

De styringsmæssige forudsætninger for faste teams i plejen

*En fleksibel BUM-model,
der understøtter
rehabilitering,
borgerens selvbestemmelse
og brug af medarbejdernes faglighed*

Af

Christian Braad, Partnere hos **Profekto**

Rikke Høgh Jensen, Projektleder, Syddjurs Kommune

5. april 2022

Indholdsfortegnelse

1. Resume – overblik over den nye progressionsbaseret styringsmodel.....	3
2. Fra hollandsk styring af Buurtzorg-teams til en dansk kontekst med BUM.....	5
3. Økonomistyring som ledelsesredskab.....	6
4. Sammensmeltning af rammestyring og aktivitetsstyring.....	8
5. Elementer i en progressionsbaseret styringsmodel.....	8
6. Modellens økonomiske og faglige incitamenter	12
7. Progressionsmodellens fundament.....	14
8. Forløbstakster i progressionsmodellen.....	15
9. Ny ydelsesstruktur, der skal understøtte progressionsmodellen	17
10. Fastlæggelse af typer af forløbstakster	19
11. Beregning af forløbstakster.....	20
12. Budgetansvar i den progressionsbaserede styringsmodel.....	21
13. Den daglige styring i plejeteamet.....	22
14. Implementering.....	23
Om Profekto	24

Om den progressionsbaserede styringsmodel i praksis

Den progressionsbaserede styringsmodel, der beskrives i dokumentet, er implementeret i flere faste selvstyrende teams (borgerteams) i Syddjurs Kommune som led i projekt "Mere værdig pleje". Hvert borgerteam leverer hjemmepleje og hjemmesygepleje til en gruppe af borgere. Modellen tager det bedste fra den aktivitetsbaserede styring og den rammebaserede styring og forener de to i en ny styringsmodel kaldet progressionsbaserede styring. En styring, der er en ny fleksibel tilgang til BUM-modellen, der fremmer rehabilitering, borgerens selvbestemmelse og brug af medarbejdernes faglighed, i den daglige dialog med borgeren.

Modellen fastlægger hvert borgerteams indtægtsgrundlag. Borgerteamet har inden for indtægtsgrundlaget selv medansvaret for at styre deres udgifter til bl.a. løn og vikarer. Borgerteamet er således selv ansvarlig for, at indtægter og udgifter løbende balanceres.

Med afsæt i den progressionsbaserede styringsmodel har borgerteamet fået overdraget ansvaret for løbende at justere i borgerens ydelser, herunder den tid, der anvendes i dagligdagen. Det kan ske, uden at der skal ske godkendelse af visitationen. Dermed har borgerteamet en udbredt grad af selvstyring ift. den pleje, der gives til borgerne, og er samtidig ansvarlig for, at borgeren når de mål, der er fastlagt for borgeren.

1. Resume – overblik over den nye progressionsbaseret styringsmodel

En af forudsætningerne for at lykkes med en hjælp, der tilrettelægges tættere på borgeren, er, at den nuværende styringsforståelse grundlæggende ændres. Hjælpen skal tilrettelægges og justeres ud fra, hvad borgeren kan, har brug for – og ønsker – inden for rammerne af den bevilgede støtte.

En ny styringspraksis skal understøtte projektets mål om at få medarbejderne i plejen til at flytte fokus i dialogen med borgere og visitation fra *tid og ydelser* til *behov og effekt*. Fokus skal væk fra at levere en specifik ydelse og bruge et vist antal minutter til at opnå en effekt for borgeren og dermed gøre en forskel for borgeren. Naturligvis inden for lovgivningens rammer. Det skal styringsmodellen understøtte.

Et stykke hen ad vejen handler det om at tilpasse styringsmodellen til den nuværende praksis. Medarbejderne tilpasser allerede i dag i vidt omfang indsatsen til, hvad de ser, borgerne har behov for. I dag sker det dog ofte "på trods", fordi den nuværende styring ikke understøtter denne lokale tilpasning. Desuden handler det om at turde give mere tillid til, at medarbejderne kan løfte dette ansvar fagligt hensigtsmæssigt. Derfor er et af de væsentligste mål med den nye styringsmodel, at den understøtter frontmedarbejderne i at løfte dette nye, større ansvar.

Som del af den nye styringsmodel vil myndighedsopgaven ændre sig. Visitationen vil i højere grad skulle fokusere på at formulere skarpe mål i afgørelsen, ligesom det er disse mål, der følges op på fra myndigheds side. Derimod vil selve tilrettelæggelsen af indsatserne entydigt blive lagt ud til borgerteamene.

Den **progressionsbaserede styringsmodel** tager afsæt i, at det decentrale ledelsesrum skal styrkes for at skabe mere værdi for borgerne (borger- og helhedsfokus). I modellen afspejler progressionen en del af den effekt, der skal leveres af de (selvstyrende) plejeteams, der leverer SEL- og SUL-ydelser til borgeren. Den primære effekt, som styringsmodellen belønner, er en øget selvhjulpethed (progression) for den enkelte borgere. Sekundære målsætninger er at understøtte en øget selvbestemmelse for borgerne, en større kontinuitet i de medarbejdere, der kommer hos borgeren, og en øget trivsel for medarbejderne i det daglige arbejde. Progressionsmodellen belønner ikke direkte de tre typer af effekter, men er med til at understøtte, at de kan nås.

