

Første oplæg om organisering af plejeområdet

Det er besluttet, at antallet af overordnede ledere på plejeområdet reduceres fra fem til fire, i forbindelse med at den tidligere leder af Centerområde SydØst har fået andet arbejde.

Dette oplæg om den nye organisering af plejeområdet indeholder overvejelser om, hvad vi skal kunne håndtere med den nye organisering, hvad der skal kendetegne den nye organisation, en beskrivelse af to overordnede organisationsmodeller, en anbefaling af model og en endelig en plan for den videre proces.

1. Hvad skal vi kunne håndtere med den nye organisering af plejeområdet?

En markant tendens, ældre- og sundhedsområdet har skullet agere i de seneste år, er det, der betegnes som en "stigende kompleksitet". Denne udvikling er ønsket og villet af stat, kommuner og regioner og bæres frem under begrebet "det nære sundhedsvæsen". I det nære sundhedsvæsen betjenes borgerne så vidt muligt af kommunerne – enten i eget hjem eller i boliger på plejecentre. Sygehusindlæggelser er blevet stadigt mere kortvarige. Og i det nære sundhedsvæsen skal sygehusindlæggelser så vidt muligt forebygges.

Disse tendenser er med til at sætte rammen for opgaveløsningen for hele ældre- og sundhedsområdet, og den stigende kompleksitet stiller øgede krav til det faglige kompetenceniveau hos medarbejderne også på plejeområdet. Varde Kommune har gearret sig til dette bl.a. med en meget ambitiøs plan for højnelse af uddannelsesniveaueet blandt plejepersonalet.

De mere komplekse opgaver stiller også øgede krav til koordinering af indsatsen mellem faggrupper, da mange borgere er i kontakt med medarbejdere med forskellig faglighed. Arbejdet med relationel koordinering har bragt ældre- og sundhedsområdet i den rigtige retning i forhold til dette. Erkendelsen af behovet for koordination er blevet stærkt forankret, og der er indført værktøjer, som understøtter koordinationen – fx træffetidsmøder og procedurer for overgange mellem eget hjem og bolig på plejecenter. Men der er stadig behov for at udvikle den koordinerende indsats i vores organisation.

Vi må forudse, at vi fremover skal løse flere opgaver, alene af den grund, at der bliver flere ældre i de kommende år. Og vi må forvente, at tilførslen af ressourcer ikke vil stå mål med stigningen i antal brugere. Derfor skal der sættes målrettet på rehabilitering, forebyggelse og på at aktivere ressourcer, der kan understøtte borgerne. De ressourcer, som kan understøtte brugere, er pårørende og lokalsamfund i bred forstand, herunder frivillige og foreninger. Et godt samspil med pårørende og frivillige kan være med til at øge brugernes tryk og livskvalitet. Det har stor værdi i sig selv, og det har den sidegevinst, at brugernes behov for hjælp – både fra kommunen og fra sundhedsvæsenet – bliver mindre. Arbejdet med bekæmpelse af ensomhed hænger tæt sammen med dette.

2. Hvad skal kendetegne den nye organisation?

Væsentlige kendetegn, vi ønsker skal præge den nye organisation, er:

- Høj faglighed
- Effektivitet: Lave omkostninger. Stor effekt.
- At der foregår et målrettet arbejde med rehabilitering
- Gejst og glæde hos ansatte
- God evne til at gennemføre nye tiltag
- Klar kommunikation i skrift og tale – overfor brugere og medarbejdere
- At vi opleves som smidige, hurtige, ubureaukratiske, imødekommende og ansvarlige
- At det er grundlæggende i vores arbejdsform, at vi inddrager brugere, pårørende, medarbejdere og lokalsamfund.

3. Organisering af plejeområdet

Det ligger fast, at Træning og Rehabilitering, Sygeplejen og Hjælpemiddeldepotet forbliver selvstændige organisatoriske enheder. Begrundelsen herfor er, at enhederne har en størrelse, som betyder, at en opsplitning vil sætte fagligheden og effektiviteten under pres. På det overordnede plan er det spørgsmål, der skal tages stilling til alene, hvordan plejeområdet organiseres i lyset af ændringen fra fem til fire overordnede ledere.

Området kan organiseres ud fra to forskellige principper:

1. Centerområder og hjemmepleje organiseres hver for sig.
2. Nogle centre og hjemmeplejen i et område omkring disse organiseres under den samme leder.

I det følgende beskrives fordele og ulemper ved de to modeller.

3.1. Centerområder og hjemmepleje organiseres hver for sig

Denne model indebærer, at de to hjemmeplejevirksoheder fortsætter uændret, og at de tre centerområder sammenlægges til to. Der er altså en model, hvor der – som i dag – er en specialisering omkring opgaveløsningen.

I oversigten nedenfor er fordele og ulemper ved modellen beskrevet.

