

**HERNING  
ER  
ALLE  
MULIGHEDER  
ÅBNE**

# **Evaluering af Handleplan 2015**

**Social- og Sundhedsudvalget  
20. September 2017**

## Indledning

Forligskredsen bag budgetforliget for 2017 besluttede på møde d. 27. februar 2017 at eftergive det underskud, der var oparbejdet i 2015 og 2016 på Serviceområde 13, Handicap og Psykiatri, i alt 13,8 mio. kr. Ved samme lejlighed blev der anmodet om en evaluering af Handleplan 2015.

Evalueringen af Handleplan 2015 falder i fire hovedgrupper:

### 1. Aktuel status i maj 2017 for implementeringen af handleplanens enkelte elementer.

- Har Handleplan 2015 bidraget til balance i budgetterne på handicap- og psykiatriområdet?

### 2. Evaluering af den nye styrings-, samarbejds- og visitationsmodel (jf. pkt. 2.1)

- Har styringsmodellen givet større driftsmæssigt ansvar på tværs af de decentrale enheder?
- Er der et større fælles ansvar for økonomien, og er samarbejdet omkring borgerne styrket?

### 3. Udviklingen i sygefravær og personaleomsætning på tilbudsniveau fra 2015 til 2016.

- Er der mulige sammenhænge mellem sygefravær og personaleomsætning, når udviklingen sammenholdes med implementeringen af Handleplan 2015?

### 4. Samlet konklusion

Evaluering er foretaget internt af Handicap og Psykiatri.

*Den aktuelle status* tager udgangspunkt i de udvalgsbehandlinger og beslutninger, der er truffet af respektive politiske udvalg. Gennemgangen følger den systematik og opbygning, der er i Handleplan 2015 og det notat, som ligger til grund for udmøntning af den nye ressourcestyringsmodel i Handicap og Psykiatri.

Evalueringen af *styrings-, samarbejds- og visitationsmodel* er udarbejdet med ekstern hjælp fra en studerende ved Statskundskab på Århus Universitet. Der er gennemført 13 simstrukturerede interview af decentrale og centrale ledere og faglig koordinator.

Opgørelse af *sygefravær og personaleomsætning* er foretaget af HR-afdelingen.

#### Læsevejledning:

- På venstre side står det, der er besluttet vedr. Handleplan 2015, politisk og administrativt
- På højre side står de handlinger, der siden er iværksat med aktuel status i maj/juni 2017
- Hvert afsnit afsluttes med en delkonklusion og til sidst en afsluttende konklusion

## Beslutningsproces vedr. Handleplan 2015

Handleplanen og ressourcestyringsmodellen er behandlet og besluttet af Social- og Sundhedsudvalget på to møder:

- Handleplan 2015 af 11. august 2015. Social- og Sundhedsudvalget behandlede forslaget 18. august, og handleplanen blev endeligt vedtaget af d. 23. september 2015.
- Ressourcestyring i Handicap og Psykiatri af 14. oktober 2015. Vedtaget af Social- og Sundhedsudvalget d. 27. oktober 2015.

Øvrige politiske behandlinger i tilknytning til Handleplan 2015:

- 17. juni 2015: SOS vedtager 'Overordnet strategi for Handicap og Psykiatri'
- 18. august 2015: SOS sender Handleplan 2015 i høring
- Der er offentlig debat, demonstrationer og protester mod Handleplan 2015, herunder særligt vedr. sammenlægning af tilbud på psykiatriområdet og økonomisk rammestyring.
- 23. september 2015: SOS vedtager Handleplan 2015 med forbehold for rammestyring på psykiatriområdet og organisatoriske ændringer på Skiftespoeret
- 6. oktober 2015: Efter begæring fra Enhedslisten sættes Handleplan 2015 på dagsorden i Byrådet
- 27. oktober 2015: SOS vedtager ny ressourcestyringsmodel
- 5. april 2016, SOS:
  - Orientering om, at der i 2016 skal gennemføres besparelser for i alt 15,3 mio. kr. for at opnå balance i budgettet.
  - Godkendelse af serviceniveaubeskrivelser på bo- og dagtilbuddene i Handicap og Psykiatri
- 25. maj 2016: SOS vedtager besparelser på 15,3 mio. kr. i 2016
- 15. juni 2016, SOS:
  - Der vedtages ny strategi for det socialpsykiatriske område.
  - Der præsenteres nøgletal (KPI'er) for Handicap og Psykiatri.
- 17. august 2016: SOS får forelagt Business case – Udvidelse af pladskapaciteten i Handicap og Psykiatri.
- 14. September 2016: SOS, BSK og FOU godkender rammerne for Sårbare ungeprojekterne.
- 14. marts 2017, SOS: Drøftet Bolig- og kapacitetsudbygningsplan - Handicap og Psykiatri
- 25. april 2017, SOS: Vedtager evaluering af Handleplan 2015

#### Bilag til evalueringen:

- Kommissorium for evalueringen, besluttet af SOS d. 25/4 2017, sag nr. 43.

# 1. Aktuel status for implementering af Handleplan 2015

## 1.1. Den overordnede strategi for Handicap og Psykiatri

Handleplan 2015 er udarbejdet i juli 2015, som den konkrete udmøntning af den overordnede strategi på handicap- og psykiatriområdet, som Social- og Sundhedsudvalget vedtog i juni 2015.

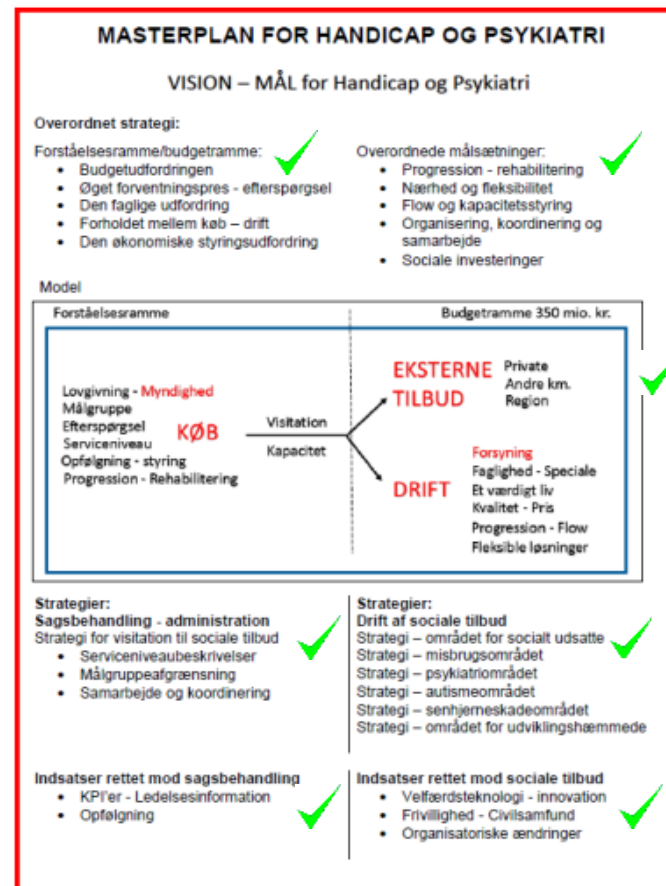
Der er udarbejdet en masterplan for omstilling af Handicap og Psykiatri, som sammen med en række underliggende strategier har til formål at skabe en fælles politisk, administrativ og organisatorisk forståelsesramme for de økonomiske, styringsmæssige og faglige udfordringer på handicap- og psykiatriområdet.

