Fremtidig organisering af Sygepleje & Træning

Beslutningsoplæg til Fag MED d. 17. januar 2017

Viborg, d. 17. januar 2017

Indhold

1. Resume ... 3
2. Indledning ... 6
3. Beskrivelse af processen for arbejdet ... 7
4. To scenarier for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning ... 11
4.1 Indledende bemærkninger ... 11
4.2 Begrundelse for valg af scenarier. ... 11
4.3 Præsentation af de 2 scenarier ... 13
4.3.1 Scenarie 1 ... 14
4.3.2 Scenarie 2 ... 21
4.4 Scenariernes ledelsesmæssige og økonomiske betydning ... 23
4.5 De to scenarier, de bærende principper, kerneopgaven og succeskriteriet ... 24
4.5.1 Klart og entydigt ledelsesansvar samt sammenhængskraft ... 24
4.5.2 Leadership pipeline og strategisk kompetenceudvikling – hvad kan vi skabe sammen? ... 24
4.5.3 Borgeren i Centrum og Én borger - et forløb ... 25
4.5.4 Fokus på Borgeren samt optimal ressourceudnyttelse på tværs af faggrænser og ydelser ... 25
4.5.5 Sammenhængende rehabiliteringsforløb kalder på tværfagligt samarbejde ... 25
4.5.6 Høj faglig kvalitet ... 26
4.5.7 Arbejdsmiljø, motivation og trivsel – et fælles ansvar ... 27
4.5.8 Den fælles økonomi er sund ... 27
4.6 Fokusområder som følge af de to scenarier ... 27
4.6.1 Sundhedssatellitter ... 27
4.6.2 Neurorehabilitering Toftegården og Rehabiliteringscenter Viborg (RCV) ... 27
4.6.3 Det Nære Sundhedsvæsen ... 28
4.6.4 Samarbejde mellem Sundhed og Omsorg ... 28
4.6.5 Samarbejde med de øvrige forvaltninger og et samlet Job og Velfærd ... 28
5. Forslag til proces fra d. 17. januar 2017 til d. 31. januar 2017 ... 30
6. Forslag til proces for udarbejdelse af implementeringsplan ... 31

1. Resume

Processen vedrørende fremtidig organisering af Sygepleje & Træning blev igangsat med tiltrædelsen af omsorgschef og sundhedschef d. 1. oktober 2016. Forinden blev der udarbejdet et kommissorium og en procesplan. Kommissorium og procesplan er drøftet og godkendt i Fag MED Sundhed & Omsorg. Procesplanen er efterfølgende blevet revideret. Ændringerne beskrives i afsnit 3. Kommissorium og procesplan fremgår af den vedlagte bilagsrapport.

I kommissoriet fremgår det, at det endelige produkt af processen er et forslag til fremtidig organisering af Sygepleje & Træning med henblik på efterlevelse af følgende principper:

- Borgeren i centrum
- Én borger – Et forløb
- Sammenhængende rehabiliteringsforløb
- Tværfagligt samarbejde
- Klart og entydigt ledelsesansvar
- Høj faglig kvalitet
- Sammenhængskraft
- Leadership pipeline

På baggrund af afdækningen har sundhedschefen og omsorgschefen valgt at præsentere to scenarier for fremtidig organisering, som tager udgangspunkt i de 8 bærende principper, kerneopgaven og vores fælles succeskriterier Ingen af disse to scenarier indeholder forslag, hvor den nuværende organisering af Sygepleje & Træning er bevaret. For begge scenarier er der forandringer, som rækker langt ind i det samlede omsorgsområde, hvorfor der i denne rapport ikke kun vil være fokus på placeringen af Sygepleje & Træning.

Baggrunden for dette valg er entydigt, at den nuværende organisering, ledelsesstruktur, økonomiske incitamentsstruktur, den ofte manglende sammenhængskraft i forhold til kerneopgaven samt en utilstrækkelig udnyttelse af potentialer og ressourcer på tværs, kalder på en ny organisering og struktur. Der henvises endvidere til afsnit 4.2, hvor begrundelsen for valget af de to scenarier fremgår.

Afdækningsarbejdet har vist, at der er brug for en styrkelse af omsorgsområdet på de 8 nedenstående områder for at kunne imødegå fremtidens udfordringer, løse kerneopgaven og efterstræbe organisationens succeskriterier, herunder sikre de rette kompetencer og ressourcer til at varetage fremtidens opgaveløsning.

- Ledelse – entydig og enstrenget ledelse samt fokus på ”ledelsesspænd” og organisering af ledelse

- Sammenhængskraft – udvikling og implementering af fælles kultur, mål og retning

- Ressourceudnyttelse – optimal ressourceudnyttelse på tværs af faggrænser og ydelser.

- Værdighed og selvbestemmelse - borgerne oplever, at omsorgsområdet i Viborg kommune arbejder målrettet og velkoordineret på at understøtte borgernes mestringsevne, mål og ressourcer

- Kompetenceudvikling/udnyttelse af kompetencer - fra monofagligt fokus til et ”*både og*” og med fokus på fællesfaglighed og ”*hvad kan vi sammen skabe”.*

- Rehabilitering – styrkelse af rehabiliteringsindsatsen på omsorgsområdet, herunder sammenhæng i indsatsen i forhold til kerneopgaven: *"Samarbejde med borgeren om et selvstændigt, meningsfuldt og aktivt liv – hele livet".*

- Empowement - motiverede medarbejdere der trives og efterlever kommunens værdier i hverdagspraksis: Mangfoldighed – Ordentlighed - Dygtighed - Mod

- Økonomi - den fælles økonomi er sund

De to scenarier fremgår af figur 1.

Figur 1

	Scenarie 1	**Scenarie 2**
Omsorg	• Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering, herunder hjemmepleje, sygepleje, sygeplejeklinikker samt træning og hverdagsrehabilitering (§§ 83, 83a og 86) • Pleje- og omsorgscentre, herunder pleje og sygepleje • Demensenheden (Liselund og demenskoordinatorer) • Genoptræning (§§ 140 og 140a)	• Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering, herunder hjemmepleje, sygepleje, sygeplejeklinikker samt træning og hverdagsrehabilitering (§§ 83, 83a og 86) • Pleje- og omsorgscentre, herunder pleje og sygepleje • Demensenheden (Liselund og demenskoordinatorer)
Sundhed	• Rehabiliteringscenter Viborg, herunder Akutteamet • Sundhedscenter Viborg • Aktivitet & Udvikling • Madservice	• Rehabiliteringscenter Viborg, herunder Akutteamet • Sundhedscenter Viborg • Aktivitet & Udvikling • Madservice • Genoptræning (§§ 140 og 140a)

De to scenarier adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden. I begge scenarier organiseres Sygeplejen i omsorgsområdet, undtaget Akutfunktionen og Rehabiliteringscenter Viborg. Der indføres enstrenget ledelse for pleje og sygepleje i både hjemmeplejen, på pleje- og omsorgscentre og i Demensenheden. For så vidt angår Træningsenheden er der to varianter i forhold til organisering.

I **scenarie 1** organiseres al træning i Omsorg i to funktionsenheder. Funktionsenheden Træning & Hverdagsrehabilitering, der varetager træning efter §§ 83, 83a og 86, organiseres under Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Funktionslederen af Træning & Hverdagsrehabilitering refererer til lederen af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Funktionsenheden Genoptræning, der varetager træning efter §§ 140 og 140a, organiseres under og refererer til omsorgschefen.

I **scenarie 2** organiseres Funktionsenheden Træning & Hverdagsrehabilitering, der varetager træning efter §§ 83, 83a og 86, under Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering i Omsorg. Funktionslederen af Træning & Hverdagsrehabilitering refererer til lederen af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Funktionsenheden Genoptræning, der varetager træning efter §§ 140 og 140a, organiseres under og referer til sundhedschefen.

I **begge scenarier** er der en leder for Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Området består af hjemmepleje, sygepleje, sygeplejeklinikker samt træning og hverdagsrehabilitering. For at styrke ledelseskraften på dette område oprettes der to områdelederstillinger. Der organiseres 5 distriktsledere under hver af de to områdeledere. Områdelederne refererer til lederen for Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Funktionsenheden Træning & Hverdagsrehabilitering varetager træning efter §§ 83, 83a og 86 og organiseres under Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Funktionsleder af Træning & Hverdagsrehabilitering refererer til lederen af Hjemmepleje & hverdagsrehabilitering.

I begge scenarier er der en leder for pleje- og omsorgscentre. Området består af 14 pleje- og omsorgscentre, som ledes af 9 centerledere.

Desuden er der i begge scenarier en Demensenhed, som af består af Liselund og demenskoordinatorerne. Centerlederen for Liselund vil blive ansvarlig for Demensenheden og den fortsatte drift af Liselund. Der ansættes en afdelingsleder på Liselund. De 4 demenskoordinatorer overflyttes fra sundhedsområdet til Demensenheden.

Endelig oprettes der en stilling som projektleder for implementering af fællesfaglig indsats. Stillingen er tidsbegrænset til 2 år. Projektlederen forankres direkte under og refererer til omsorgschefen. Projektlederen skal sammen med den samlede ledergruppe drive implementeringen af den nye organisering. Det er vigtigt, at den nye organisation har kompetencer og ressourcer til at realisere de fælles mål, succeskriterier og kerneopgaven, samtidigt med at hverdagen håndteres.

I den nuværende organisering er der i dag i alt 45 ledere fordelt med 29 lederstillinger i Omsorg med 1396 medarbejdere og 16 lederstillinger i Sundhed med 535 medarbejdere.

I såvel scenarie 1 som scenarie 2 vil der blive en samlet ledertrup for Sundhed og Omsorg på 44 ledere. Det betyder, at der konkret nedlægges én lederstilling - stillingen som leder af Sygepleje & Træning - i forbindelse med organisationsændringen. Der er indarbejdet en besparelse på 1 mio. kr. i budgettet for 2017. Derudover skal der i løbet af 2017 findes den resterende besparelse af de 1,5 mio. kr. Det forventes, at besparelsen på 1,5 mio. kr. realiseres med fuldt gennemslag fra 1. januar 2018. Effektueringen af den fulde besparelse vil blive konkretiseret i forbindelse med implementeringen af organisationsændringen.

Der vil med organisationsændringen ske en omfordeling af antallet af lederstillinger svarende til den ændrede opgave- og områdefordeling i både Sundhed og Omsorg. De fire stillinger som distriktsleder i Sygeplejen nedlægges i deres nuværende form. Omsorgsområdet anvender og omlægger budgettet fra de fire stillinger til fire nye lederstillinger. Der oprettes en stilling som afdelingsleder på Liselund samt to stillinger som områdeledere i Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Derudover oprettes en tidsbegrænset stilling som projektleder for implementering af fællesfaglig afdeling.