Modellen øger det decentrale beslutningsrum

Den progressionsbaserede styringsmodel tager afsæt i, at det decentrale ledelsesrum styrkes for at skabe mere værdi for borgerne. De enkelte plejeteams får i modellen et direkte økonomisk medansvar, hvor borgernes progressionsmål skaber et stærkt incitament til at arbejde for opfyldelse af betalerens ønsker om bestemte effekter (myndighed), mens beslutningerne om, hvordan effekten opnås, placeres hos plejeteamet.

Plejeteamet gives gennem en mere decentral forankret ydelsesmodel et større ansvar for at vurdere, hvordan de i fællesskab kan nå borgerens progressionsmål. Det betyder, at teamet selv beslutter hvor lang tid de vil bruge, og hvordan de vil tilrettelægge den daglige helhedspleje. Helhedspleje dækker i styringsmodellen over pleje, der gives i et samarbejde mellem SOSU-assistenten og -hjælperen, sygeplejersker og terapeuter. Den decentrale ydelsesmodel giver plejeteamet mulighed for selv at justere på tiden på de enkelte ydelser og på frekvensen, som ydelserne leveres med, samt de underliggende indsatser, som borgeren får, uden at det skal godkendes af myndighed. Plejeteamet

gives også bedre mulighed for selv at ændre i borgerens ydelsessammensætning, inden for en ramme. Er der behov for at gå uden for rammen, så skal myndighed inddrages.

Modellen gør det attraktivt at understøtte rehabilitering og brug af velfærdsteknologi

Med afsæt i den visitation, der foretages af myndighed (som i dag), tildeles borgeren en forløbstakst, der indeholder en betaling for det antal timer, der kan (men ikke skal) leveres til borgeren pr. uge.

Der er to typer af forløbstakster:

- En forløbstakst, der er målrettet borgere med udviklingspotentiale, hvor det er forventningen, at borgeren vil opleve en væsentlig forbedring i funktionsevnen i perioden. En forbedring, der enten vil være til, at borgeren bliver helt selvhjulpne og kan afvisiteres hjælpen eller væsentligt får reduceret behovet for hjælp. Forløbstaksten gives for en periode på tre måneder.
- Den anden forløbstakst gives til borgere med et stabiliseringspotentiale, der er målrettet borgere, som skal have fastholdt deres funktionsevne, dvs. uden forventning om en væsentlig forbedret funktionsevne og dermed reduktion i den tildelte hjælp. Stabiliseringstaksten gives for en periode på seks måneder.

Der reguleres ikke i taksten i forløbsperioden. Efter forløbsperioden skal der ske en revisitation af borgeren, hvor det vurderes, om borgerens forløbstakst skal ændres. I forløbsperioden kan der dog ske en revisitation, hvis borgeren ændrer kategori, eks. ved en markant forværring af helbredet.

Den faste forløbstakst dækker både indsatser inden for praktisk hjælp, personlig pleje, ernæring og rehabilitering samt sygepleje. Modellen er opbygget omkring tre forløbstakster for borgere med udviklingspotentiale og tre takster for borgere med stabiliseringspotentiale. Der er herudover en individuel beregnet takst for borgere med særlige komplekse plejebestanden og en takst for korte sygeplejeforløb, hvor hjemmeplejen ikke er involveret.

Med forløbstaksten får teamet et stort incitament til at investere i at gøre borgeren mere selvhjulpne fra starten af forløbsperioden. Det kan bl.a. gøres gennem rehabilitering og brug af velfærdsteknologi. Det skyldes at teamet ikke får flere penge, hvis borgerens tilstand forværres i forløbsperioden. Hvis borgerens tilstand forbedres, så fjernes taksten heller ikke. Der er endvidere i modellen et stort incitament for sygeplejen til at afslutte sygeplejeindsatser og til at gøre borgerne så selvhjulpne, at de kan anvende sygeplejeklinikkerne.

2. Fra hollandsk styring af Buurtzorg-teams til en dansk kontekst med BUM

I Holland, hvor Buurtzorg har sin oprindelse, er styringen bygget op omkring samme principper som den danske BUM-model.

I Holland er bestilleren den enkelte borgers forsikringselskab. Selve vurderingen af borgerens plejebehov sker af den praktiserende læge eller eventuelt en relevant speciallæge, der beskriver borgerens sygdomsbillede og behov for pleje. Med afsæt i den lægefaglige vurdering fastlægger en visitator tilknyttet borgerens forsikringselskab antallet af timer, der bevilges til borgeren. Der er således tale om en individuel vurdering, ligesom det kendes i den danske model for § 83-støtte. I Holland omfatter den individuelle vurdering både sygepleje og den personlige pleje. Visitationen giver en samlet ramme for, hvor mange timer der kan anvendes på den enkelte borger og dermed afregnes for.

Buurtzorg er bygget om omkring en simpel økonomisk afregningsmodel, hvor der sker afregning for hvert besøg med en fast timerate, uanset hvor lang tid besøget tager, og hvilke personalegrupper der gennemfører besøget.