Strategierne skal, udover at klargøre udfordringer, også fastlægge fælles målsætninger for opgaveløsninger og håndteringen af den økonomiske udfordring på området.

Mål og rammer for strategien er fastlagt politisk. Herefter skal forvaltningen sikre, at de mange aktører på området agerer inden for de fastlagte mål og rammer.

Forudsætningen for, at der kan findes langsigtede løsninger på den økonomiske udfordring, er, at vi griber opgaverne an på nye måder. Det er nødvendigt med konstant fokus på nye muligheder for effektiviseringer, men ud over en økonomisk udfordring, er det også en faglig og organisatorisk udfordring. Det kræver politiske beslutninger, men det kræver også, at hele administrationen og driften forstår at omstille sig til de skærpede vilkår. Det er i den sammenhæng, de nye strategier på handicap- og psykiatriområdet skal forstås.

## Udmøntning – Status maj 2017



## Delkonklusion vedr. den overordnede strategi for Handicap og Psykiatri:

- Masterplanen er udmøntet på alle væsentligste punkter, jf. pkt. 1.2 s. 5
- Den manglende økonomiske balance på området er fortsat det primære fokus.

Kilde: Overordnet strategi for Handicap og Psykiatri, april 2015

Beslutning: Den overordnede strategi/masterplan for Handicap og Psykiatri. Vedtaget af Social- og Sundhedsudvalget 17. juni 2015.

## 1.2. Rammestyning i resultatområder

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Formålet med at indføre rammestyning i resultatområder var, at sikre et samlet bevillings- og budgetansvar for resultatområderne mellem visitation og driften.

- De opgaver, der skal løses inden for hvert resultatområdet, skal løses med afsæt i, at de nuværende budgetudfordringer indarbejdes. Det vil sige, at resultatområderne skal løse flere opgaver for færre penge, end området i dag bruger.
- Det kan kun lade sig gøre ved en mere fleksibel opgaveløsning, omprioriteringer af ressourcer og samarbejde omkring indsatserne inden for hvert resultatområde.
- Det kræver samtidig, at resultatområdet har en volumen, som muliggør omprioriteringer, og det forudsætter samling af ansvaret for de mange små decentrale budgetter.
- Det indstilles, at den hidtidige aktivitetsbestemte ressourcefordeling til de enkelte decentrale sociale tilbud blev erstattet af rammestyning i 4 resultatområder.
  - Handicapområdet
  - Center for Kommunikation
  - Psykiatri
  - Misbrug-/udsatteområdet

Kilde:

- Handleplan 2015 af 11. august 2015 s. 7
- Ressourcestyring i Handicap og Psykiatri af 14. oktober 2015
- Beslutning: SOS d. 23. september 2015

## Udmøntning – Status maj 2017

Lederne i resultatområdet fik fra 1. januar 2016 et fælles ansvar for at overholde budgetterne indenfor de enkelte resultatområder.

- Undtagelse: Efter beslutning i SOS d. 23. september 2015 er resultatområdet for psykiatri ikke rammestyret.
- Efter orientering af SOS i marts 2016, igangsættes der besparelser for 15,3 mio. kr.

Tablet: Regnskabsresultat 2016 ekskl. overførsler fra 2015:

Resultatområder	Korrigeret Budget	Forbrug	Afvigelse
<b>Total</b>	<b>359.508.000</b>	<b>363.709.670,82</b>	<b>-4.201.671</b>
001 Handicap	245.120.000	246.847.426,42	-1.727.426
002 Kommunikation	7.624.000	8.251.351,85	-627.352
003 Sindslidende	64.247.000	66.611.947,04	-2.364.947
004 Misbrug/Udsatte	37.848.000	39.540.561,21	-1.692.561
005 Tværgående	4.669.000	2.458.384,30	2.210.616

### Delkonklusion vedr. rammestyning i resultatområder:

- Målt alene på regnskabsresultatet, er det stort set lykkedes for de enkelte resultatområder at indarbejde budgetudfordringerne i 2016.
- Resultatet kan delvist tilskrives et styrket samarbejde indenfor resultatområdet handicap og på psykiatriområdet, men effekten må alt overvejende tilskrives besparelser og nedlæggelse af 39 fuldtidsstillinger.
- På resultatområdet for misbrug og udsatte er det ikke lykkedes at etablere et nødvendigt samarbejde. De selvejende tilbud i området har ikke det nødvendige økonomiske incitament for samarbejde.
- Psykiatriområdet arbejder efter de gennemførte organisatoriske ændringer som et resultatområde, men er ikke rammestyret. Det giver en væsentlig asymmetri i afdelingens økonomiske rutiner, at ét område holdes udenfor rammestyning.
- Center for Kommunikation udgør et selvstændigt, og økonomisk meget lille resultatområde. Det giver CfK meget få handlemuligheder ved gennemførelse af besparelser og dermed stor sårbarhed. Det kompliceres yderligere af det samarbejde og de forpligtelser, der er i forhold til de samarbejdskommuner, der indgår i abonnementsordningen.
- Der er foretaget en særskilt evaluering af den nye styrings-, samarbejds- og visitationsmodel. Evalueringen indgår i afdelingens arbejde med justering i samarbejdet omkring visitationen. (Jf. pkt. 2 s. 13)

## .....1.2. Rammestyring i resultatområder

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

- Der skal for hvert resultatområde fastlægges politisk vedtagne strategier
  - Mål for indsatsen
  - Operationelle mål for nødvendig kapacitet
  - Resultat- og effektmål i.f.t. borgerne
  - Justering af allerede vedtagne strategier
- Fastlæggelse af entydigt budgetansvar
  - Centralt mellem myndighed og drift
  - De enkelte decentrale tilbud
  - For resultatområdet
  - Selvejende driftsenheder

## Udmøntning – Status maj 2017

Som led i sikring af budgetbalance på handicap- og psykiatriområdet, godkendte Social- og Sundhedsudvalget d. 5. marts 2014 at gennemføre besparelse på i alt 20,5 mio. kr. i 2014. Efterfølgende tilførte Byrådet 7,7 mio. kr. til området.

Administrationen blev i forbindelse med besparelserne bemyndiget til at igangsætte arbejdet med udarbejdelse af masterplan for Handicap og Psykiatri og herunder en række strategier:

Social- og Sundhedsudvalget har siden vedtaget følgende strategier:

- Strategi på udsatteområdet. Vedtaget af SOS d. 17. juni 2014
- Strategi for visitation til sociale tilbud. Vedtaget af SOS d. 24. september 2014
- Strategi for misbrugsområdet. Vedtaget af SOS d. 28. januar 2015
- Overordnet strategi for Handicap og Psykiatri. Vedtaget af SOS d. 17. juni 2015
- Strategi på psykiatriområdet. Vedtaget af SOS d. 15. juni 2016
- Strategi på Handicapområdet (autismeområdet og området for erhvervet hjerneskade). Vedtaget af SOS d. 7. december 2016

Strategierne er kun delvist operationaliseret, idet de ikke er blevet det fælles politisk og administrative styringsværktøj, som var tanken. De kan ikke omsættes i konkrete resultat- og effektmål eller mål for kapacitet. Allerede inden udmøntning af strategierne er kommet på tale, er områderne i flere omgange 'overhalet indenom' af krav om budgetoverholdelse.