For yderligere beskrivelse af scenarierne henvises til afsnit 4.

2. Indledning

Pr. 1. oktober 2016 blev Sundhed & Omsorg opdelt i to chefområder. Opdelingen skete pga. områdets størrelse og den stigende opgaveportefølje på specielt sundhedsområdet. Omsorgschefen blev ansvarlig for Hjemmeplejen, Plejecentre og Visitation Sundhed & Omsorg. Sundhedschefen blev ansvarlig for Madservice Viborg, Sundhedscentret, Aktivitet & Udvikling samt Rehabiliteringscenter Viborg og Akut Teamet. På baggrund af konkrete erfaringer med organisering af sygeplejersker og terapeuter i ét ledelsesområde, herunder udfordringer ift. at etablere og fastholde et velfungerende tværfagligt samarbejde samt sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb, blev det endvidere besluttet at organisere Sygepleje & Træning midlertidigt under sundhedschefen. I efteråret 2016 skulle omsorgschefen og sundhedschefen så igangsætte en proces med henblik på at udarbejde forslag til fremtidig organisering af Sygepleje & Træning.

Formålet med at igangsætte processen var tredelt. For det første blev processen igangsat for at sikre, at den organisatoriske struktur på sundheds- og ældreområdet understøtter sammenhængskraften og dermed også kerneopgaven i Job & Velfærd: *"Samarbejde med borgeren om et selvstændigt, meningsfuldt og aktivt liv - hele livet"*. For det andet for at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde i praksis. Og for det tredje for at bidrage til en besparelse på 1,5 mio. kr. på generel organisering i Sundhed & Omsorg.

I henhold til kommissoriet præsenteres der i denne rapport to scenarier for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning med henblik på efterlevelse af de 8 bærende principper, kerneopgaven samt de fælles succeskriterier i Job og Velfærd, strategiplanen for Job & Velfærd (se vedlagte bilagsrapport). For begge scenarier er der dog forandringer som rækker langt ind i omsorgsområdet, hvorfor der i denne rapport ikke kun vil være fokus på placeringen af Sygepleje & Træning. De bærende principper, kerneopgaven og succeskriteriet præsenteres i figur 2 og har dannet ramme for den proces, der er gennemført.

Figur 2:

3. Beskrivelse af processen for arbejdet

I dette afsnit beskrives den proces, der er pågået fra arbejdet blev indledt, og indtil nærværende rapport er udarbejdet. Rapporten præsenteres i Fag MED Sundhed & Omsorg d. 17. januar 2017 og forelægges for Ældre- og Sundhedsudvalget d. 24. januar 2017.

Processen vedr. fremtidig organisering af Sygepleje & Træning blev igangsat med tiltrædelsen af omsorgschef og sundhedschef d. 1. oktober 2016. Forinden blev der udarbejdet et kommissorium og en procesplan. Disse blev drøftet og godkendt i Fag MED Sundhed & Omsorg d. 2. september 2016. Procesplanen er blevet revideret og nuanceret af Fag MED Sundhed & Omsorg undervejs i processen. I skema 1 nedenfor er disse ændringer beskrevet, og der er henvist til den procesplan, hvori ændringen er beskrevet. Såvel kommissorium som de enkelte procesplaner fremgår endvidere af den bilagsrapport, der er udarbejdet som tillæg til denne rapport.

Skema 1: Beskrivelse af processen

Dato	Aktivitet	Kommentarer ift. proces
18. april 2016	Fag MED Sundhed & Omsorg bakker op om, at Sundhed & Omsorg ændres fra ét til to chefområder med følgende overordnede opdeling: • Omsorgschef: Plejecentre, Hjemmepleje samt Visitation Sundhed & Omsorg • Sundhedschef: Madservice, Sygepleje & Træning (midlertidig placering), Sundhedscenter Viborg, Rehabiliteringscenter Viborg samt Aktivitet & Udvikling Endelig stillingtagen til placering af Sygepleje & Træning afventer ansættelse af omsorgschef og sundhedschef.	
2. maj 2016	Fag MED Sundhed & Omsorg drøfter og godkender forslag til organisering i de to chefområder, herunder forslag til organisationsdiagram med enkelte kommentarer. Organisationsdiagrammet dateres: ”Sundhed & Omsorg pr. 1. oktober 2016”	
15. juni 2016	Fag MED Sundhed & Omsorg drøfter og godkender et forslag til procesplan for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning med enkelte kommentarer. Procesplanen dateres 22. juni 2016. Fag MED Sundhed & Omsorg beslutter • at der udarbejdes et kommissorium for opgaven • at kommissoriet sendes til en indledende drøftelse og kommentering blandt medlemmerne af Fag MED Sundhed & Omsorg • at kommissoriet drøftes mhp. godkendelse på mødet i Fag MED Sundhed & Omsorg d. 24. august 2016.	
15. juni – 6. juli 2016	Sekretariatet Job & Velfærd udarbejder forslag til kommissorium for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning	

Dato	Aktivitet	Kommentarer ift. proces
8. juli – 17. august 2016	Fag MED Sundhed & Omsorg har forslag til kommissorium for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning til en indledende drøftelse og kommentering. Kommentarer fremsendes til Sekretariatet Job & Velfærd.	Oprindeligt var høringsperioden planlagt til at vare fra d. 7. juli til d. 10. august 2016. Høringsperioden bliver forlænget, da det efterfølgende møde i Fag MED Sundhed & Omsorg bliver udsat fra d. 24. august 2016 til d. 2. september 2016.
18. august – 24. august 2016	Sekretariatet Job & Velfærd tilretter forslag til kommissorium iht. indkomne kommentarer fra Fag MED Sundhed & Omsorg.	Oprindeligt skulle kommentarerne indarbejdes i perioden fra d. 11. august til d. 23. august 2016 men grundet ovenstående ændres dette.
2. september 2016	Fag MED Sundhed & Omsorg drøfter, kommenterer og godkender tilrettet forslag til kommissorium samt revideret procesplan for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning. Kommissorium og procesplan dateres 2. september 2016	Mødet i Fag MED Sundhed & Omsorg bliver udsat fra d. 24. august 2016 til d. 2. september 2016.
August – september 2016	Område MED orienteres om procesplan samt kommissorium	
1. oktober 2016	Omsorgschef og Sundhedschef tiltræder, hvorefter de indhenter input ift. fremtidig organisering af Sygepleje & Træning indtil medio december 2016.	Iht. procesplan af 22. juni 2016 var perioden for indsamling af input planlagt til at slutte d. 1. december 2016. Dataindsamlingen forlænges jf. procesplan af 8. november 2016.
Oktober og november 2016	Dialogmøder med faglige ressourcepersoner	Iht. procesplan af 22. juni 2016.
7. november 2016	Temadrøftelse i Fag MED Sundhed & Omsorg. Der udarbejdes en opsamling fra temadrøftelsen i Fag MED Sundhed & Omsorg d. 7. november 2016. Desuden drøfter og godkender Fag MED Sundhed & Omsorg forslag til revideret procesplan, som dateres 8. november 2016.	Temadrøftelsen i Fag MED Sundhed & Omsorg blev flyttet fra d. 12. oktober 2016 til d. 7. november 2016 iht. procesplan af 2. september 2016.

Dato	Aktivitet	Kommentarer ift. proces
21. november 2016	Temadrøftelse i ledergruppen i Sundhed & Omsorg. Der udarbejdes en opsamling fra temadrøftelsen på ledermødet d. 21. november 2016.	Iht. procesplan af 8. november 2016
30. november samt 12. og 13. december 2016	4 fokusgruppeinterview med repræsentanter fra Område MED/FTR/TR/AMR. Der udarbejdes opsamlinger fra fokusgruppeinterview d. 30. november samt 12. og 13 december 2016.	Iht. procesplan af 8. november 2016.
14. december 2016	Fag MED Sundhed & Omsorg orienteres om status på processen. Fag MED Sundhed & Omsorg beslutter af aflyse det planlagte fokusgruppeinterview med FTR d. 20. december 2016, idet de allerede har været inddraget. På baggrund af drøftelserne i Fag MED Sundhed & Omsorg udarbejdes en revideret procesplan, som dateres 21. december 2016.	Iht. procesplan af 22. juni 2016 skulle omsorgschef og sundhedschef fremlægge forslag til fremtidig organisering af Sygepleje & Træning d. 14. december 2016, hvorefter Fag MED Sundhed & Omsorg skulle drøfte og godkende forslaget. Orientering om status på processen sker iht. procesplan af 8. november 2016.
17. januar 2017	På et ekstraordinært møde i Fag MED Sundhed & Omsorg udleverer og præsenterer sundhedschef og omsorgschef et beslutningsoplæg med 2-4 scenarier for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning jf. procesplan af 21. december 2016.	

4. To scenarier for fremtidig organisering af Sygepleje & Træning

4.1 Indledende bemærkninger

I afsnit 4.2 fremgår begrundelsen for valget af de to scenarier.

De 2 scenarier beskrives i afsnit 4.3. Beskrivelsen af scenarierne sker i form af et organisationsdiagram og en kort beskrivelse af organisering og struktur.

De økonomiske og ledelsesmæssige konsekvenser af scenarierne beskrives i afsnit 4.4.

Endvidere er der i afsnit 4.5 en beskrivelse af de 2 scenarier med udgangspunkt i figur 2, der illustrerer de 8 bærende principper, kerneopgaven og succeskriteriet. I beskrivelsen vil det fremgå, hvad der anses som centralt i den samlede vurdering af scenarierne. Denne vurdering er dels baseret på det datamateriale, der er fremkommet i forbindelse med afdækningen, dels på baggrund af den konklusion som sundhedschef og omsorgschef er kommet frem til.

Endelig er der beskrevet en række fokusområder som følge af scenarierne. Disse fremgår af afsnit 4.6

4.2 Begrundelse for valg af scenarier.

I beslutningsoplægget har sundhedschefen og omsorgschefen valgt at præsentere to scenarier. Ingen af disse to scenarier indeholder forslag, hvor den nuværende organisering af Sygepleje & Træning er bevaret. Baggrunden for dette er entydigt, at den nuværende organisering, ledelsesstruktur, økonomiske incitamentsstruktur, den ofte manglende sammenhængskraft i forhold til kerneopgaven samt en utilstrækkelig udnyttelse af potentialer og ressourcer på tværs kalder på en ny organisering og struktur.

Den nuværende organisering løfter på baggrund af både strukturelle og mentale søjler ikke de 8 bærende principper, kerneopgaven og vores fælles succeskriterier i så høj grad, at en kulturproces og et ændret fokus uden en forandring af organiseringen vil være tilstrækkeligt som løsning.