Fordele	Ulemper
Mindst ændring i forhold til nuværende organisering	Sårbar organisationsmodel: Kun to hjemmeplejeenheder og kun to centerenheder
Ensartet opgaveportefølje i enhederne	De to centerledere får ansvaret for mange centre
	Store geografiske områder – både for centre og hjemmeplejen
	Stort træk på de øverste ledere til deltagelse i udviklingsarbejde på ældre- og sundhedsområdet (arbejdsgrupper mv.)

3.2. Fire områder med centre og hjemmepleje

Denne model indebærer, at der etableres fire enheder, som alle varetager drift af plejecentre og leverer hjemmepleje i et område omkring disse. Der er tale om en geografisk model, som kan siges at indebære en tværfaglighed indenfor plejeområdet. Fordele og ulemper ved modellen er beskrevet i oversigten nedenfor.

Fordele	Ulemper
Ledelsesmæssigt mindre sårbar model, idet der er fire områder, som har en ensartet opgaveportefølje	Større bredde i opgaveporteføljen for de øverste ledere
Større mulighed for sparring mellem de øverste ledere	Større forandring for flere medarbejdere og (måske især) teamledere
Mulighed for tværfaglig sparring og inspiration på teamlederniveau indenfor de enkelte enheder (mellem ledere af hjemmeplejegrupper og ledere af plejecentre)	Større administrative ændringer
Mindre geografiske områder. Det har bl.a. den fordel, at man i hver enhed skal forholde sig til færre lokalsamfund end i model 1.	
Samspil mellem hjemmeplejen og det omgivende samfund, herunder frivillige, kan styrkes (ved nærheden til centrene)	
Sammenhængende borgerforløb fremmes – fx ved overgang fra egen bolig til centre	
Fleksible løsninger fremmes – fx kan ældreboliger der ligger tæt ved et plejecenter betjenes fra centret, centrene faciliteter og muligheder kan bruges bedre i arbejdet med bekæmpelse af ensomhed osv.	
Styrket fokus på styring på plejecentre via nærheden til inspiration fra hjemmeplejen	
Styrket fokus på kvalitetssikring og helhed i hjemmeplejen via nærhed til inspiration fra plejecentrene	

3.3. Generelt for begge modeller

Uanset hvilken model der vælges, vil der være behov for

- et styrket samspil mellem plejen og Sygeplejen,
- et styrket samspil mellem plejen og Træning og Rehabilitering,
- fagprofessionelle medarbejdere til faglige ledelsesopgaver,
- et stærkt strategisk perspektiv hos de fire ledere,
- teamledere der er stærke kulturskabere, konfliktløser og evner at gennemføre forandringer,
- et godt og gerne styrket samspil med visitationen.

Det vil være hensigtsmæssigt, hvis der er et sammenfald mellem den geografiske afgrænsning af de fire enheder og den geografiske opdeling, som Sygeplejen og Træning og Rehabilitering arbejder med.

Det kan overvejes at finde en anden betegnelse end "teamleder".

4. Anbefaling

Ledergruppen og ældre- og handicapchefen anbefaler, at plejeområdet organiseres efter et geografisk princip (model 2). De bærende argumenter herfor, at man herved i størst mulig grad kan skabe sammenhæng for brugerne, læring mellem hjemmepleje og plejecentre og samspil med lokalsamfund.

5. Den videre proces

Processen for forløbet med ny organisationsmodel bliver som følger:

Tidspunkt	Handling/aktivitet	Status
29. september	Ledergruppen træffer beslutning om anbefaling af overordnet model	✓
11. oktober	Orientering i Udvalget for Social og Sundhed	✓
12. oktober	Ledergruppen udarbejder forslag til områdeinddeling	✓
13. oktober	Behandling i direktionen	✓
Uge 43	Orientering til og drøftelse med ledelsen af Sygeplejen og Træning og Rehabilitering om forslag til organisering	✓
Uge 45	FOA orienteres.	✓
9. november	Informationsmøde med deltagelse af teamledere, TR'ere og AMR'ere om forslag til områdeinddeling.	✓
November - december	Behandling i lokale MED-udvalg på plejeområdet (med orientering til MED-udvalg i Sygeplejen, Træning og Rehabilitering, Center for Sundhedsfremme og Social og Handicap)	
November- december	Den praktiske forberedelse: <ul style="list-style-type: none"> - Opbygning af nye budgetter - Øvrige adm. ændringer - Fordeling af ledelsesposter - Sammensætning af nye MED-udvalg - Stillingtagen til faglige 	

	støttefunktioner - Organisering af natruter	
1. januar 2017	Ikrafttræden for så vidt angår det nuværende Centerområde SydØst	
Første kvartal 2017	Overgangs-MED arbejder med forhold, der skal afklares i den nye organisering	
1. april 2017	Ikrafttræden	

Der bør sigtes imod, at den nye model træder i kraft senest 1. januar 2017. Det kan ikke udelukkes, at organisationen kan blive udfordret i at få alle administrative ændringer på plads til 1. januar.