Der arbejdes på en række fronter vedholdende med at skabe større gennemsækelighed og synliggør mål og resultater. Herunder er der sket væsentlig styrkelse af den enkelte leders styring gennem e-lis, som et digitalt ledelsesinformationssystem, målrettet den decentrale leder.

Der udarbejdes årlige nøgletal for handicap- og psykiatriområdet, hvor formålet er at give et indblik i Handicap og Psykiatris udgifter for køb af pladser fra 2008 til 2016 og med forventninger til 2017. Nøgletallene viser, hvordan udviklingen faktisk har set ud for en given periode, og der vises blandt andet udviklingen på udgifter, aldersfordeling, foranstaltningstype og varighed.

Budgetansvaret i resultatområderne for hhv. centrale og decentrale ledere er fastlagt i notat vedr. Handicap og Psykiatri – organisering og økonomisk styring, juni 2016.

### Delkonklusion vedr. rammestyring i resultatområder:

Formålet med strategierne er at skabe en fælles politisk, administrativ og organisatorisk forståelsesramme, bl.a. omkring den grundlæggende demografiske og kapacitetsmæssige styringsudfordring på området. Det er kun delvist lykkedes.

Strategierne opfylder, som overordnede pejlemærker, i vid udstrækning deres formål internt i organisationen.

Kilde:

- Ressourcestyring i Handicap og Psykiatri af 14. oktober 2015
- Handicap og Psykiatri – organisering og økonomisk styring, juni 2016

Beslutning:

- SOS d. 27. oktober 2015

### 1.3. Organisatoriske ændringer

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Formålet med sammenlægning af en række tilbud på handicapområdet, på psykiatriområdet og på udsatteområdet, var etablering af *økonomisk og fagligt bæredygtige enheder*.

Kernen i rammestyring er, at de opgaver, der skal løses inden for rammen, skal løses, uden at der tilføres ekstra ressourcer til de enkelte decentrale enheder. Det kan kun lade sig gøre i kraft af organisationsændringerne, som muliggør en mere fleksibel opgaveløsning, omprioriteringer af ressourcer og samarbejde omkring indsatserne indenfor den økonomiske ramme. Organisationsændringerne og rammestyring er således hinandens indbyrdes forudsætninger.

Handleplan 2015 anviser følgende løsningsmuligheder:

- På handicapområdet etableres Bo- og Støttecenter Herning, som er en samling af Lindekollegiet, Socialpædagogisk center og Aflastningen. Ændringen trådte i kraft 1. oktober 2015.
- "Ældrecenter" for udviklingshæmmede: Der etableres et "ældrecenter" for udviklingshæmmede over 55 år. Tilbuddet skal efter nærmere vurdering normeres til 16 pladser.
- Center for Socialpsykiatri: Det nye center er en sammenlægning af Skovlyset, Socialpsykiatrisk Center og Skiftespor. Centeret bliver inddelt i to spor. Et spor til de (16) 18 – 26 årige og et spor for de borgere, der er over 26 år. Hvert spor består af botilbud, dagtilbud, et bostøttekorps samt opgangsfællesskaber/fleksible boliger.
- Blå Kors Varmestue og Blå Kors Pensionat sammenlægges under et fælles center.
- Der foretages organisatoriske ændringer i afdelingens centrale ledelse.

Kilde:

- Ressourcestyring i Handicap og Psykiatri af 14. oktober 2015
- Handicap og Psykiatri – organisering og økonomisk styring, juni 2016

Beslutning:

- SOS d. 27. oktober 2015

### Udmøntning – Status maj 2017

*Handicapområdet:*

- Bo- og Støttecenter Herning blev etableret fra 1. oktober 2015
- Etablering af et ældrecenter forudsætter stillingtagen til kapacitetsudfordringen
- I konsekvens af de besparelser, SOS vedtog d. 15. maj 2016, meddeler bestyrelsen for Solglimt, at de ikke længere ønsker have driftsaftale med Herning Kommune, når det heraf følger, at tilbuddet skal være en del af et økonomisk resultatområde. 'Løsrivelsen' er gennemført fra 1. januar 2017

*Psykiatriområdet:*

- SOS besluttede d. 23. september 2015, at der *ikke* skal etableres et center for socialpsykiatri
- SOS beslutter d. 15. juni 2016 at omorganisere psykiatriområdet. Socialpsykiatrisk Center nedlægges, og indsatsen organiseres i to spor:

Det ene spor er organisatorisk knyttet til Skovlyser. Målgruppens primære støttebehov er, at få hverdagsstrukturen, samt at støtte borgeren i at opretholde og deltage i forskellige former for fællesskaber, for eksempel familie- og venskabsnetværk og fritidsliv. Dette spor rummer tilbud som Skovlyset, dagtilbud og bostøtte.

Det andet spor er organisatorisk knyttet til Skiftespor. Her tages der afsæt i en fælles aftale mellem borger og støttesystemet, og støtten vil i udgangspunktet have fokus på, at borgeren kan blive selvforsørgende enten gennem uddannelse eller arbejde. Sporet består af Skiftespor, dagtilbud, Horisont og bostøtte.

*Misbrugs- udsatteområdet:*

- Blå Kors udelukker, at sammenlægning af Varmestuen og Pensionatet kan lade sig gøre. Alternativt undersøges mulighederne for indgåelse af et mere forpligtende samarbejde, som vil muliggøre en strammere kapacitetsstyring og sikring af samarbejdet i resultatområdet.
- Forligskredsen bag budgetforlig 2017 har på møde d. 27. februar 2017 anmodet om udarbejdelse af en Masterplan på udsatteområdet, den præsenteres i efteråret 2017.

*Central ledelse:*

- Administrationen opdeles fra 1. april 2016 i tre driftsområder: a) Handicap, b) Visitation og Psykiatri, misbrug, udsatte. Det sker for at styrke ledelsen i resultatområderne c)

#### **Delkonklusion vedr. organisatoriske ændringer:**

- Etablering af større organisatoriske enheder har inden for de enkelte enheder betydet større fleksibilitet og sammenhæng i opgaveløsningen. Ledelsesmæssige omprioriteringer af ressourcer lader sig nemmere gøre, både økonomisk og personalemæssigt.
- Overordnet set er opgaveløsningen indenfor de enkelte resultatområder ikke blevet væsentligt mere fleksibel. Der findes løsninger på tværs mellem de enkelte tilbud inden for resultatområdet. Det har altid fundet sted, men forpligtelsen er mere tydelig.
- En afgørende forudsætning for, at fleksibiliteten kan øges er, at der er en nødvendig kapacitet til rådighed. Kapaciteten er fuldt udnyttet og en række borgere står på venteliste til tilbud. Det tvinger de enkelte resultatområder til at finde løsninger for borgerne i private eller offentlige tilbud udenfor kommunen, som regel til højere enhedsomkostninger. Herved presses økonomien yderligere i resultatområdet.
- Problemerne er særligt påtrængende på handicapområdet, fordi borgernes behov er så udtalte, at der *skal* iværksættes foranstaltninger. Desuden har borgerne retskrav på, at der stilles tilbud til rådighed.