Den nuværende struktur giver heller ikke tilstrækkelig mulighed for at arbejde optimalt med veltilrettelagte, fokuserede og professionelle rehabiliteringsforløb. I vores nuværende organisering skabes der for mange uhensigtsmæssige og kompenserende arbejdsgange. Den nuværende organisering understøtter ikke i tilstrækkelig grad den velfærd, vi skal levere og skabe sammen med borgerne, fagprofessionelle, eksterne samarbejdspartnere og civilsamfundet.

Ingen organisering og struktur vil have en form, så der ikke skal kompenseres. Der er hele tiden behov for, at vi arbejder med at finde løsninger på, hvorledes vi understøtter fremtidens velfærd og dette i tæt samarbejde med borgerne/brugerne, medarbejderne/lederne og den samlede organisation samt civilsamfundet og eksterne aktører.

Opgaveløsningen er blevet mere kompleks indenfor både sundhedsområdet og omsorgsområdet. Det tilsiger en organisering, hvor vi kan levere både på kvalitet og ressourcer. Borgere bliver længere tid i eget hjem og udskrives tidligere med mere komplekse rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsforløb er tværfaglige og flerfaglige i deres udgangspunkt, hvilket betyder at vores organisering og samarbejdsmønstre i høj grad skal understøtte dette.

Sundhed og Omsorg har brug for at styrke fokus på kerneopgaven de kommende år. Det kræver en stærk og entydig organisering. Øget pres på områdernes ressourcer kræver et skarpt fokus på optimal udnyttelse

af vores samlede ressourcer. Den nuværende struktur har en række uhensigtsmæssige arbejdsgange og samarbejdsmønstre, idet der med undtagelse af Rehabiliteringscenter Viborg ikke er direkte og entydig ledelse af det samlede personale på plejecentre og i hjemmeplejen. Kerneopgaven løses bedst og billigst, hvis der er den rette organisering, det rette tværfaglige personale og den fulde kompetence og ledelsesret.

Muligheden for at udnytte ressourcer på tværs, justere kompetencer efter behov og arbejde rehabiliterende tilsiger en anden organisering end den, vi kender i dag. Dette synliggøres f.eks. i den nye normeringsoversigt på kommunens plejecentre, hvor det ikke er muligt at samtænke den tværfaglige indsats tilfredsstillende. Derudover er der i dag ikke et tilstrækkeligt operationelt og strategisk fokus på, hvad den fælles rehabiliterende indsats kan gøre for vores fremtidige velfærd. Det bliver helt nødvendigt at skabe en større platform for dette i den nye organisering.

Afdækningen har vist, at der er brug for en styrkelse af omsorgsområdet på otte centrale områder i forhold til at kunne imødegå fremtidens udfordringer, løse kerneopgaven og efterstræbe vores succeskriterier, herunder sikre de rette kompetencer og ressourcer til at varetage fremtidens opgaveløsning. De otte områder er:

- Ledelse – entydig og enstrenget ledelse samt fokus på ”ledelsesspænd” og organisering af ledelse

- Sammenhængskraft – udvikling og implementering af fælles kultur, mål og retning

- Ressourceudnyttelse – optimal ressourceudnyttelse på tværs af faggrænser og ydelser.

- Værdighed og selvbestemmelse - borgerne oplever, at omsorgsområdet i Viborg kommune arbejder målrettet og velkoordineret på at understøtte borgernes mestringsevne, mål og ressourcer

- Kompetenceudvikling/udnyttelse af kompetencer - fra monofagligt fokus til et ”*både og*” og med fokus på fællesfaglighed og ”*hvad kan vi sammen skabe”.*

- Rehabilitering – styrkelse af rehabiliteringsindsatsen på omsorgsområdet, herunder sammenhæng i indsatsen i forhold til kerneopgaven: ”*Samarbejde med borgeren om et selvstændigt, meningsfuldt og aktivt liv – hele livet”.*

- Empowement - motiverede medarbejdere der trives og efterlever kommunens værdier i hverdagspraksis: Mangfoldighed – Ordentlighed - Dygtighed - Mod

- Sund økonomi med en hensigtsmæssig incitamentsstruktur

På baggrund af den samlede afdækning er det sundhedschefens og omsorgschefens konklusion, at en ny organisering af Sygepleje & Træning bedst møder fremtiden. Begrundelsen tager udgangspunkt i de 8 bærende principper, kerneopgaven og vores fælles succeskriterier. Derudover skal det ses i sammenhæng med den dagligdag, sundhedschefen og omsorgschefen har været en del af siden 1. oktober 2016. Derfor præsenteres der to nye scenarier for fremtidig organisering. For begge scenarier er der forandringer som rækker langt ind i det samlede omsorgsområde, hvorfor der i denne fremstilling ikke udelukkende vil være fokus på placeringen af Sygepleje & Træning. Der ses også på betydningen af organisationsændringen for strukturen på en række andre områder og funktioner.

I afsnittet nedenfor præsenteres de to scenarier, der er dannet på baggrund af den proces, der er beskrevet i afsnit 2.

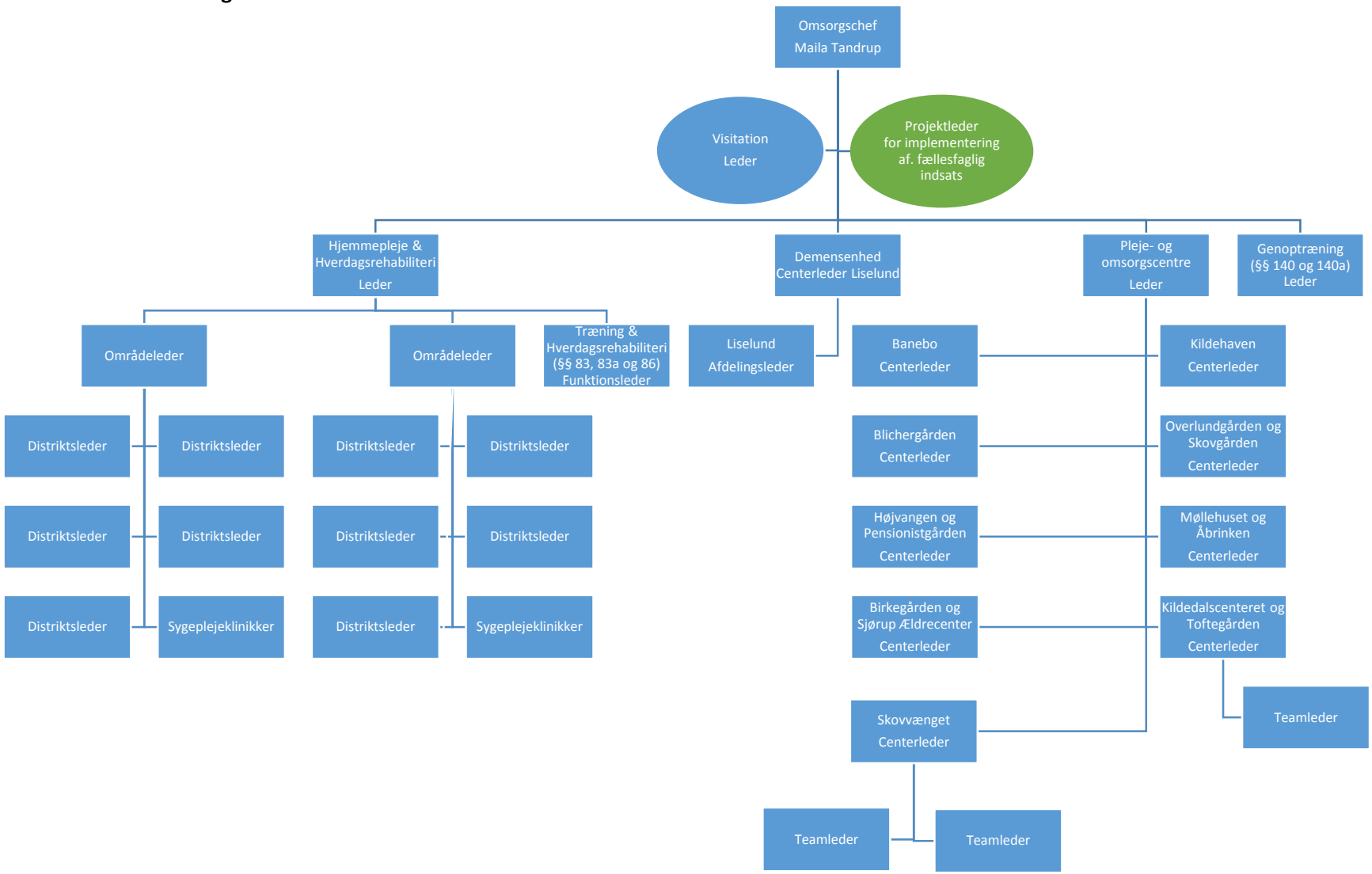
I de efterfølgende afsnit vil de økonomiske og ledelsesmæssige konsekvenser af de to scenarier blive beskrevet, ligesom de 8 bærende principper, kerneopgaven og succeskriteriet vil blive uddybet og sammenholdt med de to scenarier.

4.3 Præsentation af de 2 scenarier

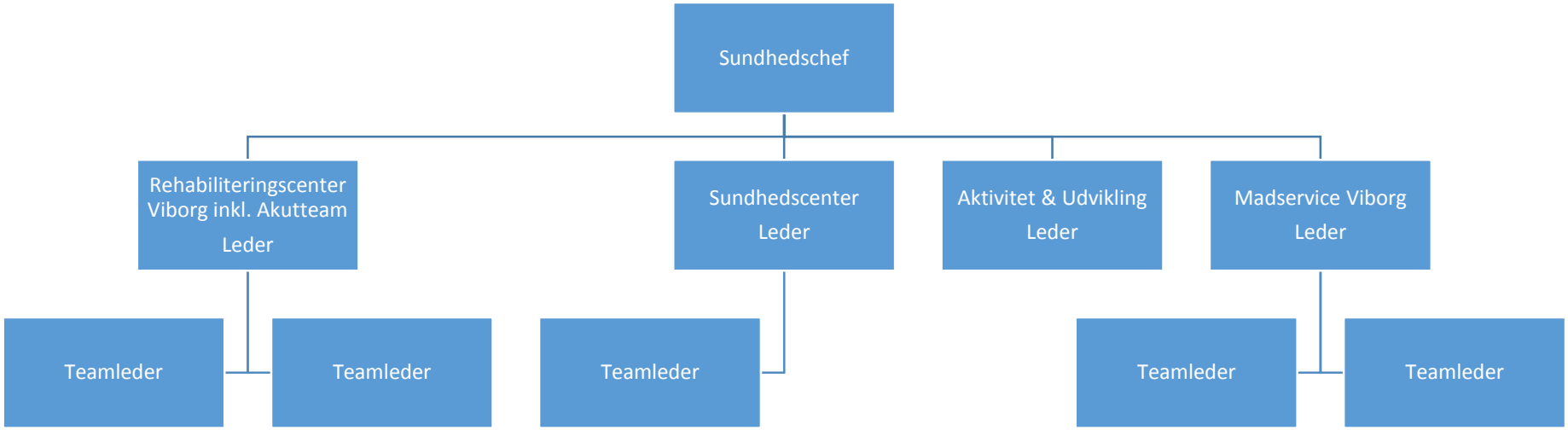
De to scenarier adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden. I begge scenarier organiseres Sygeplejen i Omsorgsområdet, undtaget Akutteamet og Rehabiliteringscenter Viborg. For så vidt angår Træningsenheden er der to varianter i forhold til organisering.

