer på kørelister giver ikke i sig selv sikkerhed for, at medarbejderne følger retningslinjerne og leverer de visiterede ydelser, borgerne har krav på. Kvaliteten af registreringer på kørelister hviler alene på validiteten af medarbejdernes registreringer. Hvis medarbejderen bevidst vil snyde, vil gruppelederens efterkontrol umiddelbart sjældent kunne afsløre dette.

Med mindre systemet til registrering af medarbejdernes tidsforbrug ændres, er det efter KPMG's opfattelse svært at hæve kontrolmiljøet betydeligt. En ændret systemregistrering kunne eksempelvis være implementering af PDA'er som i SUF eller dørscannere, hvor medarbejderne via et unikt identifikationskort registrerer, når de ankommer hos borgeren, og når de tager af sted fra borgeren. Et sådan system vil som udgangspunkt i høj grad reducere risikoen for såvel tilsigtede som utilsigtede fejlregistreringer. Vi er vidende om, at SOF har kørt et pilotprojekt med PDA med blandede tilbagemeldinger.

KPMG kan ikke på det eksisterende grundlag anbefale en så gennemgribende ændring i registreringssystemerne. Vi påpeger blot, at dette kunne være en metode til styrkelse af data og imødegåelse af andre sager om bevidst fejlregistrering af komme- og gåtider. Inden der kan

tages stilling til dette, bør økonomien i systemanskaffelsen samt medarbejdernes reaktion naturligvis tages i betragtning.

### 13.3.3.2 Rapportering

SOF's organisation er rimelig ung. Derfor har der været fokus på styring af økonomien, herunder at de nødvendige ressourcer er til stede.

Ansvar for opfølgning på den leverede kvalitet har derfor reelt ligget hos den enkelte gruppeleder uden egentlig formel rapportering til øvrige ledelsesniveauer, bortset fra klagesager.

Det er vores vurdering, at det samlede kontrolmiljø bør styrkes. Man kan med fordel tage udgangspunkt i det kontrolmiljø, der er etableret i SUF. Vi henviser til vores anbefalinger under SUF om tilrettelæggelse af gruppelederes kontrolindsats samt generelt til det etablerede kontrolmiljø i SUF som eksempelvis:

- Årlig gennemførelse af en egenkontrol
- Gennemførelse af eksterne tilsyn:
  - a) Fremgår af tilsynsrapporterne at der er foretaget stikprøvevis kontrol af, om alle visiterede ydelser svarer til leverede ydelser for de udvalgte borgere
  - b) Tilsynet omfatter kontrol af sammenhæng mellem borgernes udsagn og registreringer på kørelister
  - c) En stikprøvestørrelse som giver god statistisk validitet.
- Implementere en uvildig årlig kontrol svarende til den undersøgelse KPMG har foretaget, jf. omtalen i bilag 4 En sådan undersøgelse kunne eventuelt gennemføres af en intern controllerenhed, der er uafhængig af udførerenheden.

Generelt bør SOF implementere ledelsesrapportering. Der kan hentes inspiration hertil hos SUF (administrationsrapporter m.v.).