## 1.4. Kapacitetsstyring

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Social- og Sundhedsudvalget skal tage aktivt stilling til kapacitetens størrelse i de enkelte resultatområder, herunder etablering af nødvendige kapacitetsudvidelser og finansiering af de afledte etablerings- og driftsomkostninger. Formålet er at skabe bedre overblik over fremtidige behov, de økonomiske udfordringer, sikre en langsigtet og mere fleksibel tilrettelægning af afdelingens ydelser. Der er følgende rammer:

- Der kan og må ikke lægges et absolut loft over antallet af tilbud. I det omfang vi ikke kan klare forsyningen i egen kommune, er vi forpligtet til at afsøge mulighederne ved andre offentlige eller private leverandører.
- Borgerne skal inden for rimelig tid have det tilbud, de er berettiget til. De må ikke stå på venteliste alene med den begrundelse, at der ikke er plads.
- Der foretages i dag løbende opgørelse over, hvor mange borgere, der ligger i pipe-line til tilbud, hvilke midlertidige foranstaltninger, der er iværksat, og hvilke der forventes iværksat.
- Opgørelserne vil fremover indgå i budgetopfølgningen for at vise den aktuelle budgetbelastning, men også de estimerede forventede fremtidige omkostninger.
- Opgørelserne skal fremover være en mere proaktiv del af budgetlægningen. Der vil ved forårets budgetlægning og de tre årlige budgetopfølgninger tages politisk stilling til justeringer af kapaciteten og/eller serviceniveaujusteringer.

Kilde:

- Handleplan 2015 af 11. august 2015 s. 8

Beslutning:

- SOS d. 17. august 2016 sag nr. 90: Business case – Udvidelse af pladskapaciteten i Handicap og Psykiatri
- SOS d. 14. marts 2017 sag nr. 28: Bolig- og kapacitetsudbygningsplan - Handicap og Psykiatri

## Udmøntning – Status maj 2017

Kapacitetsudfordringen har været behandlet af Social- og Sundhedsudvalget i to omgange:

- *17. august 2016 sag nr. 90:* Business case – Udvidelse af pladskapaciteten i Handicap og Psykiatri

Der er på handicap- og psykiatriområdet aktuelt 73 personer, som afventer en plads på et midlertidigt eller længerevarende botilbud. Heraf har 34 borgere et behov, som skal indfries indenfor de nærmeste måneder og år. Der er for alle borgeres vedkommende tale om et støttebehov, som ikke kan tilgodeses ved andre støtteformer end botilbud.

For at imødekomme pladsbehovet foreslås det, at der igangsættes planlægning med udvidelse af pladskapaciteten. Der foreslås udvidelse af Rosenholm og Mosaikken og etablering af fleksible boliger med tilknytning til Skovlyset.

- *14. marts 2017 sag nr. 28:* Bolig- og kapacitetsudbygningsplan - Handicap og Psykiatri

Der er i denne udbygningsplan anlagt et mere snævert fokus, i forhold til sagsfremlæggelsen i august 2016, er det kun den målgruppe, som skal i længerevarende botilbud, der medtages der i kapacitetsbehovet.

I perioden 2017 til 2019 er der 38 handicappede borgere, som skal have et botilbud. Alle borgere er velkendte, de skal have et livslangt botilbud: 13 borgere har svær autisme, 25 borgere har svær fysisk og/eller psykisk udviklingshæmning. De har alle så lavt funktionsniveau, at de ikke kan klare sig selv.

Der er ingen ledig kapacitet på botilbud i Herning Kommune og tilbuddet skal gives i 2017, i 2018 eller i 2019.

### Delkonklusion vedr. kapacitetsstyring:

- Der er ingen endelig politisk stillingtagen til kapacitetsudfordringen.
- Handicap og Psykiatri er lovgivningsmæssigt forpligtet til at give et tilbud, men er nødsaget til at købe ydelser uden for kommunen.

## 1.5. Serviceniveau

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Formålet med at fastlægge serviceniveauet politisk er, at der skal sikres sammenhæng mellem de økonomiske rammer og de enkelte sociale tilbudsproduktion. Borgeren skal vide, hvad de kan forvente at modtage. Der skal være balancen mellem input og forventet output.

- Et politisk fastlagt serviceniveau skal skabe tydelighed i prioritering af indsatsen og sikre forventningsafstemningen mellem borgeren og de mange forskellige medarbejdere, som borgeren møder. Fra bevillingen gives, til ydelsen leveres.
- Beskrivelse af serviceniveauet blev forelagt Social- og Sundhedsudvalget i januar 2016.

## Udmøntning – Status maj 2017

Social- og sundhedsudvalget har fastlagt serviceniveauet i to omgange:

- 5. april 2016 sag nr. 41: Serviceniveaubeskrivelser på bo- og dagtilbuddene i Handicap og Psykiatri

Kort tid efter første behandling blev der gennemført besparelser for i alt 15,3 mio. kr. De serviceniveauændringer der fulgte heraf, er indarbejdet i udvalgets seneste fastlæggelse af serviceniveauet.

- 25. april 2017 sag nr. 44: Serviceniveaubeskrivelser på bo- og dagtilbuddene i Handicap og Psykiatri

Serviceniveaubeskrivelserne er en detaljeret gennemgang af ydelsesniveauet på samtlige tilbud indenfor Handicap og Psykiatri. Ydelsesniveauet er overvejende graderet i forhold til borgerens funktionsniveau.

Der er fra 2016 til 2017 sket en række forskydninger; stigninger og fald i det timetal, som tildeles den enkelte borger. Det følger af de gennemførte besparelser, men hertil kommer, at der på baggrund af en principiel afgørelse i Ankestyrelsen, er indarbejdet tre feriedøgn med overnatning og mulighed for pædagogisk ledsagelse. Det er sket indenfor budgetrammen.

### Delkonklusion vedr. Serviceniveau:

Samtidig med den første godkendelse af serviceniveauet i 2016, blev det besluttet at gennemføre besparelser uden konkret stillingtagen til, hvordan serviceniveauet skulle reduceres.

Den anden behandling af serviceniveauet i april 2017 fastlægger det faktiske aktuelle serviceniveau.

De besparelser, der blev gennemført i 2016 betyder, at serviceniveauet generelt er sænket. Samtidig med ændringer i serviceniveauet er der indarbejdet lovændringer vedr. mulighed for ferie og hjælp til ledsagelse, og der er desuden foretaget en række omprioriteringer af ydelserne indenfor de enkelte serviceområder.

Fastlæggelse af serviceniveauet og forskydningerne afspejler således også det samarbejde, der er etableret i de enkelte serviceområder i kraft af rammestyling i resultatområder. Den fælles økonomiske ansvarlighed er øget på tværs og imellem de sociale tilbud. Det har netop været en af intentionerne med Handleplan 2015.