4.3.1 Scenarie 1

Figur 3: Scenarie 1 for omsorgsområdet



Figur 4: Scenarie 1 for sundhedsområdet



I **scenarie 1** organiseres al sygepleje på nær Akutteamet og Rehabiliteringscenter Viborg i Omsorg. Tilsvarende organiseres al træning, det vil sige træning efter §§ 83, 83a, 86, 140 og 140a i Omsorg og opdeles i 2 funktionsområder. Funktionsområdet Genoptræning (§§ 140 og 140a) organiseres direkte under omsorgschefen og ledes af en leder. Funktionsområdet Træning & Hverdagsrehabilitering (§§ 83, 83a og 86) organiseres under leder af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering og ledes af en funktionsleder.

Følgende ledere vil have direkte reference til omsorgschefen:

- Leder af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering, herunder 2 områdeledere og en funktionsleder af Træning & Hverdagsrehabilitering (§§83, 83a og 86). Under de 2 områdeledere er der 10 distrikter med én distriktsleder for hvert distrikt. Distriktslederne er ledere for al tilhørende personale, herunder pleje, sygepleje samt sygeplejeklinikker
- Leder af Pleje- og omsorgscentre, herunder 14 pleje- og omsorgscentre som ledes af i alt 9 centerledere
- Centerlederen for Liselund vil blive ansvarlig for den nye Demensenhed og den fortsatte drift af Liselund. Der ansættes en afdelingsleder på Liselund. De 4 demenskoordinatorer overflyttes fra sundhedsområdet til Demensenheden.
- Leder af Genoptræning (§§ 140 og 140a)
- Leder af Visitation Sundhed & Omsorg, herunder Hjælpemiddelservice
- Projektleder for implementering af fællesfaglig indsats (2 årig ansættelse)

Følgende ledere vil have direkte reference til sundhedschefen:

- Leder Rehabiliteringscenter Viborg, herunder Akutteamet
- Leder Sundhedscenter Viborg
- Leder Aktivitet & Udvikling
- Leder Madservice

I de kommende afsnit beskrives det enkelte ledelsesområde, herunder organisering, ledelsesstruktur og opgaveportefølje. Ledelsesområderne Træning & Hverdagsrehabilitering (§§ 83, 83a og 86) og Genoptræning (§§ 140 og 140a) beskrives dog samlet i ét afsnit, da det her begrundes, hvorfor der sker en deling af Træningsenheden.

4.3.1.1 Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering

Området Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering består af hjemmepleje, sygepleje samt træning efter §§ 83, 83a og 86.

Lederen af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering får udvidet sit ledelsesområde med ca. 100 årsværk, idet hjemmesygeplejen, sygeplejeklinikkerne og træning efter §§ 83, 83a og 86 organiseres her. Af de ca. 100 årsværk vil der blandt andet være de fire distriktsledere fra Sygeplejen.

Der etableres to områdelederstillinger under lederen af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Der etableres desuden en funktionslederstilling for Træning & Hverdagsrehabilitering (§§ 83, 83a og 86). Dette for at sikre mere ledelseskraft på området.

Lederen af Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering, de to områdeledere samt funktionslederen for Træning & Hverdagsrehabilitering skal sammen styrke hjemmepleje og hverdagsrehabilitering ved at arbejde målrettet med de 8 bærende principper, kerneopgaven og succeskriterier. Den første opgave for ledergruppen i Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering er at forme fremtidens bud på en endnu stærkere fællesfaglig enhed i hjemmeplejen. Den fællesfaglige enhed skal arbejde målrettet med rehabilitering, samt etablere en struktur og organisering for de arbejdsfællesskaber, der skal udføre rehabiliteringsopgaven.

I forbindelse med sammenlægningen af hjemmepleje og sygepleje skal der således ske en justering i fordelingen af distriktsledere, teamledere, koordinatorer, planlæggere og medarbejdere. Tillige skal der ske en fordeling af funktioner og medarbejdere i en række arbejdsfællesskaber.

4.3.1.2 Pleje- og omsorgscentre

I den nye organisering vil der være 14 pleje- og omsorgscentre. Liselund er ikke en del af pleje- og omsorgscentrene i den nye organisering men bliver i stedet for organiseret under Demensenheden.

Lederen af pleje- og omsorgscentre får udvidet sit ledelsesområde, idet centersygeplejerskerne organiseres på de enkelte pleje- og omsorgscentre med reference til centerlederen.

Pleje- og omsorgscentrene vil have enstrenget ledelse for så vidt angår pleje- og sygeplejeopgaver. Det betyder, at centerlederne vil have det fulde ledelsesansvar, dagligt som fagligt, for det personale, der ansættes til at varetage pleje og sygepleje på centrene. Det enkelte pleje- og omsorgscenter må, inden for den økonomiske ramme, ansætte de faggrupper, der kræves for at varetage opgaveporteføljen.

Der skal i forbindelse med omorganiseringen af centersygeplejersker fra Sygepleje & Træning i Sundhed til pleje- og omsorgscentrene i Omsorg ske en fordeling af centersygeplejersker og herefter ansættelse af disse på de enkelte pleje- og omsorgscentre.

I begge scenarier vil Træning & Hverdagsrehabilitering varetage træning af borgere på pleje- og omsorgscentre. Det lille antal af terapeuter, der skal varetage træning efter §§ 83, 83a og 86, rækker dog ikke til en opdeling på pleje- og omsorgscentre samt distrikter i hjemmeplejen, hvorfor disse organiseres i Træning & Hverdagsrehabilitering og ledes en funktionsleder.

Da dette område anses som værende centralt for at lykkes med implementeringen af den rehabiliterende indsats i plejen, tilføres området flere ressourcer i de kommende år i den udstrækning, det vil være muligt. Hvis området i den forbindelse opnår en normering, der muliggør en organisering af terapeuterne decentralt med reference til centerledere og distriktsledere, vil dette blive implementeret.

I forbindelse med omorganiseringen skal der ske en tilpasning af stillingskategorier og funktioner på pleje- og omsorgscentrene. Som udgangspunkt vil der udelukkende være tale om følgende stillingskategorier på ledelsessiden: centerleder, afdelingsleder og teamleder. Funktioner som teamkoordinatorer vil som hovedregel udgå. Der vil dog være mulighed for at anvende funktionen som planlægger i et mere begrænset omfang. Desuden skal der, som i Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering ske en fordeling af funktioner og medarbejdere i en række arbejdsfællesskaber.

4.3.1.3 Demensenheden

I den nye organisering vil Demensenheden bestå af Liselund samt de 4 demenskoordinatorer. Centerlederen for Liselund vil blive ansvarlig for den nye Demensenhed og den fortsatte drift af Liselund. Der ansættes desuden en afdelingsleder på Liselund.

Borgere med demens er en naturlig del af dagligdagen på pleje- og omsorgscentre og i hjemmeplejen. Antallet af borgere med demens ventes på landsplan at stige kraftigt de kommende år og således også i Viborg Kommune. Uanset om den demente borger bor hjemme eller på et af kommunens pleje- og omsorgscentre er der behov for at opbygge og udbrede viden om demens til de medarbejdere, som skal samarbejde med disse borgere og deres pårørende.

I Viborg Kommune pågår der allerede nu et arbejde for at imødegå den fremtidige udfordring på demensområdet. Blandt andet deltager Viborg Kommune som én af 6 kommuner i den landsdækkende indsats om demensvenlige kommuner. Indsatsen i det regi skal videreudvikles. Derudover forventes det, at der i løbet af foråret 2017 bliver udarbejdet en Demensstrategi, som skal godkendes politisk. Demensstrategien skal danne rammen for demensindsatsen i Viborg Kommune i de kommende år.

Udfordringernes omfang på demensområdet og det store politiske fokus herpå – både på landsplan og lokalt – berettiger en styrket organisering af Viborg Kommunes demensindsats organisatorisk og ledelsesmæssigt. I dag er demenskoordinatorerne organiseret i Sundhedscentret i Sundhed, mens hjemmepleje samt pleje- og omsorgscentrene er organiseret i Omsorg. Det giver og har givet udfordringer i forhold til at arbejde tilstrækkeligt målrettet med indsatsen på demensområdet. Såvel scenarie 1 som scenarie 2 vil gøre det muligt at styrke indsatsen på demensområdet organisatorisk og ledelsesmæssigt.

Det vurderes, at en placering af Demensenheden med direkte reference til omsorgschefen, en placering tæt på hjemmepleje samt pleje- og omsorgscentre og med Liselund som et videns- og udviklingscenter vil styrke demensindsatsen på tværs af sundheds- og omsorgsområdet.

Aktivitet & Udvikling er også en central aktør i forhold til demensindsatsen til såvel de demente borgere som deres pårørende, herunder også hjemmeboende borgere der endnu ikke modtager pleje. Tillige er de medarbejdere, der forestår de forebyggende hjemmebesøg, centrale aktører i forhold til demensindsatsen, da det ofte er dem, der møder de borgere, der er i den tidlige fase af demenssygdommen.

I såvel scenarie 1 som scenarie 2 organiseres Aktivitet & Udvikling samt de forebyggende medarbejdere fortsat i Sundhed. Derfor er det afgørende, at der fremadrettet er et tæt og forpligtende samarbejde på tværs af de aktører, der er involveret i demensindsatsen, herunder at der i relevant omfang sikres samarbejde og videndeling på tværs af sundheds- og omsorgsområdet.

Samarbejdet med Aktivitet & Udvikling skal sikre udvikling af nærsamfundet og tilbud til demente uden plejebehov samt deres pårørende, herunder at frivillige inddrages i indsatsen på området. Målet er, at de tværgående aktiviteter bliver mere målrettede, og at der skabes bedre læringsmiljøer, sammenhængskraft, ensartethed og bedre kvalitet i de ydelser vi tilbyder til borgerne.