I den hollandske model findes der tre grundlæggende plejeniveauer: basis, ekstra og speciel. For basisniveauet gælder, at hjælpen leveres i henhold til en fast plan – f.eks. at der er bevilget fem timer på ugebasis til personlig pleje. For ekstraniveauet gælder, at der er tale om mere komplekse døgnpleje, og antal bevilgede timer vurderes individuelt. Specielniveauet anvendes ved særligt plejekrævende og komplekse borgere, som f.eks. også har behov for udvidet hjælp til at koordinere deres pleje og behandling (kilde: Vive 2020).

I Buurtzorg sker styring af økonomi og kvalitet med afsæt i:

- Performance målt på live data på seks faste nøgletal (bl.a. ata-tid, tidsfordeling på døgn, tid brugt i lokalsamfundet og indrapporterede fejl), som er tilgængelig for hvert team. Forskellige benchmarks er tilgængelige.
- En sofistikeret kvalitetssikringsmodel, der både indeholder brug af data, protokoller/standarder, uddannelse, kultur og samarbejde/arbejdsgange. "Non-negotiables" en vigtig del af kvalitetsmodellen.
- Ingen visiteret tid, men en økonomisk takst til at realisere borgerens plejebehov. Taksen gives pr. gennemført besøg, uanset hvilken faggruppe der gennemfører besøget eller længden af besøget. En takst, der er givet af borgerens forsikringsordning.
- Der styres efter en ATA-tid på 61 %.
- Enheder, der giver underskud eller ikke leverer høj kvalitet, lukkes, hvis ikke de kan rette deres økonomi eller kvalitet op.

Buurtzorg-modellen skaber incitament til at løse så meget som muligt i hvert besøg uden skelen til, hvilke personalegrupper der gennemfører opgaven, eller hvor meget tid et besøg tager.

Et væsentligt element i oversættelsen indebærer, at man går fra at operere med en typisk aktivitets- eller rammebaseret tildelings- og økonomistyringsmodel til en mere effektbaseret styringsmodel, der skal øge det decentrale beslutningsrum i hvert borgerteam.

Den effektbaserede styring tager afsæt i, at det decentrale ledelsesrum skal styrkes for at skabe mere værdi for borgerne.

Den decentrale og lokale ledelse forventes at have en bedre forståelse for borgernes behov for pleje og støtte, samt hvordan den støtte mest omkostningseffektivt kan leveres.

En decentralisering af beslutningskompetence og det økonomisk ansvar er afgørende i forhold til at imødekomme borgerens behov for at løse kerneopgaven. En decentralisering betyder, at både politikere og den centrale myndighed (bestilleren) skal afgive beslutningskompetence til udfører, dvs. de geografiske teams, der skal varetage borgerens sammenhængende pleje- og støttebehov.

Der skal ske en decentralisering af beslutningskompetence og økonomisk ansvar, hvor man går bort fra aktivitetsstyring og i stedet styrer med afsæt i effektmål. Effektmålene skal skabe et stærkt incitament til at arbejde for opfyldelse af betalerens ønsker om bestemte effekter, mens beslutningerne om, hvordan effekten opnås, placeres hos udfører.

3. Økonomistyring som ledelsesredskab

Økonomistyring skal som et ledelsesredskab fremme, at man som organisation opnår de målsætninger, der er besluttet.

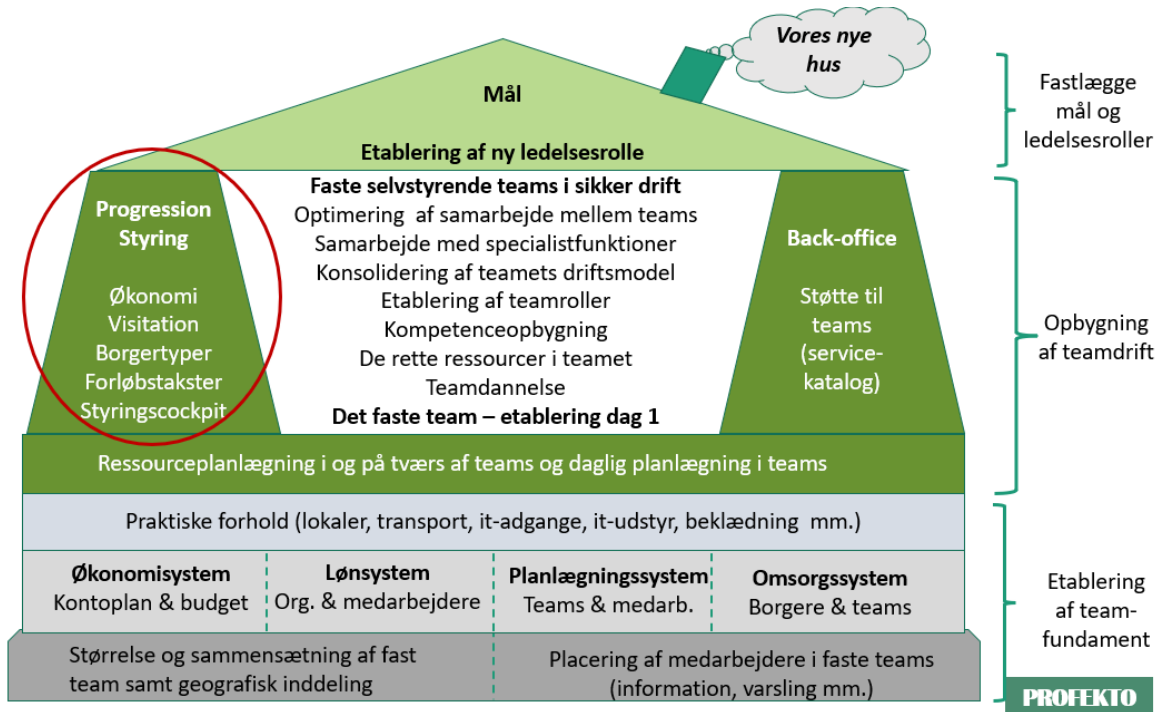
Indretningen af økonomistyringen skal være med til at understøtte korrekte bevillinger til helhedsplejen i den forstand, at der er tilstrækkelige midler til at løse opgaven, men heller ikke større midler, end der er behov for. Endelig er det en vigtig egenskab ved en god økonomistyringsmodel, at den kan understøtte, at de ydelser og services, der leveres til borgerne, også leveres omkostningseffektivt. At en ydelse leveres omkostningseffektivt betyder, at den leveres i den besluttede kvalitet med færrest mulige omkostninger.