Kilde:

- Ressourcestyring i Handicap og Psykiatri af 14. oktober 2015
- Serviceniveaubeskrivelser for bo- og dagtilbud på handicap- og psykiatriområdet, marts 2017

Beslutning:

- SOS d. 5. april 2016 sag nr. 41: Serviceniveaubeskrivelser på bo- og dagtilbuddene i Handicap og Psykiatri
- SOS d. 25. april 2017 sag nr. 44: Serviceniveaubeskrivelser på bo- og dagtilbuddene i Handicap og Psykiatri



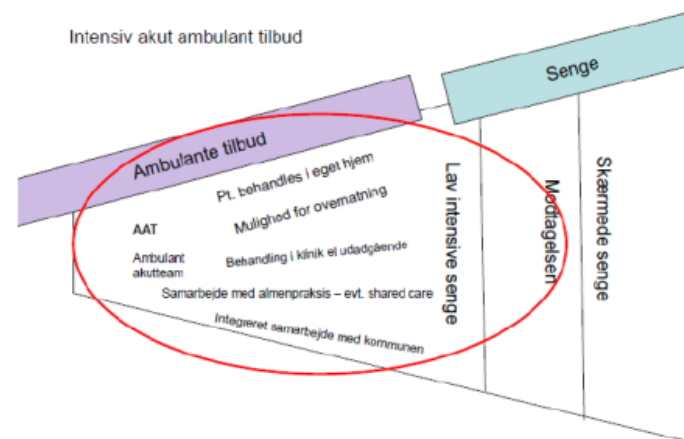
## 1.6. Styrket koordinering og omlægning i opgaveløsningen:

Der er i beslutningsoplæg i Handleplan 2015 en række konkrete forslag til indsatser, som samlet set skal medvirke til at styrke koordinering og omlægning i opgaveløsningen, jf. side 9 - 12.

- Koordinering på psykiatriområdet i samarbejdet med regionspsykiatrien: Debatten i høringsfasen omkring Handleplan 2015 viste med alt tydelighed, at der er et markant behov for samarbejde og samordning af indsatsen, herunder særligt på psykiatriområdet men også på det øvrige handicap- og psykiatriområde. I første omgang blev arbejdet med en ny strategi på psykiatriområdet prioriteret

## Udmøntning – Status maj 2017

- SOS 15. juni 2016: Der vedtages ny strategi for det socialpsykiatriske område.
- Foråret 2016: Region Midt præsenterer kommunerne for forslag til nye tilgange til behandlingspsykiatrien. Indgangen fra eget hjem til den hospitalsbaserede psykiatriske behandling og udgangen til eget hjem sker gennem ambulante tilbud i Ambulante Akut Teams (ATT) forankret på de psykiatriske afdelinger.<sup>1)</sup>



- Omlægning af indsatsen sker som led i en regional spareplan og er bl.a. fremmet p.gr.a. udtalt mangel på psykiatriske læger.
- Der er ikke foretaget beregninger over de afledte kommunaløkonomiske konsekvenser.
- Den ændrede behandlingstilgang stiller væsentlige andre krav til den kommunale socialpsykiatriske indsats. Der er i den vedtagne strategi taget højde for forskydningen i behandlingsindsatsen mod 'den nære sundhedsindsats'
- Handicap og Psykiatri indgår løbende i dialog med Regionspsykiatrien i Hospitalsenheden Vest omkring etableringen og koordinering af indsatsen i de Ambulante Akut Teams. Dialogen præges af modstridende regionale og kommunale interesser og manglende finansiering af opgaveglidningen.

Kilde: Handleplan 2015 af 11. august 2015 s. 22

Beslutning: SOS d. 27. oktober 2015 sag nr. 94 vedr. Udmøntning af Handleplan 2015

1) Kilde: Region Midt 8. april 2016. Beskrivelse af den Akut ambulante drift af 6 lavintensive pladser i Regionspsykiatrien Vest

## 1.6. Styrket koordinering og omlægning i opgaveløsningen:

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

- Fælles målsætninger for sårbare unge: Der er behov for fælles politiske og administrative målsætninger for den kommunale indsats på området, som skal sikre tværsektorielle drøftelser og koordineringen af indsatserne
- Etablering af lav-interventions-tilbud: I de tilfælde, hvor borgeren ikke profiterer af tilbuddet/behandlingen pga. manglende motivation, modsætter sig aktivt eller nægter at indordne sig under de rammer, der er i behandlingstilbuddet, så er det nødvendigt at sammensætte et alternativt tilbud - et lav-interventions-tilbud.
- Koordinering på området for erhvervet hjerneskade : Herning Kommunes genoptræningstilbud til borgere med senhjerneskader var i 2015 forankret i to afdelinger, og udgiften er fordelt på to serviceområder.

## Udmøntning – Status maj 2017

Projektet for sårbare unge er ved beslutning i SOS, BSK og BFU i december 2016 udmøntet i 4 konkrete projekter:

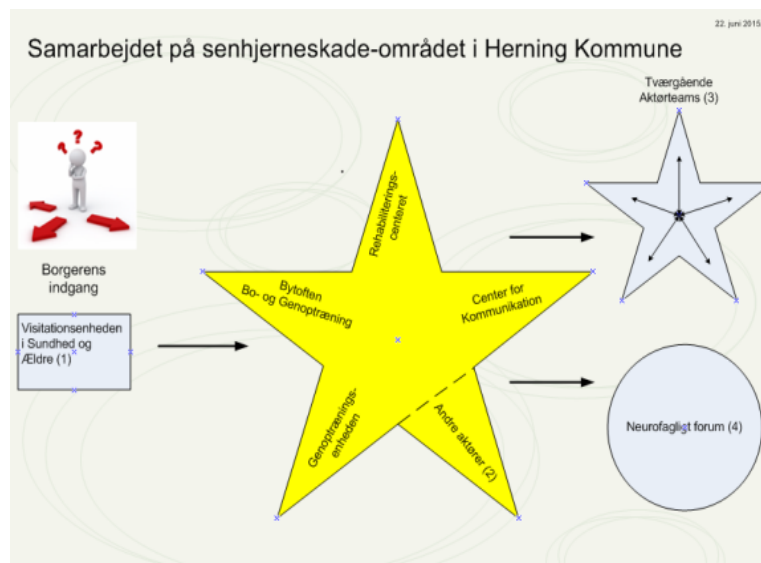
- Uddannelse, Job, Bolig
- Sociale partnerskaber
- 25 familier
- Unge på kanten

Der er planlagt særskilt politisk afrapportering af status på disse projekter.

Der er i april 2015 udarbejdet interne retningslinjer for etablering af lav-interventions-tilbud, heraf fremgår det bl.a.: *Det alternative tilbud kan gives til personer, som har afbrudt behandlingsforløb og ikke længere profiterer af de tilbud, som gentagende gange er blevet bevilget. (...) Der må ikke herske tvivl om, at alle mulige tilgange til behandling er forsøgt.*

Der er etableret to lav-interventions-tilbud. Et tilbud hænger stadig sammen, det andet tilbud er nedlagt efter, at borgeren er fængslet. Erfaringerne er således meget få, og etablering af nye tilbud skal derfor nøje vurderes.

På baggrund af SOS-beslutning 10. december 2014 vedr. forankring af hjerneskadekoordinatorfunktion, har Chefgruppen d. 17. august 2015 fastlagt indsatsen på området ud fra målsætningen om "En indgang for borgerne - ét behandlingstilbud".