Etableringen og udviklingen af Demensenheden foregår i et tæt samarbejde mellem sundhedschef og omsorgschef, den samlede ledergruppe i Omsorg og lederen af Aktivitet & Udvikling fra Sundhed.

4.3.1.4 Træning & Hverdagsrehabilitering (§§ 83, 83a og 86) og Genoptræning (§§140 og 140a)

Træning & Hverdagsrehabilitering leverer træning efter §§ 83, 83a og 86. Genoptræning leverer træning efter §§ 140 og 140a.

Pr. 1. januar 2015 blev træning efter §§ 83 og 83a lovbestemt, idet man ønskede at styrke rehabiliteringsindsatsen. Derfor er der på nuværende tidspunkt afsat 150 timer om ugen til det samlede plejeområde til at levere træning efter §§83 og 83a. Det svarer til 4 terapeuter pr. uge, som skal dække træning efter §§ 83 og 83a i samtlige hjemmeplejedistrikter og på alle plejecentre. Da lovgivningen om træning efter §§ 83, 83a og 86 dækker alle borgere, uanset om de er hjemmeboende eller bosat på et pleje- og omsorgscenter, skal den fremtidige organisering af træning sikre, at der sker en fokuseret træningsindsats.

I hjemmeplejen har man igennem længere tid haft et korps af hjemmetrænere og trænere i Digirehab. Hjemmetrænerne og Digirehab-korpset har i samarbejde med firmaet Digirehab via et projekt undersøgt

om ældre borgere profiterer af træning. Projektet bekræfter, at ældre borgere profiterer af træning, blandt andet kan træning medvirke til at borgerne enten vedligeholder deres funktionsniveau eller genopnår dele af deres tidligere funktionsniveau. Dette giver borgerne mulighed for at være mere selvhjulpne og forebygger sygdom samt yderligere funktionstab.

I den kommende organisering vil Træning & Hverdagsrehabilitering derfor være et centralt område, der skal styrke den rehabiliterende tankegang på omsorgsområdet. Der skal etableres et naturligt og stærkt samspil mellem alle faggrupper. Træning og rehabilitering vil stadig være et fælles ansvar, men Træning & Hverdagsrehabilitering skal bidrage med faglighed i forhold til at skabe resultater på dette område. Det er et mål, at vi øger livskvalitet og vores ældres muligheder betydeligt ved at sætte endnu mere fokus på den rehabiliterende hverdag.

I den nuværende organisering varetages megen af den træning, der foregår efter §§ 83 og 83a af hjemmeplejens personale. Det kan være komplicerede rehabiliteringsforløb, som kan være vanskelige at agere på. Når hjemmeplejens personale og terapeuterne fra Træningsenheden formår at etablere et tæt samarbejde, fungerer opgaveløsningen tilfredsstillende på trods af begrænsede ressourcer og fokus på dette område. Den indsats, der leveres ud fra de nuværende rammer og strukturer, er imidlertid ikke tilstrækkelig. Der er brug for terapeuter i det daglige helt tæt på plejen, som i langt større grad kan bidrage til at løfte den rehabiliterende indsats.

På baggrund af ovenstående vurderes det, at der skal overføres 13,2 årsværk fra Træning til Træning & Hverdagsrehabilitering. I de 13,2 årsværk er lederen af Træning & Hverdagsrehabilitering inkluderet. De 13,2 årsværk skal varetage træning efter §§ 83, 83a og 86 i hjemmeplejen og på pleje- og omsorgscentre i samarbejde med øvrige faggrupper disse steder. Toftegården og Liselund, der i dag allerede har ansat egne terapeuter, bibeholder disse medarbejdere, og de bliver dermed ikke en del af Træning & Hverdagsrehabilitering.

Som det fremgår tidligere rækker det lille antal af terapeuter, der skal varetage træning efter §§ 83, 83a og 86, ikke til en opdeling på pleje- og omsorgscentre samt distrikter i hjemmeplejen, hvorfor disse organiseres i Træning & Hverdagsrehabilitering og ledes en funktionsleder. Dette område anses dog som værende centralt for at lykkes med implementeringen af den rehabiliterende indsats i plejen. Derfor tilføres området flere ressourcer i de kommende år, i den udstrækning det vil være muligt. Hvis området i den forbindelse opnår en normering, der muliggør en organisering af terapeuterne decentralt med reference til centerledere og distriktsledere, vil dette blive implementeret.

Genoptræning (§§ 140 og 140a) vil have en selvstændig leder af funktionen med direkte reference til omsorgschefen. Genoptræning efter §§ 140 og 140a vil blive tildelt 34,4 årsværk fra Træningsenheden. Fremadrettet vil det således være et fokusområde at kvalitetsudvikle indsatsen indenfor denne ramme, herunder prioritere i genoptræningsforløb og kvalitet, så der fortsat kan leveres høj kvalitet på dette område.

Træningsområdet repræsenterer en række specialefagligheder. Fremadrettet skal disse specialefagligheder indgå mere direkte i kompetenceudvikling af øvrigt personale på omsorgsområdet.

Der forventes et tæt samarbejde mellem lederen for Genoptræning og funktionslederen for Træning & Hverdagsrehabilitering.

I kommissoriet fremgår det, at der skal vurderes på fordele og ulemper ved sammenlægning af Træning med Aktivitet & Udvikling henholdsvis status quo. Baseret på blandt andet udsagn fremkommet ved dialogmøder med faglige ressourcepersoner vurderes det, at der umiddelbart ikke er synergi at hente ved

at organisere Træning og Aktivitet & Udvikling under samme ledelse. Hvis disse funktioner blev lagt sammen, ville det desuden være nødvendigt at tilføre et ekstra ledelsesniveau, hvilket i sig selv ikke er ønskeligt på dette område.

4.3.1.5 Visitation Sundhed & Omsorg

Visitation Sundhed & Omsorg fortsætter i sin nuværende form.

4.3.1.6 Projektleder for implementering af fællesfaglig indsats

Det kræver massivt ledelsesfokus at implementere en ny organisering, ledelsesstruktur og kultur samtidigt med at presset på omsorgsområdet og velfærdsydelserne øges. Kravene til rehabilitering, kvalitet, kompetenceudvikling, sammenhængende forløb og patientsikkerhed øges. Dertil kommer, at der i 2017 skal implementeres et nyt fagsystem – fællessprog 3 – ligesom afprøvninger af velfærdsteknologi, udvikling af mere hensigtsmæssige arbejdsgange, LEAN og en stor indsats i forhold til at øge empowement hos alle parter også er opgaver, der skal løftes.

Det er vurderingen, at implementeringen af den nye organisering vil styrkes væsentligt på flere niveauer, hvis der etableres en midlertidig stilling som projektleder for implementering af fællesfaglig indsats direkte under omsorgschefen. En ny struktur gør det ikke alene. Der skal arbejdes fokuseret for at nå i mål med de mange visioner.

Projektlederen for implementering af fællesfaglig indsats ansættes i en tidsbegrænset stilling på 2 år. Projektlederen forankres direkte under omsorgschefen og skal arbejde fokuseret med implementering af den nye organisering, kultur og indsats.

Som udgangspunkt omlægges og anvendes budgettet fra én af de 4 stillinger som distriktsleder i Sygeplejen til af finansiere den midlertidige stilling som projektleder for implementering af fællesfaglig indsats. Der igangsættes dog en proces med det formål at søge dele af midlerne fra tværfagligt team anvendt til finansiering af netop projektlederstillingen. De resterende midler fra tværfagligt team søges anvendt til tværfaglig kompetenceudvikling.

4.3.1.7 Rehabiliteringscenter Viborg, herunder Akutteamet

Rehabiliteringscenter Viborg, herunder Akutteamet forbliver i sundhedsområdet. Der etableres et tæt samarbejde mellem Sundhed og Omsorg omkring neurorehabiliteringsindsatsen på Toftegården og på Rehabiliteringscenter Viborg.

4.3.1.8 Sundhedscenter Viborg

Sundhedscenter Viborg forbliver i sundhedsområdet. Demenskoordinatorerne organiseres dog fremadrettet i Demensenheden i Omsorg.

4.3.1.9 Aktivitet & Udvikling

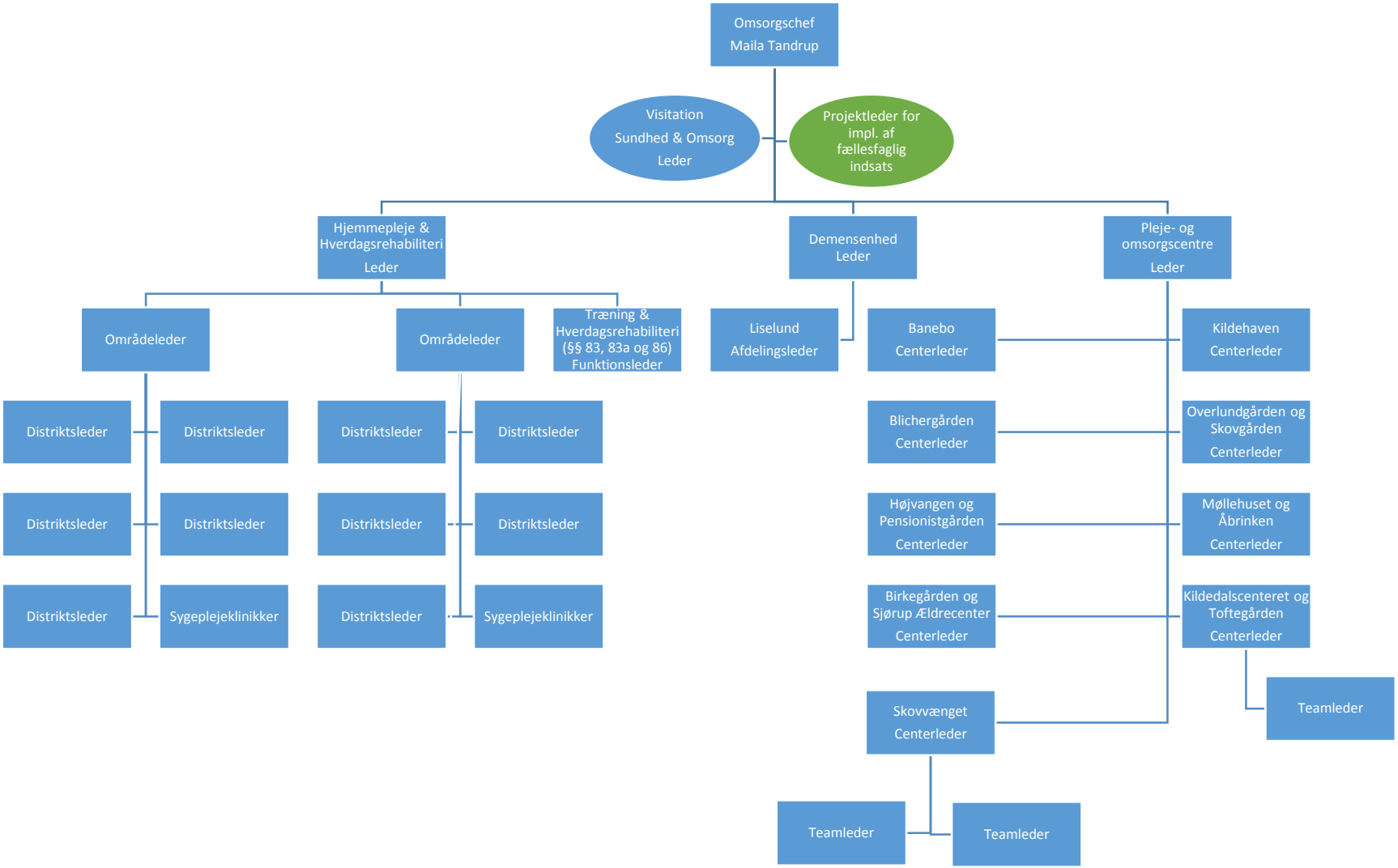
Aktivitet & Udvikling forbliver i sundhedsområdet.

