

Strukturanalyse

Ældreområdet 2010



Middelfart
KOMMUNE

Indhold

1. Indledning 2

2. Sammenfatning 2

3. Kort beskrivelse af nuværende struktur 3

4. Beskrivelse af alternative strukturer 4

5. Kan scenarier kombineres 9

6. Konklusion 9

1. Indledning

Hensigten med analysen er at belyse, hvilke muligheder der er for at optimere ældreområdet gennem ændringer af bestående strukturer. Ældreområdet er udvalgt, da området er udgiftstungt og karakteriseret af mange enheder, der løser samme type opgaver. Området har tillige en geografi og indhold, der betyder, at der er flere ledelseslag.

I analysen vil der blive set på balancen mellem:

- Geografi og den faglige specialisering
- Placering af boliger og centre i forhold til størrelse og antal
- Antallet af ledere og ledelseslag

Processen i strukturanalysen:

Medarbejderrepræsentanter og ledere på ældreområdet har været samlet på en ide- og inspirationseftermiddag. Efterfølgende blev de præsenteret for oplægget, og medarbejderrepræsentanter og ledere er enige om den endelige indstilling.

Ældreområdet har analyseret 3 forskellige organisationsmodeller:

- Nuværende model med 3 decentrale plejeområder og 1 køkkenområde.
- 2 decentrale plejeområder med et nyt ledelseslag og 1 køkkenområde.
- En sektoropdelt model.

Strukturanalysen indeholder også en analyse af behovet for specialenheder.

2. Sammenfatning

Socialforvaltningen vil anbefale Byrådet: At ældreområdet bibeholder nuværende organisationsstruktur, med mulighed for at lave pilotprojekter og tilpasninger i organisationen når muligheden og behovet opstår, og at der arbejdes med en selvforsyningsstrategi i forhold til specialenheder.

Socialforvaltningen anbefaler:

- At demensboliger samles på Gelsted Plejecenter, Rudbækshøj, Skovgade og Fænøsund. Ved nedlæggelse af 7 demenspladser på Kongshøjcentret og oprettelse af 10 demensboliger på det nyrenoverede Fænøsund nedlægges der 10 almindelige plejehjemboliger på Fænøsund. Der vil være et huslejejob ved nedlæggelse af de 7 demenspladser på Kongshøjcenteret, hvilket er indregnet. Der vil kunne spares ca. 1,5 mio. kr. årligt. Forslaget har først fuld gennemslagkraft i 2012. Besparelsen vil blive reduceret som følge af større behov for aflastningspladser.
- At der iværksættes et projekt for senhjerneskadede på Egebo. Der vil være en økonomisk gevinst i Handicap- og Psykiatriafdelingen i forhold til at oprette et specialafsnit for senhjerneskadede på Egebo. Der vil ikke være udgifter forbundet med dette tilbud der ikke er indeholdt i budgettet, men årlige driftsbesparelser på 1,0 mio. kr.
- At der etableres et opgangsbofællesskab for lettere sindslidende i ældreboligerne på Vestre Hougvej.
- At der kommer en generel drøftelse om, hvorvidt kommunen skal bibeholde anvisningsretten til en række boliger, som er svære at leje ud. I 2009 har kommunen haft et samlet lejetab på ældre- og plejeboliger på ca. 0,2 mio. kr.

Generelt forventes det, at opgaveglidningen fra sygehus til kommune vil tiltage. Hvilket betyder et øget behov for bl.a. rehabilitering i forhold til medicinske patienter. Kongshøjcentret kunne være et godt sted at samle rehabiliteringen, da både sygeplejersker og terapeuter har kontorer på Kongshøjcentret. Centret har en central beliggenhed i kommunen.

3. Kort beskrivelse af den nuværende struktur

I forbindelse med kommunesammenlægningen lavede man en organisation på ældreområdet bestående af 3 decentrale områder og et køkken område. Hvert område har et antal plejeomsorgsgrupper, der servicere borgere henholdsvis i eget hjem og borgere på plejecentrene. Siden da er organisationen blevet tilpasset og effektiviseret flere gange. Der er således nedlagt 2 pleje-/omsorgslederstillinger og en køkkenlederstilling.

Hele køkkenområdet har fået en ny struktur efter at madservice produktionen overgik til Fælleskøkkenet Elbo I/S. Den varme mad til alle plejecentre /plejehjemsbeboere og brugerne i aktivitetscentre kommer nu fra de 2 produktionskøkkener på Egebo og Fænøsund. Alle øvrige køkkener er omlagt til modtagekøkkener.