## 1.6. Styrket koordinering og omlægning i opgaveløsningen:

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Samdrift omkring madproduktion, rengøring og vedligeholdelse:

Der blev i foråret 2015 foretaget en kortlægning af, hvordan bo- og dagtilbuddene i Handicap og Psykiatri tilrettelægges hhv.:

- Madlavning på botilbud
- Rengøring af beboernes bolig
- Rengøring af fællesarealer
- Indvendig ejendomsvedligeholdelse
- Udvendig ejendomsvedligeholdelse
- Udearealer
- Vintertjenester

Der viser sig ikke uventet et meget varieret billede med mange forskellige løsninger på de enkelte tilbud. Undersøgelsen skal bruges som afsæt for vurdering af de rationaler, der eventuelt kan ligge i samordningen mellem de forskellige tilbud.

## Udmøntning – Status maj 2017

Der er i enkelte konkrete tilfælde indledt dialog og samarbejde omkring pedelfunktioner på handicap- og psykiatriområdet og på tværs til Sundhed og Ældre, men slet ikke i det omfang, det potentielt vurderes muligt.

Der er en lang række praktiske barrierer, som knytter sig til egen organisering, ejerforhold til bygninger m.v.

Siden 2015 er der, på initiativ fra Direktionen, foretaget analyse af mulighederne for samdrift på service-facility-området. Der er ikke fundet en samlet løsning på kommuneniveau. Direktionen har truffet beslutning om, at løsningerne skal findes lokalt i de enkelte driftsområder.

### Delkonklusion vedr. styrket koordinering og omlægning i opgaveløsningen:

- SOS vedtog 15. juni 2016 en ny strategi for det socialpsykiatriske område. Der er på det grundlag foretaget organisatoriske omlægninger af området, som imødekommer de organisatoriske udfordringer, der følger af den regionale psykiatriske behandlingsindsats. Omfanget af opgaveglidningen er uklar, og der kan ikke tages højde for de afledte budgetmæssige konsekvenser.
- Der er i tilknytning til projektet for sårbar unge igangsat fire konkrete initiativer.
- Rammerne for etablering af lav-interventions-tilbud er fastlagt. Der er få personer, der falder i målgruppen, og muligheden er kun anvendt i begrænset omfang. I de konkrete tilfælde er der opnået betydelige besparelser.
- Der er fastlagt ny organisering af indgang, visitation og genoptræningsbehandling for erhvervet hjerneskade. Der er skabt større tydelighed i indsatsen for borgerne og samarbejdet med øvrige aktører på området.
- Mulighederne for potentialer ved samdrift afprøves, men de er ikke analyseret og næppe fuldt udnyttet.

## 1.7. En ny Handicap- og psykiatripolitik:

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Politikken skal erstatte den nuværende Handicappolitik fra 2007. Politikken fokuserer kun på voksenområdet, den medtager ikke psykiatriområdet, og den afspejler ikke den kraftige omstilling, der har været på området siden 2007 og de aktuelle udfordringer på området.

Der skal i en ny handicap- og psykiatripolitik særligt sættes fokus på:

- Undervisning, sundhedsfremme og forebyggende indsatser på børne- og ungeområdet
- Indsatsen for de sårbare unge mellem 15 – 25 år.
- Beskæftigelse
- Rehabilitering
- Medborgerskab
- Afgrænsning mellem det specialiserede socialområde og normalområdet

## Udmøntning – Status maj 2017

Der er ikke udarbejdet en ny handicap- og psykiatripolitik. Spørgsmålet har været behandlet i Handicaprådet, som tilslutter sig udarbejdelsen af en ny politik, i forventning om inddragelse.

Der har været flere interne drøftelser i forvaltningen om indhold og proces. Udarbejdelsen af en ny politik strander på overvejelser om, at en særlig politik på handicap- og psykiatriområdet vil have et for snævert fokus. Det skal ses i forhold til tilrettelægning af de tilbud kommunen samlet set skal gives til målgruppen og i forhold til de løsninger der skal findes på den udfordring, vi har med øget tilgang, udvidelse af målgrupper, øgede udgifter, større kompleksitet m.v. på det specialiserede socialområde.

Formålet med en handicap- og psykiatripolitik er, at der skabes en fælles forståelse omkring udfordringer og målsætninger, og at der lægges spor for den indsats, der i et flerårigt perspektiv skal til for at løse udfordringen.

Løsningerne på udfordringerne ligger ikke alene indenfor det specialiserede socialområde, men i lige så høj grad i tilgrænsende områder, herunder indsatsen på børne- og ungeområdet, på beskæftigelsesområdet og på ældreområdet. Løsningerne skal findes i bedre koordination af indsatserne og gennem øget inklusion i normalområdet, frem for eksklusion til et specialområde.

## Delkonklusion vedr. en ny handicap- og psykiatripolitik

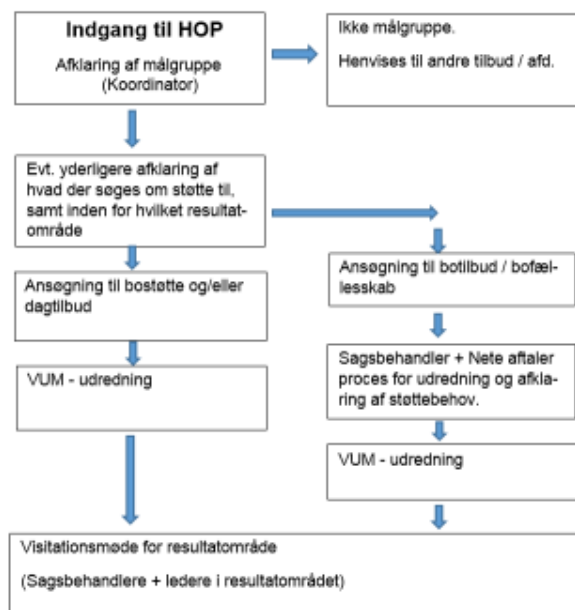
Det skal revurderes, om udarbejdelsen af en nye handicap- og psykiatripolitik er det rette valg, set i forhold til, at løsningerne på de udfordringer, der er på området, går på tværs af andre politikområder. Det kan således overvejes, om der i stedet udarbejdes en tværgående socialpolitik.

## 2. Ny visitationsmodel

Beslutningsoplæg i Handleplan 2015:

Formålet med indførelse af en ny visitationsmodel var, at driftstilbuddene i konsekvens af rammestyrt inden for resultatområder samtidig fik ansvar for overholdelse af den samlede budgetramme. Det entydige ansvar mellem bestiller og betaler skal fastholdes, og det følger heraf, at de decentrale ledere også skal have indflydelse på, hvilke foranstaltninger der iværksættes.

- Lederne i resultatområdet indgår i samarbejde omkring visitationen.
- Fastlæggelse af myndighedsansvar mellem visitationen og lederne i resultatområdet
- Samarbejde omkring handleplaner



Kilde:

- Kommissorium for evaluering af styringsmodellen i Handicap og Psykiatri 1. halvår 2017, 4. januar 2017
- Visitations- og Samarbejdsmodel på AUS – området, Juli 2016

## Udmøntning – Status maj 2017

SOS besluttede d. 23. september 2015, at kun de decentrale enheder, som er rammestyret, skal indgå i visitationen.