4.3.1.10 Madservice

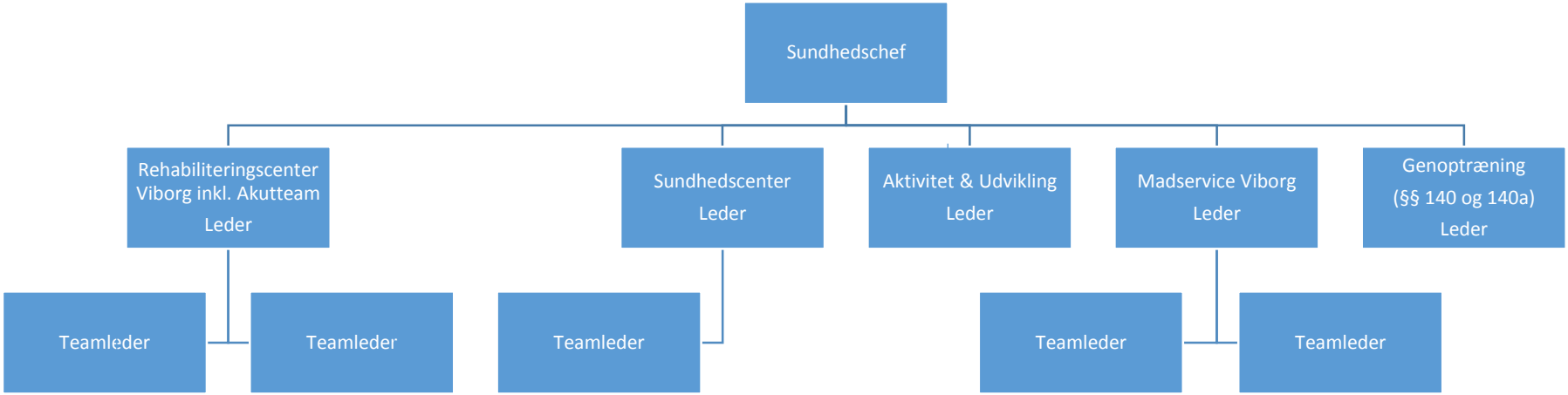
Madservice forbliver i sundhedsområdet.

4.3.2 Scenarie 2

Figur 5: Scenarie 2 for omsorgsområdet



Figur 6: Scenarie 2 for sundhedsområdet



Scenarie 2 adskiller sig fra scenarie 1 på ét punkt. I scenarie 2 er Genoptræning (§§ 140 of 140a) organiseret i Sundhed, hvorimod det i scenarie 1 er organiseret i Omsorg.

I Scenarie 2, hvor Genoptræning (§§140 og 140a) er organiseret i Sundhed, er det forventningen, at der er synergi med aktiviteterne i Rehabiliteringscenter Viborg og Sundhedscentrets træning efter §119 samt mulighed for videndeling og kompetenceudvikling på tværs af disse indsatser.

4.4 Scenariernes ledelsesmæssige og økonomiske betydning

I den nuværende organisering er der i dag 45 ledere fordelt med 29 lederstillinger i Omsorg med 1396 medarbejdere og 16 lederstillinger i Sundhed med 535 medarbejdere.

I begge scenarier vil der være i alt 44 ledere for Sundhed og Omsorg. Det betyder, at der konkret nedlægges én lederstilling, stillingen som leder af Sygepleje & Træning, i forbindelse med organisationsændringen. Der er indarbejdet en besparelse på 1 mio. kr. i budgettet for 2017. Derudover skal der i løbet af 2017 findes den resterende besparelse af de 1,5 mio. kr. Det forventes, at besparelsen på 1,5 mio. kr. realiseres med fuldt gennemslag fra 1. januar 2018. Effektueringen af den fulde besparelse vil blive konkretiseret i forbindelse med implementeringen af organisationsændringen.

I forlængelse af ovenstående bemærkes det, at der aktuelt er fokus på det samlede ledelsesspænd i Job & Velfærd, hvor nogle ledere har mange medarbejdere med direkte reference. Derfor er der i Sundhed og Omsorg igangsat undersøgelse af ledelsesspænd.

Der vil med organisationsændringen ske en omfordeling af antallet af lederstillinger svarende til den ændrede opgave- og områdefordeling for både Sundhed og Omsorg. Som det fremgår af organisationsdiagrammerne i figur 3 - 6 er der tale om følgende stillingskategorier i organisationen fremadrettet: chefstillinger, ledere af ledere og førstelinjeledere.

De fire stillinger som distriktsleder i Sygeplejen nedlægges i deres nuværende form. Omsorg anvender og omlægger budgettet fra de fire distriktslederstillinger i Sygeplejen til fire nye lederstillinger. Der oprettes en stilling som afdelingsleder på Liselund samt to stillinger som områdeledere i Hjemmepleje & Hverdagsrehabilitering. Derudover oprettes en tidsbegrænset stilling som projektleder for implementering af fællesfaglig indsats. Projektlederen skal sammen med den samlede ledergruppe fokusere på at drive implementeringen af den nye organisering. Det er vigtigt at sikre, at den nye organisation har kompetencer og ressourcer til at realisere de fælles mål, succeskriterier og kerneopgaven, samtidigt med at hverdagen håndteres.

Der skal i forbindelse med omorganiseringen pågå en proces i forhold til at overflytte medarbejdere fra Sundhed til Omsorg. Det gælder alle sygeplejersker i Sygeplejen. Alt afhængig af, om der træffes beslutning om scenarie 1 eller scenarie 2 overflyttes enten alle terapeuter eller en gruppe af terapeuter fra Træningsenheden til Omsorg. I forlængelse af ovenstående skal der endvidere pågå en proces i forhold til ansættelse af sygeplejersker direkte på pleje- og omsorgscentrene og i hjemmeplejen.

4.5 De to scenarier, de bærende principper, kerneopgaven og succeskriteriet

I dette afsnit beskrives de 2 scenarier med udgangspunkt i figur 2, der illustrerer de 8 bærende principper, kerneopgaven og succeskriteriet. Desuden beskrives yderligere et princip, som er identificeret via afdækningen, nemlig princippet Arbejdsmiljø, motivation og trivsel. I beskrivelsen vil det fremgå, hvad der anses som centralt i den samlede vurdering af scenarierne. Denne vurdering er dels baseret på det datamateriale, der er fremkommet i forbindelse med afdækningen, dels på baggrund af den konklusion som sundhedschef og omsorgschef er kommet frem til.

4.5.1 Klart og entydigt ledelsesansvar samt sammenhængskraft

Organisering af Sygepleje & Træning i én selvstændig søjle bestående af en sygeplejeenhed og en træningsenhed har været virkningsfuldt på en række områder, f.eks. i forhold til at løfte fagligheden på en række ydelser. Afdækningen har imidlertid vist, at samarbejdet og kompetencerne på tværs af det samlede omsorgsområde skal styrkes. Der skal udvikles og implementeres en fælles kultur, mål og retning og den rehabiliterende tænkning skal være endnu mere fremherskende end den er i dag. Omsorgsområdets struktur og kultur skal i højere grad fokusere på borgerens mulighed for et aktivt og godt liv – hele livet. Vi skal i fællesskab og sammen med borgeren skabe størst mulig mestring hos borgene. Her vil tværfaglighed og fælles løsninger ikke være et projekt men et ledelsesansvar på lige fod med at sikre ydelser og kvalitetsstandarder. Vi skal minimere strukturer, ledelsesformer og rammer, som hæmmer muligheden for at optimale løsninger med ”borgeren i centrum” og for at ” En borger – et forløb” kan realiseres.

Derfor vil der fremadrettet ikke være en opdeling af ledelsesansvaret i daglig leder og faglig leder. I den nye organisering vil én leder varetage både den daglige og faglige ledelse af medarbejderne. Det vil sige, at der er tale om en enstrenget ledelsesstruktur, hvor medarbejderstaben på et givent område vil referere direkte til én leder. Det vil betyde, at centerledere og distriktsledere er ansvarlige for den daglige og faglige ledelse af plejen og sygeplejen for at sikre den bedst mulige platform for sammenhængskraft og anvendelse af ressourcer og kompetencer på tværs af arbejdsfællesskaber og indsatsområder.

Som det fremgår tidligere indføres der på nuværende tidspunkt ikke enstrenget ledelse for terapeuterne i Træning & Hverdagsrehabilitering. Dette skyldes, at det lille antal af terapeuter, der skal varetage træning efter §§ 83, 83a og 86, ikke rækker til en opdeling på pleje- og omsorgscentre samt distrikter i hjemmeplejen. Der tilføres flere ressourcer til området i de kommende år, i den udstrækning det vil være muligt. Hvis området i den forbindelse opnår en normering, der muliggør en organisering af terapeuterne decentralt med reference til centerledere og distriktsledere, vil dette blive implementeret.

I forbindelse med organisationsændringen skal der etableres en række arbejdsfællesskaber i de enkelte ledelsesområder. Arbejdsfællesskaberne vil referere direkte til en teamleder eller en leder med det daglige og faglige ansvar for et område, distrikt, plejecenter etc. Arbejdsfællesskaberne arbejder inden for den ramme som lederen af området definerer i samarbejde med teamledere og medarbejdere. Arbejdsfællesskaberne vil have en fladere struktur men en langt tydeligere strategisk og konkret ramme samt større kompetence i den daglige praksis.