Økonomistyringsmodellen skal skabe en sammenhæng mellem 1) den fagligt valgte opgaveløsning – også betegnet som produktionsstrukturen, dvs. den samarbejdende helhedspleje med fælles tværfaglige teams, 2) organisationsstrukturen, dvs. tværfaglige plejeteams med forskellige grader af selvbestemmelse, og 3) styringsstrukturen, dvs. den nye progressionsstyring.

Udformningen af de tre strukturer stiller krav til hinanden og forudsætter hinanden.

I det følgende er der særligt vægt på at beskrive effektstyring, der tager form af en progressionsbaseret styring, der er en af de to søjler, jf. figuren nedenfor, der understøtter, at de faste teams i plejen kan nå de mål, der er opstillet for dem.

Figur 1. Overblik over styringsmodellens understøttelse af faste teams i plejen.



I ældreplejen ses ofte, at de forskellige aktører har forskellige incitamenter, da de er underlagt forskellige styringsmodeller. Når hver aktør har sit eget budget og styringsstruktur, hvor nogle er rammefinansierede (eks. sygeplejen og træning), nogle er aktivitetsfinansierede (eks. hjemmeplejen), og nogle er medfinansierede (eks. indlæggelser på hospitalet) – så skabes der en unødvendig kompleks styrings- og incitamentsstruktur, alene fordi organiseringen er kompliceret – men hvor organiseringen også kompliceres af, at styringen er forskellig mellem de medvirkende organisatoriske enheder.

Figur 2. Forskellige økonomiske styringsmodeller, der modarbejder hinanden i dagligdagen.

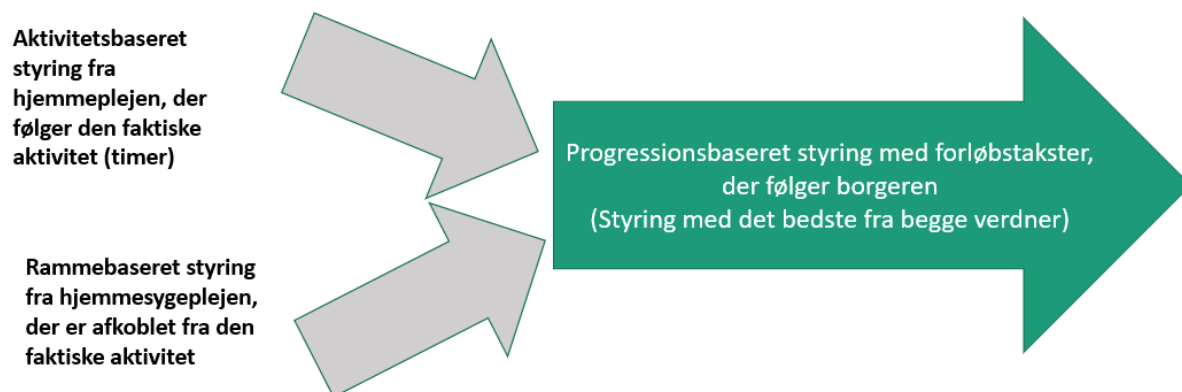


Den eneste gode løsning er at implementere helt nye organisations- og styringsstrukturer, der dels passer sammen, dels i kombination understøtter den faglige opgaveløsning.

4. Sammensmeltning af rammestyring og aktivitetsstyring

Modellen er en sammensmeltning af de bedste elementer fra rammestyningen (som sygeplejen ofte er underlagt) og aktivitetsstyringen (som hjemmeplejen ofte er underlagt). Den progressionsbaserede styringsmodel tager dermed de bedste fra de to verdner ind i en og samme model.

Figur 3. Sammensmeltning af to styringslogikker til en logik.