Her pr. 1. januar 2010 er plejeomsorgsgrupperne adskilt, så de enten servicere borgere i eget hjem eller på plejecentrene. Det har man gjort for at sikre effektiviteten og fagligheden i den daglige opgaveløsning.

Alle medarbejdere, der arbejder med borgere i eget hjem, anvender PDA'er, og er karakteriseret ved at have mange daglige besøg og mange forskellige borgere. Disse plejeomsorgsgrupper afregnes efter mængden af opgaver (visiterede timer). Det betyder, at disse plejeomsorgsgrupper har de samme vilkår som en privat leverandør under fritvalgsordningen - der sker løbende tilpasning af ressourcer .

Inde på plejecentrene er opgaverne mere komplekse. Der er større dokumentationskrav i forhold til handleplaner og tilsyn. Der bliver løbende arbejdet på at efterleve anbefalingerne fra embedslægerne. På centrene samarbejdes der endvidere med Centerråd og Bruger-/pårørenderåd, hvilket kræver ressourcer. På plejecentrene og demensafsnittene er der en fast normering i dag-, aften- og nattevagten. Mængden af opgaver kan variere meget ved eksempelvis tomme stuer og borgere, der i perioder har behov for fast vagt. Er der tomme stuer afspadserer medarbejderne, og der kan spares vikar ved sygdom og frigives tid til eksempelvis fastevagter.

Specialenheder:

I dag er der specialenheder for demente i Ældrecenter Skovgade, Ældrecenter Rudbækshøj, Kongshøjcentret og Gelsted Plejecenter. Der er en specialenhed på Kongshøjcentret til døgntræning. Pr. 01.04.2010 sammenlægges den med aflastningspladserne for at skabe større fleksibilitet i brugen af pladserne.

Nuværende antal ledelseslag:

Der er tre ledelseslag på ældreområdet:

- ✓ Ældrechef
- ✓ Områdeleder/kost- og ernæringsleder
- ✓ Pleje-omsorgsleder/ Aktivitetsleder / køkkenleder.

Derudover er der en teamleder for sygepleje. Teamlederen refererer til ældrechefen. Myndighedsområdet er placeret i Sekretariatet i Socialforvaltningen med egen teamleder, der refererer til socialdirektøren.

Direkte reference til Ældrechefen:

Ældreafdelingens centrale medarbejdere, 1 Teamleder for sygeplejen, 3 områdeledere og 1 kost- og ernæringsleder.

Direkte reference til Områdeleder i Nord:

1 aktivitetsleder, 5 Pleje-/omsorgsleder samt pedeller, vaskeri og administration.

Direkte reference til Områdeleder i Syd:

1 aktivitetsleder, 6 Pleje-/omsorgsleder samt pedeller, vaskeri og administration.

Direkte reference til Områdeleder i Øst:

1 aktivitetsleder, 5 Pleje-/omsorgsleder samt pedeller, vaskeri og administration.

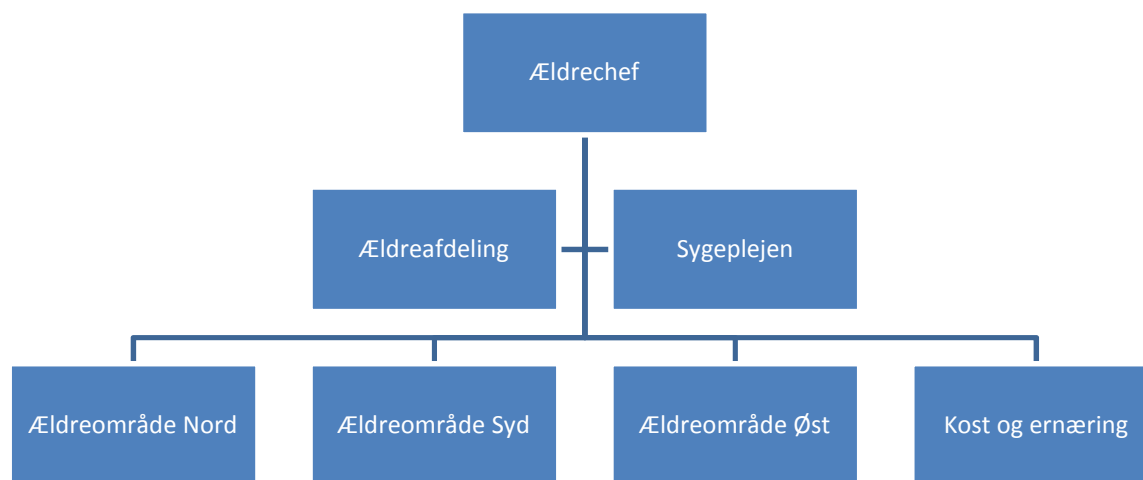
Direkte reference til Kost- og ernæringsleder:

2 køkkenledere, 2 madchauffører og 1 administrativ medarbejder.