Det betyder, at psykiatriområdet ikke skal indgå i visitationen. I tilknytning til de sammenlægninger, der følger af strategien på psykiatriområdet, giver denne friholdelse ikke mening, og psykiatriområdet indgår derfor på lige fod med andre i visitationen.

Der er i foråret 2017 udarbejdet en særskilt evaluering af den nye styrings-, samarbejds- og visitationsmodel. Evalueringen er gennemført ved 13 semistrukturerede interviews med 9 decentrale ledere – 5 fra Handicap, 2 fra Psykiatri og 2 fra Misbrug/Udsatte - 2 områdeledere, lederen af visitationen samt et fælles interview med de to sagsbehandlere, der også er koordinatorene.

### Delkonklusion vedr. ny visitationsmodel:

- at det helt tydeligt lykkedes at skabe en fælles forståelse for, hvilke udfordringer, der er de største for Handicap og Psykiatri.
- at den nuværende model, hvor Handicap og Misbrug/Udsatte er rammestyrede, mens Psykiatri har en aktivitetsbestemt ressourceregulering, ikke bør fortsætte.
- at visitationsmodellen indebærer, at alle decentrale ledere deltager på visitationsmøderne hver 14. dag. Det har styrket samarbejdet på tværs af myndighed og drift og på tværs af tilbud, men ressourcetrækket står ikke mål med udbyttet.
- at der på misbrug/udsatte-området er to kommunale og to private tilbud, og de har forskellige økonomiske incitamenter. Samtidigt arbejder de ud fra forskellige tilgange m.h.t. udvikling og omsorg for borgeren.
- at der generelt er for lav fysisk kapacitet, hvis muligheden for udvikling af fleksible løsninger skal øges.
- at der løses flere opgaver for pengene, men at det hovedsageligt skyldes besparelsesrunden i 2016.
- at oprettelsen af resultatområder forhindrer én type suboptimering, men risikerer at skabe andre.
- at både ledelse og kolleger fylder mere nu end tidligere. Kolleger er blevet meget vigtigere, da man nu i fællesskab er ansvarlige for økonomien.
- at der er et tydeligt økonomisk incitament i at undgå at sende borgerne ud af kommunen. Det lader sig imidlertid ikke gøre, p.g.a. manglende kapacitet.
- at den nye styringsmodel betyder, at de decentrale lederes autonomi mindskes.
- at der ikke er særlig høj grad af indflydelse på det samlede budget.

Et af de centrale udsagn i evalueringen er den frustration, der knytter sig til den økonomiske usikkerhed, som følger af, at underskuddet på 'købsbudgettet' figurerer på det enkelte resultatområde:

*"Vi har da i ledergruppen talt om, om vi mon kan miste vores job, fordi vi har røde tal, men det er jo kun fordi, vi løser flere opgaver, end vi får penge for."*

Evalueringen indgår i afdelingens arbejde med justering i samarbejdet omkring visitationen.

### 3. Udviklingen i sygefravær og personaleomsætning

#### Sygefravær

Nedenstående tabel viser, at Handicap og Psykiatri indtil 2016 har haft et sygefravær under gennemsnittet for Herning Kommune. Fra 2016 ses en betydelig stigning, som dog i overvejende grad må tilskrives voldsomme stigninger i sygefraværet på enkelte tilbud.

Sted	2014	2015	2016	April 2016 - marts 2017
Herning Kommune	5,0%	5,1%	5,0%	4,9%
Handicap- og Psykiatriområdet	4,2%	4,8%	5,9%	6,2%
Handicap	4,2%	4,4%	5,6%	5,9%
Bo- og Støttecenter Herning	3,3%	4,1%	4,5%	5,2%
Bytoften Bo- og Aktivitetscenter	5,3%	4,5%	7,0%	7,4%
Center for Kommunikation	2,2%	3,5%	3,9%	4,7%
Mosaikken Fortuna og Bof. Thrigesvej	5,4%	5,3%	5,3%	4,9%
Rosenholm og Bof. Tietgensgade	3,0%	4,5%	6,1%	7,0%
Tre Birke, Akt. Vildbjerg og Birkelund	2,8%	5,2%	5,7%	5,5%
Psykiatri-Misbrug-Udsatte	4,8%	6,4%	7,4%	7,1%
Blå Kors Pensionat	0,9%	2,9%	8,2%	9,2%
Blå Kors Varmestue	4,9%	14,5%	21,1%	20,6%
Hjemløse Team	1,4%	9,0%	7,6%	4,9%
Misbrugscenter Herning	4,1%	5,1%	4,4%	4,3%
Skiftesporet	5,8%	7,5%	5,3%	6,4%
Skovlyset	6,2%	3,9%	6,1%	5,4%
Visitationen	1,4%	3,6%	3,7%	2,8%

Vurdering af årsager til sygefravær og udvikling i sygefraværspocenter er meget kompleks; det kan bl.a. handle om ledelse, om manglende fokus på problemet, om enkelte medarbejders langvarige sygefravær, om generelt øget arbejdsbelastning, om håndtering af enkelt særligt udfordrende borgere m.v. Det er efter gennemgang af de enkelte tilbud vurderingen, at alle årsagsforklaringer er i spil.

Sygefraværet stiger markant i 2016 og det er fortsat i 2017. Det sker samtidig med de besparelser der blev gennemført i 2016. I de drøftelser der har været med ledere og medarbejder, bliver det stigende sygefravær forklaret med afledte virkninger af besparelserne. Der er et øget arbejdspress, der er flere weekendvagter, der er afskedigelse af kollegaer, organisatoriske ændringer, nye kollegaer, nye ledere. Desuden opleves der manglende anerkendelse af området og forståelse for det arbejde der udføres, det medføre et fald i motivationen. Sammenhængen mellem besparelser i 2016 og stigning i sygefravær er tydelig.

En stigning i sygefraværet på 2 % fra 2014 til 2017 svare til et tab på 4,5 mio. kr. eller ca. 12 årsværk, beregnet ud fra lønsummen. Handicap og Psykiatri har på 1½ år bevæget sig fra at have en relativt lav sygefraværspocenter, til den højeste sygefraværspocent i Herning Kommune.

Udviklingen i sygefraværet på de enkelte arbejdspladser følges tæt og der er ledelsesmæssigt taget hånd om de arbejdspladser, hvor stigningen har været størst. Der er i forvaltningen forventning, at sygefraværet igen vil falde i løbet af 2017.

Kilde: Opgørelse foretaget af HR-afdelingen maj 2017

#### Personaleomsætning

Nedenstående tabeller viser, at personaleomsætningen i Handicap og Psykiatri lå under gennemsnittet for Herning Kommune indtil 2016. Der er som følge af besparelser i 2016 afskediget ca. 60 medarbejder, svarende til 39 fuldtidsstillinger, det slår igennem som stigning i personaleomsætningen fra marts 2016 til marts 2017.