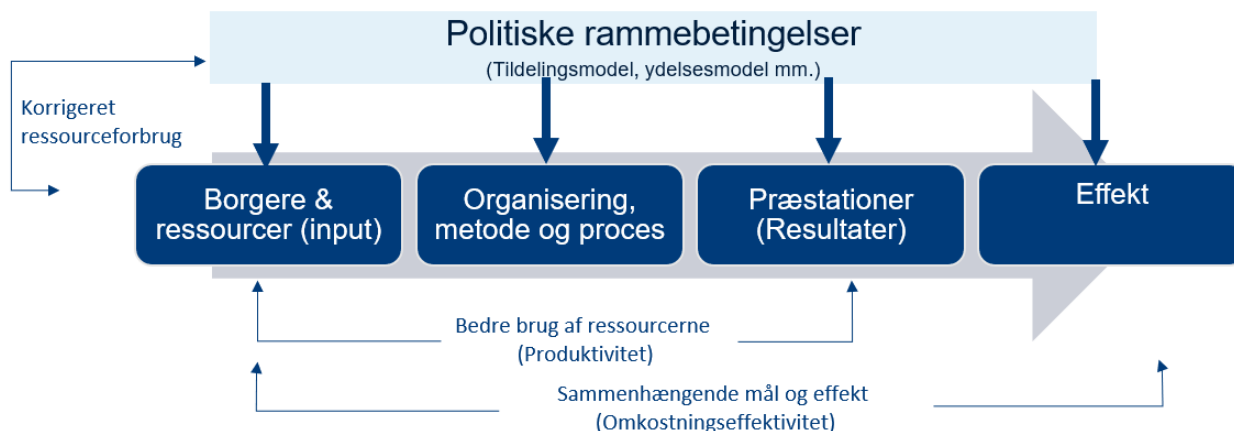
5. Elementer i en progressionsbaseret styringsmodel

Flere kommuner er i dag inspireret af Buurtzorg-modellen, hvor der er en stor beslutningskompetence i de teams, der leverer plejen, og samtidig er et stort økonomisk ansvar i hvert team.

Et væsentligt element i at lykkes er, at der implementeres en progressionsbaseret styringsmodel som afløsning af den i dansk kontekst traditionelle aktivitetsbaserede eller rammefinansierede styringsmodel. Den progressionsbaserede styringsmodel kan understøtte, at der kan gives større decentralt beslutningsrum til hvert plejeteam, samtidig med at der er snor i økonomien.

Den **progressionsbaserede styringsmodel** tager overordnet afsæt i, at det decentrale ledelsesrum skal styrkes for at skabe mere værdi for borgerne (borger- og helhedsfokus).

Figur 4. Overblik over sammenhænge i styringsmodellen.



I den progressionsbaserede styringsmodel afspejler progressionen en del af den effekt, der skal leveres af de enkelte teams, der leverer helhedspleje. Den primære effekt, som styringsmodellen belønner, er en øget selvhjulpethed (progression) for den enkelte borgere. Modellen understøtter herudover indirekte målsætninger om en øget selvbestemmelse for borgerne, en øget kontinuitet og en øget trivsel for medarbejderne i det daglige arbejde

Effekter kan være hhv. kortsigtet og mere langsigtet.

I den progressionsbaserede styringsmodel understøtter den økonomiske tildelingsmodel, at medarbejderne i teamet opnår de mål, der er sat for borgerens progression.

Progressionsbaseret styring skaber incitamenter, der gør, at man får en bedre anvendelse af ressourcerne, dvs. at produktivitet og resultater forbedres. Det er i modellen i figur 2 udtrykt som "Præstationerne", dvs. et resultat af den "organisering, metode og proces", som man har valgt.

I en typisk kommune er målsætningen for produktiviteten udtrykt ved, at BTP-tiden skal forbedres. Produktiviteten er her mål som: leverede timer hos borgeren/samlet antal timer til rådighed.

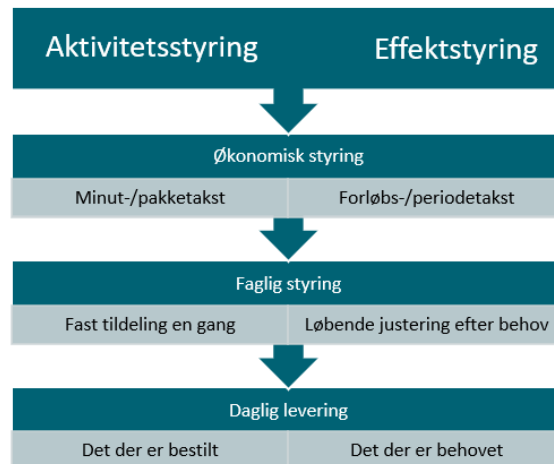
Progressionsstyringen kan også være med til at forbedre den samlede omkostningseffektivitet, dvs. effekten i forhold til de ressourcer, der anvendes til at opnå effekten (Omkostningseffektivitet = effekt/omkostninger).

I figur 5 nedenfor er der oplyst en række centrale kendetegn ved den progressionsbaserede styringsmodel (effektstyring), der skal implementeres. Kendetegnene er sat op mod de tilsvarende kendetegn i den aktivitetsbaserede styringsmodel, der er den model, som hjemmeplejen i dag typisk er underlagt.

Figur 5. Forskel mellem aktivitets- og effektstyring.

Kendetegn ved den progressionsbaserede styringsmodel (effektstyring):

- ✓ Samlet forløbs-/periodetakst til dækning af behov
- ✓ Decentral planlægning med afsæt i behov
- ✓ Samarbejde mellem faggrupper om bedst mulig opfyldelse af behov
- ✓ Incitament til levering af den ønskede progression



Den progressionsbaserede styring tager afsæt i, at det decentrale ledelsesrum skal styrkes for at skabe mere værdi for borgerne.