I gennemsnit har hver pleje-/omsorgsleder ca. 25-40 medarbejdere, som refererer til dem. Derudover anvender pleje-/omsorgslederne en del ressourcer på samarbejdet med de pårørende. Antallet af henvendelser fra pårørende er stigende.

I en plejegruppe, der betjener borgere i eget hjem, vil der være typisk være mellem 120-200 borgere. I en plejeomsorgsgruppe, som betjener borgere på et plejecenter, vil der typisk være ca. 45 beboere.

Ældreområdets overordnede organisation:



4. Beskrivelse af alternative strukturer

Model 1: Nuværende model med 3 områder og et kost- og ernæringsområde.

De tre decentrale plejeområder og et Kost- og Ernæringsområde bibeholdes. Sygeplejen forbliver som stabsfunktion. I sygeplejeteamet er der 45 medarbejdere, fordelt på 2 matrikler. For at styrke den daglige ledelse i teamet overvejes det at konvertere planlæggerstillingerne i sygeplejen om til 1-2 koordinatorstillinger. Konverteringen vil skulle afholdes indenfor nuværende budgetramme.

Den vedligeholdende træning overtages af Sundhedsafdelingen.

Formålet med at bibeholde nuværende struktur er:

- At sikre ro og stabilitet for brugerne og medarbejderne på ældreområdet efter 3 år med mange ændringer.
- At fastholde den positive udvikling i forhold til den gode økonomiske styring.
- At bevare arbejdsglæden hos medarbejderne.
- At alle decentrale områder har arbejdet med værdi og er næsten færdige med deres personalepolitikker.
- At MED- og sikkerhedsstrukturen er indarbejdet alle steder.

Ældreområdet følger løbende befolkningsudviklingen og behovet for pleje. Med baggrund i det vil Ældreområdet løbende tilpasse organisationen for at sikre, at opgaverne fortsat løses effektivt.

Udviklingen går i retning af, at den ældre befolkning ønsker at flytte fra land til by. Efterspørgslen på ældre- og plejeboliger vokser således i Middelfart på bekostning af de øvrige byer i kommunen. Ligeledes vil udviklingen gå i retning af en større selvforsyningsgrad i kommunerne, hvilket betyder, at kommunerne fremover vil hjemtage flere af de specialiserede tilbud. Udviklingen i forhold til sygehusområdet er, at borgerne bliver sendt hurtigere hjem med mere komplekse udskrivinger hvorfor opbygning af mere specialviden i ældreområdet ville skulle prioriteres.

Ændringer i forhold til specialenheder:

I dag er der demensafsnit på følgende centre:

- Gelsted Plejecenter
- Kvisten, Kongshøjcentret
- Ældrecenter Rudbækshøj
- Ældrecenter Skovgade.

Ældreafdelingen foreslår, at de 7 utidssvarende demensboliger på Kongshøjcentret lukkes ned i forbindelse med, at renoveringen af Fænøsund afsluttes. Der er ikke eget bad og toilet i demensboligerne på Kongshøj.

I stedet foreslår ældreafdelingen, at der i de nyrenoverede boliger på Fænøsund etableres et demensafsnit med 10 boliger, d.v.s. en udvidelse på 3 demensboliger. Det betyder, at der nedlægges 10 plejehjemsboliger på Fænøsund. (Det kan oplyses, at kommunen har haft tomme plejeboliger i 2009, hvilket også er aktuelt her i 2010. Kommunen er også bekendt med, at Strandvejens Plejehjem udvider med 12 pladser). Nedlæggelsen af 10 plejeboliger vil få fuld effekt i 2012 med en besparelse på ca. 1,5 mio. kr., når Fænøsund er færdigrenoveret.