Målet med organisationsændringen, herunder etableringen af arbejdsfællesskaberne er at samle de nødvendige fagligheder til opgaverne samt styrke kompetencerne blandt medarbejderne.

4.5.2 Leadership pipeline og strategisk kompetenceudvikling – hvad kan vi skabe sammen?

Det er vurderingen, at der vil være behov for at definere en kultur og et mindset i de nye ledelsesrum jf. tænkningen omkring leadership pipeline. Der skal arbejdes målrettet med et kulturskift, hvor der i højere grad er fokus på den fælles platform frem for søjlekulturen.

En ændret organisering af sundhedsområdet og omsorgsområdet giver ikke i sig selv et skift i kultur og evnen til at arbejde mere sammen. Søjler skal justeres både strukturelt og mentalt. Ledelse er den afgørende faktor for at understøtte, at dette sker. Det kræver fokuseret og entydig ledelse. Der skal være et stærkt fokus på organisationen, på borgere og samarbejdspartnere og på at få de fællesfaglige og monofaglige læringsmiljøer til at fungere.

Der foretages en kompetenceafdækning i 2017 og udarbejdes i forlængelse heraf en strategisk kompetenceudviklingsplan. Kompetenceudvikling og udnyttelse af de kompetencer, vi allerede har, kræver, at vi udvider vores fokus fra det monofaglige til et *"både og*", til fællesfaglighed og til *"hvad kan vi sammen skabe"*. En stærk faglighed, både monofaglig såvel som tværfagligt, er helt afgørende for, at vi lykkes.

4.5.3 Borgeren i Centrum og Én borger - et forløb

Vores fælles kerneopgave tilsiger, at borgeren ER vores kerneopgave: Vi skal samarbejde med borgeren om et selvstændigt, meningsfuldt og aktivt liv – hele livet. Vores fælles succeskriterier siger endvidere, at vi skal sikre sammenhængende og koordinerede forløb til borgerne, og at vi skal være nysgerrige på, om borgerne oplever det, vi tilbyder, som tilfredsstillende løsninger på deres udfordringer. Det er derfor med den største naturlighed, at vi skal se borgerne som vores fælles kontekst. Værdighed, selvbestemmelse og mestring er vigtigt og centralt i forhold til vores arbejde for og sammen med borgerne. Vi lykkes, når vi arbejder målrettet og velkoordineret på at understøtte borgernes ressourcer, mål, behov og mestringsevne, så de kan være herre i eget liv længst muligt.

4.5.4 Fokus på Borgeren samt optimal ressourceudnyttelse på tværs af faggrænser og ydelser

Empowerment – både i forhold til borgerne og vores egen organisation – er én måde at arbejde med mere effektfuld ressourceudnyttelse. Empowerment handler om at støtte andre til at kunne selv. Deri ligger livskvalitet, værdighed, motivation og "drive". Vi har brug for al den empowerment, vi kan skabe sammen med vores borgere og samarbejdspartnere i organisationen for at løfte fremtidens velfærdsopgave på en tilfredsstillende måde. Det at arbejde rehabiliterende kalder allerede på både empowerment og mestring – men der er dog stadig et stort potentiale, vi ikke har hentet i vores nuværende tilgang til løsningen af kerneopgaven.

Evnen til og muligheden for at brede opgaver, funktioner og kompetencer mere ud skal styrkes, så sårbarhed i opgaveløsningen mindskes. Alle skal ikke kunne alt, men på nogle felter skal der være et større overlap af kompetencer og funktioner, end det er tilfældet i dag. Det kan endda tænkes, at nye faggrupper kan blive aktuelle i forhold til løsning af den fælles kerneopgave. Specialer og fagområder er stadig helt centralt for at levere en god kvalitet samt sikre en optimal ressourceudnyttelse. Det er i den forbindelse nødvendigt med et konstant fokus på kvalitative og effektive arbejdsgange i kernefunktionerne. Opgaven er at finde ressourcer i den måde vi tilgår opgaveløsningen på, ikke ved at tilføre flere midler eller medarbejdere til opgaveløsningen. Vi skal også fremadrettet tænke innovativt og effektivt.

4.5.5 Sammenhængende rehabiliteringsforløb kalder på tværfagligt samarbejde

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".
Kilde: "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark" (2004)

"Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund"
Kilde: World Report on Disability, 2011 – World Health Organization & The World Bank, ©WHO, 2011.
Denne definition anvendes af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Det er et mål med organisationsændringen, at vi styrker rehabiliteringsindsatsen og sikrer sammenhæng i indsatsen i forhold til kerneopgaven: ”Samarbejde med borgeren om et selvstændigt, meningsfuldt og aktivt liv – hele livet”.

Etablering af fællesfaglige arbejdsfællesskaber vil styrke opgaveløsningen, sammenhængskraft, videndeling og mindske sårbarhed. Dette gøres ved at ændre på organiseringen og strukturen i Sundhed og Omsorg. Arbejdsfællesskaberne arbejder selvstændigt ud fra en tillidsbaseret rammesætning af deres kerneopgaver.

Rehabilitering er kommet for at blive og er en nøgle til både at arbejde direkte med konteksten, med udgangspunkt i det der er vigtigt for borgeren og som samtidigt skaber plads til at vi kan møde fremtidens udfordringer – med velfærd nok til mange.

4.5.6 Høj faglig kvalitet

Det er ikke nok at kunne skabe sammenhæng og tilfredshed, når der tales om høj faglig kvalitet. Der skal en høj faglighed og kvalitet til - både monofagligt og tværfagligt. Kvalitet handler også, om at vi kan skabe tilstrækkelige og fagligt forsvarlige løsninger i det nære sundhedsvæsen. Det kalder på nye måder at arbejde med sundhed og omsorg på i kommunerne, det kalder på øget specialisering på nogle felter og på bred faglighed og en stærk basis på andre områder. Vi skal kunne ”både og ” som kommune og som velfærdsområde.

Høj faglighed og kvalitet kan ikke skabes ved at tænke isoleret i ydelser og områder. I dag kræver det, at vi tænker meget på tværs af fagligheder og arbejdsfællesskaber, både internt i Viborg kommune og på tværs af kommuner, regioner og i forhold til andre nære samarbejdspartnere. Fremtiden kalder på, at vi løser den store velfærdsopgave endnu mere kvalificeret og med fokus på mere for færre eller de samme ressourcer. Derfor skal vores fællesfaglige enheder være stærke og naturligt forankrede i forhold til kerneopgaven.

Den nye struktur er ikke ensbetydende med, at vi i fremtiden alle sammen skal kunne alt, men vi skal alle bidrage både monofagligt og tværfagligt til vores fælles kerneopgave – borgeren. Borgernes behov og forløb er både komplekse og individuelle, men på nogle områder er der noget som ”går igen”. Her kan vi lære af hinandens erfaringer og kompetencer.

Uanset om der træffes beslutning om scenarie 1 eller 2, skal der etableres tværgående fagfora og læringsgrupper for at sikre fortsat monofaglig udvikling. Disse grupper skal kunne etableres på tværs af både Sundhed og Omsorg. Det vil være projektlederen for implementering af fællesfaglig indsats, der bliver ansvarlig for at igangsætte initiativer, der sikrer, at både den monofaglige og tværfaglige faglige udvikling tilgodeses.

Kommunikation, kompetenceudvikling og undervisning /uddannelse vil i stigende grad ske via forskellige platforme og digitale medier. Det bliver helt centralt, at vi som fælles faglighed kan mestre dette.

4.5.7 Arbejdsmiljø, motivation og trivsel – et fælles ansvar

Det er en selvfølge, at et godt arbejdsmiljø samt høj grad af motivation og trivsel er afgørende for, at vi lykkes med kerneopgaven. I forbindelse med 3 i 1 undersøgelsen skal status på arbejdsmiljø, motivation og trivsel undersøges. På baggrund af undersøgelsen skal det drøftes, hvad der skal til for at sikre et godt arbejdsmiljø samt motivation og trivsel.

Samarbejde og trivsel understøttes af synlige og kendte værdier samt en stærk kultur – frem for regler, bureaukrati, stramme strukturer og tunge arbejdsgange. Derfor er det helt centralt, at vi har en robust kultur, der understøtter de mål, vi skal opnå. MED-aftalen er vores grundlag og fælles platform, og central styring – decentral ledelse er et bærende element i vores samarbejde og dialog.

4.5.8 Den fælles økonomi er sund

I forbindelse med afdækningen er det blevet tydeligt, at der er en uhensigtsmæssig økonomisk incitamentsstruktur for så vidt angår Sygepleje & Træning. Området er rammestyret, og Sygeplejen har desuden mulighed for at uddelegere visse sygeplejeopgaver til plejecentre og hjemmepleje og lade økonomien følge med. Dette har haft den utilsigtede virkning, at fokus flyttes fra kerneopgaven til ydelser og økonomi, at arbejdsgangene ofte udfordres, og kvaliteten i indsatsen kan påvirkes som følge heraf.

Vurderingen er derfor, at der skal ændres på organisering, ledelsesstruktur og kultur for at sikre, at vores fælles økonomi er sund, at vi løser vores kerneopgave og forfølger vores succeskriterier.

De to scenarier for fremtidig organisering ændrer ikke ved principperne for økonomistyringen. Men det er vurderingen, at enstrenget ledelse og en højere grad af tværfaglig organisering af pleje, sygepleje og rehabilitering vil fremme helhedsperspektivet og skabe incitament til at fokusere på kerneopgaven fremfor ydelser og økonomi.

4.6 Fokusområder som følge af de to scenarier

I dette afsnit beskrives en række fokusområder som vurderes at være centrale som følge af de to scenarier.

4.6.1 Sundhedssatellitter

Lederen af Sundhedscentret har fremadrettet et særligt ansvar for implementeringen af planen for de fire sundhedssatellitter, herunder den løbende udvikling og evaluering af satellitternes indhold. Dette skal ske i et tæt samarbejde med en række samarbejdspartnere, herunder interne samarbejdspartnere såvel som eksterne samarbejdspartnere og frivillige. En række af de funktioner, der fremadrettet forventes at være i Sundhedscenter Viborg og sundhedssatellitterne i Møldrup, Stoholm, Karup og Bjerringbro vil være organiseret i Omsorg, bl.a. sygeplejeklinikkerne og tilbud til demente.

Med afsæt i de politisk vedtagne visioner og beslutninger har lederen af sundhedscentret sammen med sundhedschefen og omsorgschefen et særligt ansvar for at sikre løbende dialog om driften og udviklingen af sundhedscentret og sundhedssatellitterne.