Den decentrale og lokale ledelse forventes at have en bedre forståelse for borgernes behov for pleje og støtte, og hvordan den støtte mest omkostningseffektivt kan leveres.

En decentralisering af beslutningskompetence og det økonomisk ansvar er afgørende i forhold til at imødekomme borgerens behov for løse kerneopgaven. En decentralisering betyder, at både politikere og den centrale myndighed (bestiller) skal afgive beslutningskompetence til udfører, dvs. de plejeteams, der skal varetage borgerens sammenhængende pleje og støttebehov.

Figur 6. Kendetegn ved den progressionsbaserede styringsmodel.



Der sker i progressionsmodellen en decentralisering af beslutningskompetence og økonomisk ansvar til plejeteamet, hvor man går bort fra aktivitetsstyring og i stedet styrer med afsæt i progressionsmål.

Progressionsmålene skal skabe et stærkt incitament til at arbejde for opfyldelse af betalerens ønsker om bestemte effekter, mens beslutningerne om, hvordan effekten opnås, placeres hos udfører.

Den progressionsbaserede styringsmodel er både et instrument til at fastlægge størrelsen af budgettet og en incitamentsstruktur, hvor hvert plejeteam motiveres til at forfølge de mål, der er besluttet.

Modellen giver en økonomisk tildeling, der giver en motivation for hvert plejeteam til at forfølge de kriterier, som der gives penge efter, og nedprioritere andre kriterier i dagligdagen. Modellen påvirker samtidig plejeteamets medarbejders holdninger og opfattelser af den økonomiske styring og skaber dermed nye meninger. Det giver dermed et større decentralt ledelsesrum, hvor modellen understøtter, at de rigtige beslutninger positivt påvirker de økonomiske rammer.

Derfor er designet af styringsmodellen afgørende for de resultater, der kan opnås, og ikke mindst for hvad der ikke gives incitament til, og dermed hvilke resultater der ikke opnås i samme omfang.

De effekter, der følges op på, kan både gå på omkostningsniveau/-forbedringer og kvalitetsniveau/-forbedringer.

I den progressionsbaserede styring er det et centralt mål, at borgerens ydelsesbehov falder eller stabiliseres gennem en effekt fra den rehabiliterende indsats (progression).

Progressionsmodellen fungerer i den daglige praksis i nedenstående trin:

- **Borgeren visiteres** til en række mål for udviklingen i borgerens funktionsevne, som det kendes i dag fra visitationen.
- **Målene udmøntes i en tildeling af ydelser**, der er understøttende for, at målene kan nås. Dette fastholder en gennemsigtighed mellem vurderet behov og det, der kan leveres til borgeren. Afhængig af forventningerne til udviklingen i borgerens funktionsevne indplaceres borgeren enten som en udviklingsborger eller en stabiliseringsborger.
- Med afsæt i visitationen **tildeles borgeren en forløbstakst**, der indeholder en betaling for det antal timer, der kan (men ikke skal) leveres til borgeren pr. uge. Forløbstaksten gives for en periode på tre måneder (udviklingsborger) eller seks måneder (stabiliseringsborger).
- Efter forløbsperioden skal der ske en **revisitation af borgeren**, hvor det vurderes, om borgerens forløbstakst skal ændres. I forløbsperioden kan der dog ske en revisitation, hvis borgeren ændrer kategori, eks. Ved en markant forværring af helbredet.
- Inden for rammerne af forløbstaksten, målene og de ydelser, der kan leveres, skal **plejeteamet indrette helhedsplejen**, så borgeren bedst og hurtigst muligt opnår de mål, der er fastlagt for borgeren. Opnår borgeren hurtigere målene end forudsat i forløbstaksten, så vil teamet opleve en både faglig og økonomisk gevinst. Hvis målene ikke nås som forudsat i forløbstaksten, så vil teamet opleve en økonomisk ekstraudgift.
- Der skal **fortsat ske en dokumentation** af, hvad der er leveret af plejeteamet og af borgerens sundhedstilstand m.m. Dette bl.a. for at følge op på, om borgeren når de fastlagte mål. Der følges endvidere op på, om teamet samlet formår at udvikle udviklingsborgerne og fastholde stabiliseringsborgerne på samme niveau.

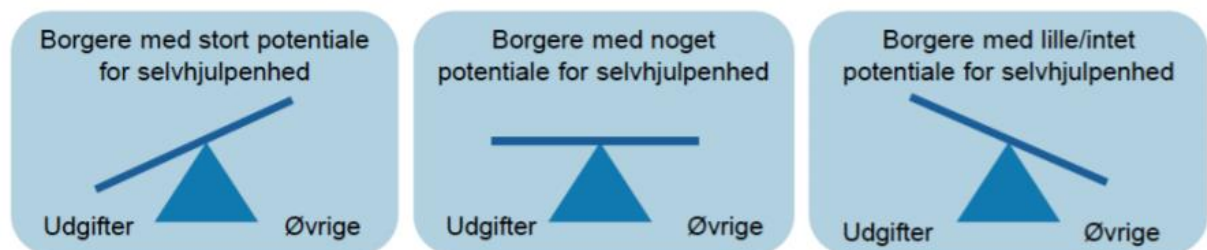
- Hvert **plejeteam får eget (indtægts- og udgifts-) budget**, der dannes med afsæt i de forløbstakster, som hver borger er visiteret til, dvs. at der ikke sker afregning efter visiteret tid.