Der er i dag døgntilrettelæggelse og aflastningspladser på Kongshøj. Det foreslås, at de nedlagte demensboliger på Kongshøjcentret ved behov kan anvendes som aflastnings-/døgntilrettelægningspladser. Det kan betyde, at besparelsen på de 1,5 mio. kr. bliver reduceret. På den måde vil en del af Kongshøjcentret blive anvendt som rehabiliteringsafsnit og dermed udnytte de gode træningsfaciliteter, der er på centeret og kunne imødekomme et evt. stigende behov for et "mine sygehus".

Den demografiske udvikling viser, at antallet af ældre vil stige indenfor de næste 10-20 år. Især antallet af demente vil stige meget - helt op til 37% på 10 år. Udviklingen viser, at det tidspunkt hvor borgeren får behov for en anden bolig skubbes, da borgerne holder sig i bedre fysisk og psykisk form. Borgerne er også blevet bedre til at fremtidssikre deres boliger, så de kan blive i eget hjem, selvom der opstår et plejebestandsbehov. Det betyder, at ældreområdet kan komme under pres i forhold til ledige boliger, indtil den demografiske udvikling slår igennem.

Udviklingen gennem de sidste par år har vist, at efterspørgslen på plejeboliger i Ejby er faldende. Derfor foreslås det, at som pilotprojekt anvendes 3 pladser på Egebo til senhjerneskadede. Der vil ikke umiddelbart blive udgifter i forbindelse med etablering af botilbuddet. Ved at hjemtage borgere har kommunen mulighed for at levere et mere økonomisk forsvarligt tilbud, hvor kommunen i etableringsfasen vil efteruddanne vores personale, så borgeren modtager et passende serviceniveau. Der vil være en økonomisk gevinst i Handicap- og Psykiatridelingen i forhold til at oprette et specialafsnit for senhjerneskadede på Egebo. Der vil ikke være udgifter forbundet med dette tilbud der ikke er indeholdt i budgettet, men årlige driftsbesparelser på 1,0 mio. kr.

Generelt har forvaltningen fokus på det specialiserede område, og den langsigtede strategi er, at vi i Middelfart Kommune i højere grad bliver selvforsynende med specialiserede tilbud.

Tendenserne i forhold til ældreboliger peger i retning af en mindre efterspørgsel på ældreboliger. Der findes mange ældreboliger og ældrevenlige boliger på boligmarkedet. Borgere planlægger i højere grad selv deres alderdom, herunder også boligvalg. For at imødegå den udvikling foreslår forvaltningen, at man indretter en opgang i ældreboligerne på Vestre Hougvej til lettere sindslidende. Målgruppen er de borgere, der er for raske til at være i et specialiseret tilbud og for dårlige til at bo på et almindeligt plejecenter. Hermed vil de også kunne benytte sig af de tilbud og den støtte, der er på Guldregnen.

Den nye organisering af ældre-, pleje- og demensboliger samt specialfunktioner vil få en betydning i forhold til få medarbejdere og borgere.

På nuværende tidspunkt har modellen ikke betydning for antallet af ledere. Modellen har betydning for de medarbejdere på Kongshøjcentret, der arbejder på demensafsnittet. Hvis de fremadrettet ønsker at arbejde med demente vil de skulle skifte arbejdsplads. Der vil blive behov for mere specialiserede kompetencer hos medarbejderne på eksempelvis Egebo og på rehabiliteringsafsnittet på Kongshøjcentret. Samlet set vil kommunen på sigt se en højere faglig specialiseringsgrad. Middelfart Kommune vil i fremtiden kunne tilbyde et mere specialiseret udbud af boliger og specialiserede tilbud i egen kommune.

Tilgængelighed/geografien for borgerne.

Fremadrettet vil der ikke være et tilbud til demente på Kongshøjcentret. Lettere demente vil kunne integreres i plejeboligerne i Æblehaven, som er en del af Kongshøjcentret. Svært demente i Nørre Aaby vil skulle vælge mellem at bo på et demensafsnit i Middelfart eller på Gelsted Plejecenter.

Økonomisk konsekvens:

Modellen giver ikke nogen besparelse i forhold til antallet af ledere.