4.6.2 Neurorehabilitering Toftegården og Rehabiliteringscenter Viborg (RCV)

Som det fremgår af organisationsdiagrammerne i figur 3-6 organiseres Toftegården fortsat under pleje- og omsorgscentrene i Omsorg og Rehabiliteringscenter Viborg i Sundhed.

Såvel Neurorehabilitering Toftegården som Rehabiliteringscenter Viborg varetager opgaver indenfor neurorehabilitering og har på forskellig vis opbygget erfaringer og viden indenfor dette område. Det er væsentligt, at erfaringer og viden deles – både de to tilbud imellem men også med den øvrige del af organisationen, så kompetencer og tilbud kan videreudvikles. Sundhedschefen har sammen med centerlederne på Toftegården og Rehabiliteringscenter Viborg et særligt ansvar for at sikre denne videndeling og videreudvikling. Til at understøtte dette etableres et fast mødefora på tværs mellem de to centre.

4.6.3 Det Nære Sundhedsvæsen

Både fra centralt, regionalt og kommunalt hold er der i disse år stort fokus på opgavefordelingen mellem region/hospitaler og det kommunale sundhedsvæsen. Hurtige behandlingsforløb, korte indlæggelser, udskrivelser, overgange, akutfunktioner, opgaveglidning/-overdragelse, økonomi og samarbejdsaftaler er centrale temaer i den forbindelse.

For at sikre at Viborg Kommune også fremadrettet er på forkant med udviklingen af Det Nære Sundhedsvæsen, herunder konsekvenserne på pleje- og sygepleje- og træningsområdet etableres et videns- og samarbejdsfora på tværs af Sundhed og Omsorg. Den faste kerne i dette fora udgøres af lederen af Visitationen, lederen af Rehabiliteringscenter Viborg, omsorgschefen og sundhedschefen. Dette forum suppleres ad hoc efter behov.

4.6.4 Samarbejde mellem Sundhed og Omsorg

I den nuværende organisation er Sundhed og Omsorg tætte samarbejdspartnere i det daglige. Sundhed om Omsorg er hinandens forudsætninger og nærmeste samarbejdspartnere på en lang række områder.

De to chefer for henholdsvis Sundhed og Omsorg vil på vegne af hinanden fortsat kunne dække som ”formænd” for arbejdsgrupper rækkende ind i hinandens chefområder. Der vil være fokus på at udnytte de to chefers kompetencer optimalt, og ved fravær vil cheferne kunne dække hinandens områder ind. Ligeledes vil de to områder på både ledelsesniveau og på medarbejderniveau kunne samtænke, samarbejde og hjælpe på tværs i situationer, hvor det vil være til gavn for kerneopgaven eller sagen.

Til at understøtte dette vil der – ud over Sundheds og Omsorgs egne ledermøder – blive holdt faste fælles ledermøder med passende frekvens. Desuden vil sundhedschef og omsorgschef holde faste koordineringsmøder med fokus på det fælles og på snitfladen mellem de to områder.

I forhold til Fag MED forudsætter den fremtidige organisering, at der dannes ét Fag MED for Sundhed og ét Fag MED for Omsorg. Ligesom der på chefniveau er behov for koordinering, forventes der også at være emner, det vil være relevant, at de to nye Fag MED mødes om. Sundhedschefen og omsorgschefen vil sikre dette sammen med de kommende næstformænd i de to Fag MED.

Det er vurderingen, at omorganiseringen vil kunne bringe kompetencer og den strategiske udvikling af både Sundhed og Omsorg et skridt videre.

4.6.5 Samarbejde med de øvrige forvaltninger og et samlet Job og Velfærd

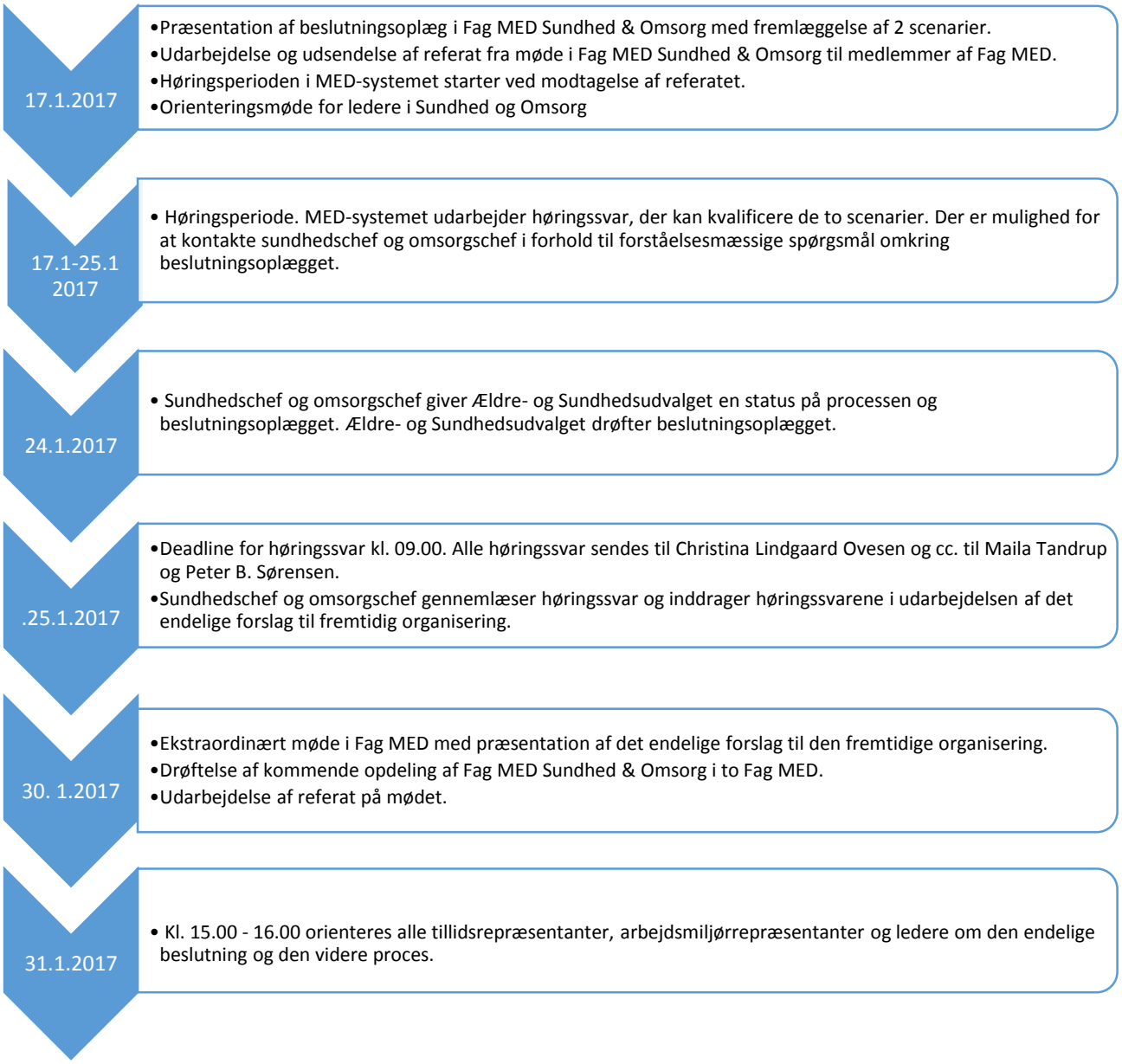
For både Sundhed og Omsorg er der energi, læring og store potentialer i at tænke på tværs af hele Job & Velfærd. Både i forhold til ”sund hele livet”, samskabelse på tværs af social – og omsorgsområdet, arbejdsmarkedsprojekter koordineret med kompetenceudvikling og rekruttering, høj faglig kvalitet jf. strategiplanen for Job & Velfærd.

Det tætte samarbejde i Job & Velfærds chefgruppe styrker kvaliteten og betyder, at varetagelsen af de enkelte fagområder er mindre sårbar. Chefgruppen i Job & Velfærd mødes ugentligt og vil løbende koordinere og drøfte strategiske indsatser for både Sundhed og Omsorg og for Job & Velfærd som helhed.

5. Forslag til proces fra d. 17. januar 2017 til d. 31. januar 2017

I dette afsnit præsenteres et forslag til den proces, der skal pågå fra præsentation af de to scenarier i Fag MED Sundhed & Omsorg d. 17. januar 2017 og til d. 31. januar 2017. Forslaget fremgår af figur 7.

Figur 7: Forslag til proces fra d. 17. januar 2017 til d. 31. januar 2017



Som det fremgår af figur 7 er der indlagt en høringsfrist på en uge i forlængelse af præsentationen af de to scenarier for fremtidig organisering i Fag MED Sundhed & Omsorg d. 17. januar 2017. I høringsperioden har de berørte Område MED, Lokal MED og de arbejdspladser, der afholder personalemøder med MED-status, mulighed for at kvalificere de to scenarier. I den forbindelse forventes det, at der vil være ideer og forslag som kvalificerer og sikrer kvaliteten af den endelige beslutning. På baggrund af de indkomne input vil sundhedschefen og omsorgschefen kvalificere scenarierne yderligere og tage stilling til, hvilket af scenarierne de vil præsentere på Fag MED Sundhed & Omsorg d. 30. januar 2017, som det endelige forslag.

6. Forslag til proces for udarbejdelse af implementeringsplan

Uanset hvilket af de 2 scenarier der besluttes, vil der være et stort "næste skridt". Der skal udarbejdes en implementeringsplan, som tager bedst mulig højde for både organisation, struktur, kultur, vores fælles kerneopgave, succeskriteriet og de 8 principper bærende principper.

Det forventes, at Fag MED Sundhed & Omsorg på mødet den 30. januar 2017 drøfter, hvorledes der i umiddelbar sammenhæng med, at der træffes beslutning om fremtidig organisering af Sygepleje & Træning, kan oprettes to nye Fag MED; ét for Sundhed og ét for Omsorg. Det forventes endvidere, at der i tæt samarbejde med de to nye Fag MED udarbejdes en implementerings- og handlingsplan for både Sundhed og Omsorg i februar 2017. Omsorg vil få en langt mere omfattende implementerings- og handlingsplan end Sundhed, uanset hvilket scenarie der træffes beslutning om. Data fra afdækningen, nærværende rapport samt de indkomne høringssvar fra perioden 17. januar til 25. januar 2017 er vigtige elementer i de to nye Fag MEDs udarbejdelse af implementerings- og handleplanerne. Udarbejdelsen af implementerings- og handleplanerne igangsættes fra uge 6.

Implementeringen af den fremtidige organisering og struktur skal være effektueret senest den 1. juni 2017.