Sted	Afgang marts 2014 - marts 2015	Afgang marts 2015 - marts 2016	Afgang marts 2016 - marts 2017	Ansatte marts 2017
Herning Kommune	14,3%	15,5%	16,2%	6.094
Handicap- og Psykiatriområdet	13,4%	13,7%	19,8%	571
Handicap	14,6%	15,7%	21,6%	385
Bo- og Støttecenter Herning	15,4%	10,1%	8,8%	73
Bytoften Bo- og Aktivitetscenter	18,4%	14,2%	32,2%	95
Center for Kommunikation	10,9%	13,0%	8,9%	45
Mosaikken Fortuna og Bof. Thrigesvej	15,8%	24,6%	20,0%	58
Rosenholm og Bof. Tietgensgade	10,7%	18,7%	27,2%	77
Tre Birke, Akt. Vildbjerg og Birkelund	13,3%	11,8%	15,8%	35
Psykiatri-Misbrug-Udsatte	9,1%	8,5%	15,3%	168
Blå Kors Pensionat	0,0%	7,1%	7,7%	14
Blå Kors Varmestue	0,0%	11,1%	38,9%	19
Hjemløse Team	0,0%	0,0%	0,0%	9
Misbrugscenter Herning	7,4%	8,0%	11,5%	26
Skiftesporet	10,3%	17,9%	3,7%	41
Skovlyset	14,6%	10,0%	24,4%	58
Visitationen	27,3%	25,0%	18,2%	11

Nedenstående tabel viser personaleomsætningen på udvalgte personalegrupper. Den eneste signifikante afvigelse er på social- og sundhedspersonale, hvor der i Handicap og Psykiatri sker en meget væsentlig stigning fra 2016 til 2017, også set i forhold til kommunens gennemsnit.

Overenskomstgruppe	Afgang marts 2014 - marts 2015		Afgang marts 2015 - marts 2016		Afgang marts 2016 - marts 2017	
	Herning Kommune	HOP	Herning Kommune	HOP	Herning Kommune	HOP
Hjemmevejledere og pæd.pers., døgninst.	14,5%	12,6%	15,4%	13,1%	19,6%	15,9%
Social- og sundhedspersonale, KL	13,8%	9,5%	17,7%	5,3%	16,3%	22,3%
Syge- og sundhedspersonale - basis, KL	13,8%	17,6%	13,3%	7,2%	14,9%	14,3%

Personaleomsætningen er øget, den markante stigning skyldes mange afskedigelser i 2016 med gennemslag til 2017. Men der kan ikke på det grundlag konkluderes, at personaleomsætningen generelt er øget på området.

## 4. Samlet konklusion

### 1. Aktuel status i maj 2017 for implementeringen af handleplanens enkelte elementer.

Har Handleplan 2015 bidraget til balance i budgetterne på handicap- og psykiatriområdet?

- Der blev som led i udmøntning af Handleplan 2015 i foråret 2016 gennemført besparelser med afskedigelse af 39 medarbejdere. Det har bidraget til budgetbalancen i 2016.
- Der er internt i den administrative organisation skabt større fælles forståelse for de økonomiske og faglige udfordringer på området.
- Der er ingen endelig politisk stillingtagen til kapacitetsudfordringen. Det betyder manglende fleksibilitet i tilrettelægning af tilbud og meromkostninger ved tilkøb af tilbud udenfor kommunen.
- I konsekvens af, at Social- og Sundhedsudvalget har besluttet, at psykiatriområdet ikke skal være rammestyret, er der forståelsesmæssig og styringsmæssig asymmetri mellem resultatområderne. Der er ingen forståelse for beslutningen i organisationen.
- Misbrugs- og udsatteområdet er økonomisk udfordret af, at der for de selvejende tilbud ikke er et økonomisk incitament til samarbejde. En ny masterplan er under udarbejdelse.
- Etablering af større organisatoriske enheder har inden for de enkelte enheder betydet større fleksibilitet og sammenhæng i opgaveløsningen. Ledelsesmæssige omprioriteringer af ressourcer lader sig nemmere gøre, både økonomisk og personalemæssigt.
- Overordnet set er opgaveløsningen indenfor de enkelte resultatområder ikke blevet væsentligt mere fleksibel. Der findes løsninger på tværs mellem de enkelte tilbud indenfor resultatområdet, det har altid fundet sted, men forpligtelsen er mere tydelig.
- Social- og Sundhedsudvalget har fastlagt serviceniveauet på området. De ydelser, der leveres til borgerne på de forskellige tilbud og indenfor de enkelte takstgrupper, er i dag langt bedre beskrevet. Den ledelsesmæssige og faglige bevidsthed omkring tilrettelægning af en individuelt differentieret og fleksibel ydelse er blevet styrket.
- Der er, og der udvikles til stadighed en række initiativer m.h.p. en styrket koordinering og omlægning i opgaveløsningen. Herunder bl.a. projektet 'sårbare unge', bedre koordinering af genoptræningsindsatsen ved erhvervet hjerneskade, samarbejde mellem pedeller m.v.
- Der er ikke udarbejdet en ny handicap- og psykiatropolitik. Det skal revurderes, om en ny afgrænset politik på området er det rette valg, set i forhold til, at løsningerne på områdets udfordringer går på tværs af kommunens samlede sociale indsats og andre politikområder.

### 2. Evaluering af den nye styrings-, samarbejds- og visitationsmodel

Har styringsmodellen givet større driftsmæssigt ansvar på tværs af de decentrale enheder?

Er der et større fælles ansvar for økonomien, og er samarbejdet omkring borgerne styrket?

- Samlet set påvirker Handleplan 2015 både incitamenterne positivt og negativt. Ledelse og kolleger fylder mere, og der er opnået større indsigt, hvilket hovedsageligt opfattes positivt. Omvendt oplever mange decentrale ledere, at det er demotiverende, at deres autonomi er indskrænket. Flere føler også, at de har fået ansvaret for det samlede budget uden ret stor mulighed for at påvirke resultatet. Endelig bliver de decentrale lederes egen økonomiske ansvarlighed sat på prøve, når lederne (særligt på i handicapområdet) er nødt til at arbejde med de røde tal i resultatområdet.

### 3. Den kvartalsvise udvikling i sygefravær og personaleomsætning på tilbudsniveau fra 2015 til 2016.

Er der mulige sammenhænge mellem sygefravær og personaleomsætning, når udviklingen sammenholdes med implementeringen af Handleplan 2015?

- Sygefraværet stiger markant i 2016 og det er fortsat i 2017. Det sker samtidig med de besparelser der blev gennemført i 2016. Besparelserne har givet en række negative følgevirkninger for medarbejderne. Sammenhængen mellem besparelser i 2016 og stigning i sygefravær er tydelig.
- En stigning i sygefraværet på 2 % fra 2014 til 2017 svare til et tab på 4,5 mio. kr. eller ca. 12 årsværk, beregnet ud fra lønsummen. Handicap og Psykiatri har på 1½ år bevæget sig fra at have en relativt lav sygefraværsprocent, til den højeste sygefraværsprocent i Herning Kommune.
- Udviklingen i sygefraværet på de enkelte arbejdspladser følges tæt og der er ledelsesmæssigt taget hånd om de arbejdspladser, hvor stigningen har været størst. Der er i forvaltningen forventning, at sygefraværet igen vil falde i løbet af 2017.
- Personaleomsætningen er øget fra 13,4 i 2015 til 19,8% i 2017. Stigning skyldes afskedigelser i 2016 med gennemslag til 2017, men niveauet er under gennemsnittet for Herning Kommune.