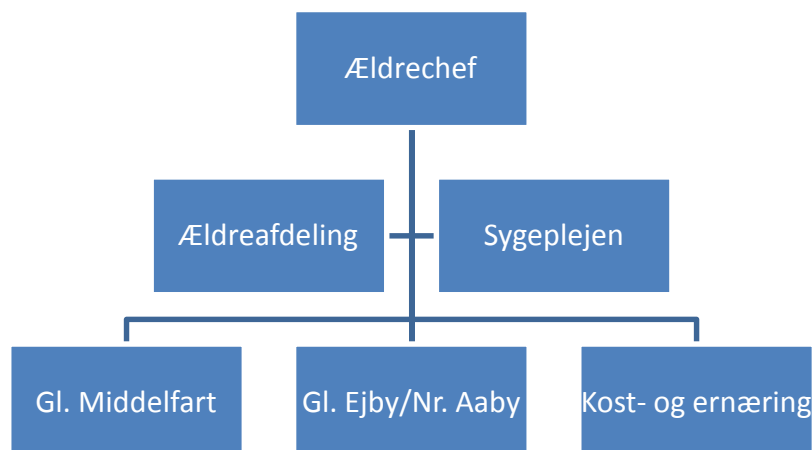
Der vil være en økonomisk gevinst i Handicap- og Psykiatridelingen i forhold til at oprette et specialafsnit for senhjerneskadede på Egebo. Der vil ikke være udgifter forbundet med dette tilbud der ikke er indeholdt i budgettet, men årlige driftsbesparelser på 1,0 mio. kr.

Ved nedlæggelse af 7 demenspladser på Kongshøjcentret og oprettelse af 10 demensboliger på det nyrenoverede Fænøsund nedlægges der 10 almindelige plejehjemboliger på Fænøsund. Der vil være et huslejeab ved nedlæggelse af de 7 demenspladser på Kongshøjcenteret, hvilket er indregnet. Der vil kunne spares ca. 1,5 mio. kr. årligt. Forslaget har først fuld gennemslag i 2012. Besparelsen vil kunne reduceres som følge af større behov for aflastningspladser, jfr. ovenfor.

Model 2:

Alternativt **forstår** det, at Kommunen opdeles i 2 ældreområder mod i dag 3 ældreområder. Kost og ernæring bibeholdes som et selvstændigt område, og sygeplejeteamet vil ligeledes fortsætte med at være en stabsfunktion i Ældreafdelingen.

Model 2



De to nye områder vil være:

- Gammel Middelfart Kommune, og
- Gammel Ejby og Nr. Aaby Kommune.

Det betyder, at der bliver reduceret med 1 områdeleder, 1 aktivitetsleder og 4 plejeomsorgsledere og et antal planlæggere.

MEN der kommer så et ekstra ledelsesslag i kraft af en assisterende områdeleder og ca. 12 assisterende plejeomsorgsledere.

Den vedligeholdende træning overtages af Sundhedsafdelingen, og demensdagcentre tilknyttes demensafsnittene på centrene.

Generelt foreslår denne model, at der er en centerleder på hvert plejecenter samt en assisterende leder. Det forslås, at alle plejegrupper, som betjener borgere i eget hjem, gøres større, og at der er en plejeomsorgsleder og en assisterende leder i hver gruppe.

Det vil kræve et større analysearbejde at afdække de økonomiske konsekvenser af denne model. Umiddelbart forventes det ikke, at der er en stor besparelse på ledersiden, da der indføres et nyt ledelsesslag. Besparelse vil skulle findes ved en mere effektiv drift.

Hvis der er et ønske om at indføre denne model, vil ældreafdelingen anbefale, at der gives mulighed for at lave pilotprojekter på henholdsvis et plejecenter og en plejeomsorgsgruppe, som betjener borgere i eget hjem. Dette for at afdække, om der er effektiviseringsgevinster i forhold til at etablere større enheder og ansætte assisterende ledere.

Alle de foreslåede tiltag i forhold til specialenheder under model 1 vil gå igen i model 2. Det at ledelsen på centrene vil blive styrket i model 2 kan være en fordel i forhold til specialenhederne på centrene.

Områdelederen vil få et større geografisk område, flere centre, flere ledere og medarbejdere under sig og dermed miste noget lokalkendskab.

Modellen betyder, at en række medarbejdere vil få en ny plejeomsorgsleder og få 2 ledere at referere til. De 2 ledere kan støtte, vejlede og dække hinanden i ferier m.v. Mange medarbejdere vil få nye kollegaer og nye borgere – hvilket vil skabe noget uro i organisationen.

Borgere og pårørende vil skulle forholde sig til 2 ledere samt nye medarbejdere og ændringerne i forhold til specialenhederne. Der vil komme en skarpere opdeling i land og by.

Økonomisk konsekvens:

Det vil kræve et større analysearbejde at afdække de økonomiske konsekvenser af den her model.