6. Modellens økonomiske og faglige incitamentter

Den progressionsbaserede styringsmodel tager afsæt i, at der opereres med indsatser, der leveres af teamet over en given periode. I perioden modtager plejeteamet en samlet effekttildeling (takst) til at dække udgifterne til de SUL- og SEL-ydelser/-indsatser, der varetages hos borgerne, uanset hvilke personalegrupper i teamet der varetager opgaverne, og uafhængigt af om de udføres i dag-, aften- eller weekendvagt.

Effekten er i modellen primært rettet mod at gøre borgeren mere selvhjulpnen. Det medfører opfyldelse af en række økonomiske mål og en række kvalitative mål. Vægtningen af de forskellige effektkriterier for hhv. økonomi og de mere kvalitative effektmål er illustreret i figuren nedenfor.

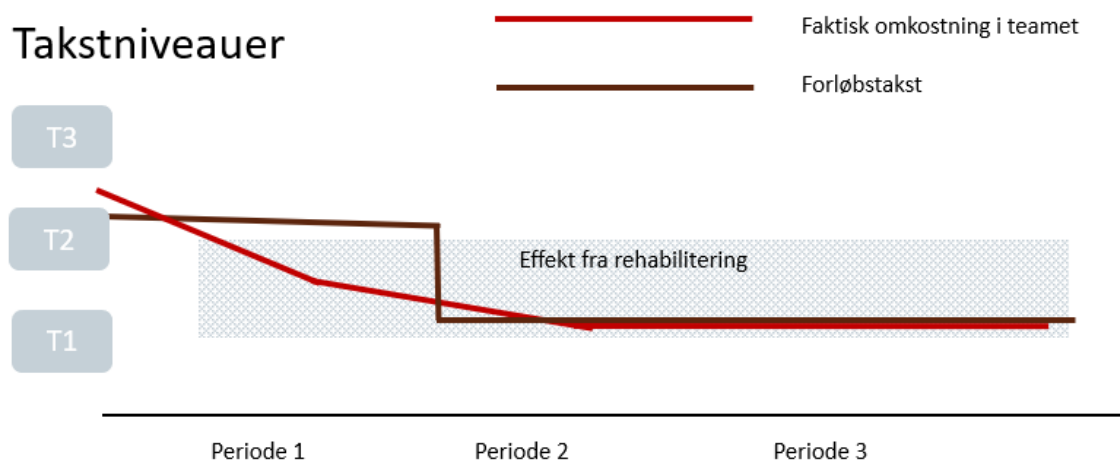
Figur 7. Det overordnede princip for effektafhængige tildelingsmodeller i Ældre- og handicapforvaltningen i Odense Kommune (Kilde: Jensen & Olesen, 2018).



Når borgeren har et stort potentiale for selvhjulpnehed, vægtes de økonomiske effektmål højest (reduktion af hjælp), mens der for borgere med lille eller intet potentiale for selvhjulpnehed sker en vægtning af de kvalitative effektmål højest (selvbestemmelse, kontinuitet).

I figuren nedenfor er der en illustration af effekttildeling for borgere med et stort potentiale for selvhjulpnehed. Borgeren tildeles en forløbstakst (T2), som falder efter periode 1 (til T1).

Figur 8. Illustration af effektbaseret tildelings- og styringsmodel for borgere med udviklingspotentiale.

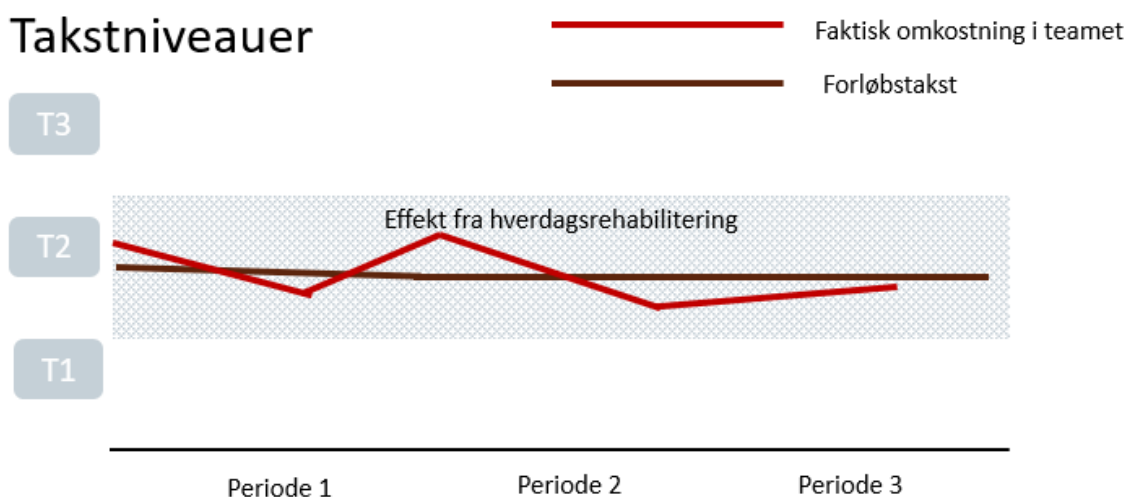


I modellen opnås der en økonomisk gevinst fra indsatsen i at gøre borgeren mere selvhjulpnen i periode 1. Gevinsten deles i periode 1 pga. langsommere tilpasning af takstniveauet til borgerens nye funktionsniveau. I periode 2 er borgeren rykket ned på det nye takstniveau, der afspejler, at borgeren er blevet mere selvhjulpnen eller helt er ophørt med at modtage hjælp.