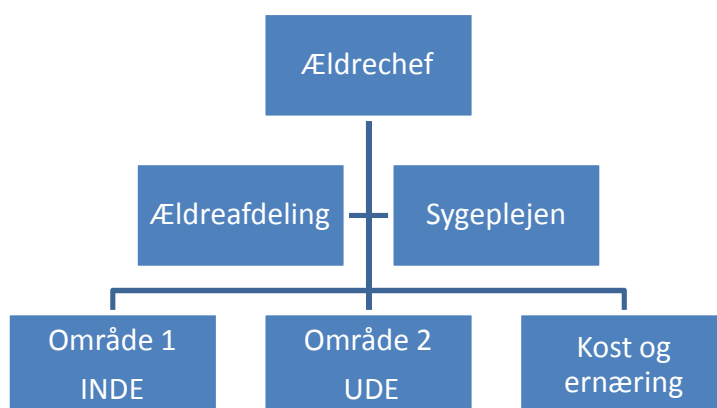
Den økonomiske gevinst beregnet under model 1 går igen under model 2. Det vil sige, at der vil være en økonomisk gevinst i Handicap- og Psykiatridelingen på 1,0 mio. kr. i forhold til at oprette et special-afsnit for senhjerneskadede på Egebo.

Ved nedlæggelse af 7 demenspladser på Kongshøjcentret og oprettelse af 10 demensboliger på det nyrenoverede Fænøsund og derved nedlægge 10 almindelige plejehjemboliger på Fænøsund vil der kunne spares ca. 1,5 mio. kr. årligt med fuldt gennemslag i 2012.

Model 3:

Består af 2 decentrale plejeområder og et kost- og ernæringsområde. De 2 plejeområder opdelt i et område, hvor alle centre er samlet og et område, hvor alle plejeomsorgsgrupper, som betjener hjemmeboende borgere, er samlet. Det betyder, at begge områder geografisk skal dække hele kommunen. Områdelederen for alle plejecentrene vil have 7 centerledere + assisterende ledere, aktivitetsleder, serviceleder samt alle specialenhederne under sig. Områdelederen, som betjener hjemmeboende borgere, vil have 5 plejeomsorgsledere + assisterende ledere under sig.

Model 3:



Formålet med denne model er at styrke fagligheden. Lederen i denne model skal kun forholde sig til problemstillinger, enten på et plejecenter eller hos borgere i eget hjem.

I forhold til antallet af ledere, medarbejdere og økonomi vil "Område Inde" være væsentlig større end "Område Ude". Ulempen ud over geografien er, at ældreområdet kan komme til at være præget af økonomiske sektorinteresser.

Betydning for antallet af ledere er den samme som under model 2. For medarbejderne vil det medføre en sektoropdeling. Der vil ikke være noget arbejdsmæssigt fællesskab mellem grupper, der betjener plejecentrene og de grupper, der betjener borgere i eget hjem, og dermed mindre fleksibilitet. Der vil komme en højere grad af faglig specialisering. Der er en risiko for, at der kan udvikle sig 2 forskellige kulturer.

Økonomisk konsekvens:

Det vil kræve et større analysearbejde at afdække de økonomiske konsekvenser af den her model.

Den økonomiske gevinst beregnet under model 1 går igen under model 3.

Økonomisk gevinst i Handicap- og Psykiatriafdelingen på 1,0 mio. kr. i forhold til at oprette et special-afsnit for senhjerneskedede på Egebo.

Ved nedlæggelse af 7 demenspladser på Kongshøjcentret og oprettelse af 10 demensboliger på det nyrenoverede Fænøsund, og derved nedlægge 10 almindelige plejehjemboliger på Fænøsund, vil der kunne spares ca. 1,5 mio. kr. årligt med fuldt gennemslag i 2012.

5. Kan scenarier kombineres

Model 1 og 2 kan godt kombineres. Eksempelvis kan man bibeholde 3 områder som i dag, og så indføre centerledelse på alle centre, d.v.s. 1 centerleder og en assisterende leder på hvert center. I kombinationsmodellen vil der ikke være behov for en assisterende områdeleder. Der forventes ikke nogen besparelse, idet der sættes et ekstra ledelseslag ind.

6. Konklusion

Organisationsændringer på ældreområdet vil ikke give besparelser. Hvis der i fremtiden skal findes besparelser på ældreområdet er det nødvendigt at se på serviceniveauet. Der henvises i øvrigt til anbefalingerne i sammenfatningen.