Sundhedsstyrelsens kortlægning (2017) af de forskellige undersøgelserne peger på, at det er muligt at reducere ydelsesforbruget ved en målrettet indsats med rehabilitering. Det vil sige, at borgerne modtager færre ydelser fra hjemmeplejen eller modtager dem i kortere tid, efter de har gennemgået et rehabiliteringsforløb. Reduktionen i ydelsesforbruget varierer fra kommune til kommune og synes at være koblet til den enkelte kommunes organisering af den rehabiliterende indsats. På tværs af kommunerne kunne der konstateres en reduktion i behovet for hjælp på mellem 4-13 %.

For borgere med et stabiliseringspotentiale indeholder modellen et incitament til løbende at vedligeholde borgerens funktionsevne gennem hverdagsrehabilitering (se figur 9). Der gives en periodetakst, der dækker de løbende udsving, der er i borgerens plejebehov. Stiger plejebehovet, er der et indbygget incitament til at investere i hverdagsrehabilitering, da borgeren ikke tildeles flere penge i forløbsperioden, som det vil være sket i en aktivitetsbaseret tildelingsmodel.

Figur 9. Illustration af effektbaseret tildelings- og styringsmodel for borgere med stabiliseringspotentiale.



7. Progressionsmodellens fundament

Fastlæggelse af effekten for borgere med stort potentiale for selvhjulpenhed (rehabiliteringspotentiale) sker ved at vurdere den forventede procentuelle reduktion i udgiftsniveauet set i forhold til et forventede udgiftsniveauet for den enkelte borger i en situation, hvor borgeren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb.

Udgiftsniveauet fastlægges som den potentielle gennemsnitlige udgift, som borgeren ville være tildelt, når der bevilliges hjælp, uden at der sker rehabilitering. Udgifterne i efter-situationen fastlægges som de samlede udgifter ved de tilbud, borgeren forventes at modtage efter gennemførelsen af det rehabiliterende forløb. Dette vil bestå af borgere, der helt stopper med at modtage hjælp og borgere, der får reduceret deres hjælp.

Taksterne fastlægges, så bevillingen ved forventet progression (dvs. det udgiftsniveau, der normalt eller hidtil havde kunnet realiseres efter en lignende indsats) netop svarede til den bevilling, der normalt ville blive givet til et gennemsnitligt tilsvarende forløb.

For taksterne gælder, at der fastlægges en takst, hvor progressionsafhængigheden er indbygget fra start. Det betyder, at det for de borgere, der får tildelt taksten, forudsættes, at de gennemsnitlig når de effekter, der er forudsat for taksten. Der er således ikke tale om en efterregulering af taksten ift. effekten, men om at der efter et forløb automatisk sker en takstreduktion. Er borgerens mål ikke nået, betyder det, at plejeteamet må investere yderligere i træning og rehabilitering, så målet nås.

For alle taksterne gælder, at der indbygges nedenstående effektforudsætninger:

- At der nås en rehabiliteringseffekt (Progression)

- At der indregnes i taksten, at sygeplejeklinikker anvendes i det omfang, der besluttes
- At borgerens helhedsplejebenhov (og dermed gennemsnitlige funktionsevne) i plejeteamet i forløbsperioden er 1:1 med det behov, som borgerne gennemsnitligt havde i perioden før (som udregningen tager afsæt i).

8. Forløbstakster i progressionsmodellen

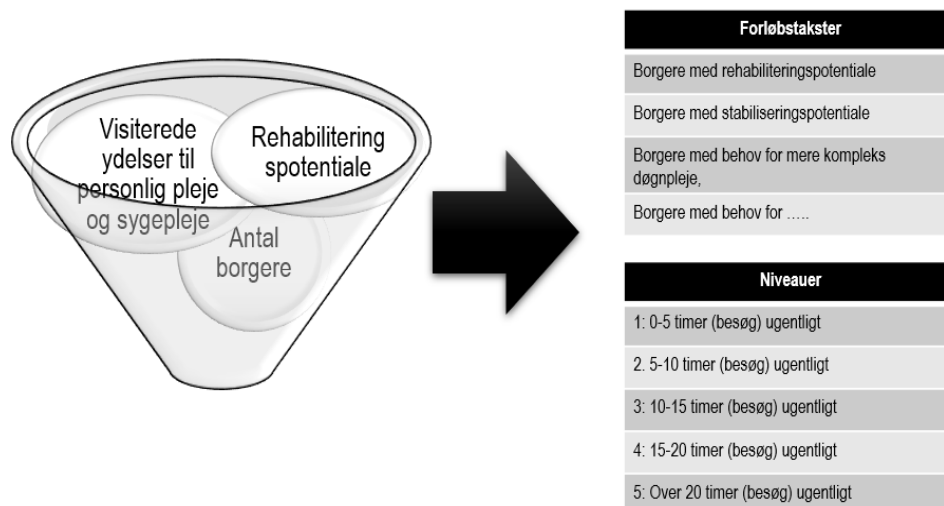
I modellen opereres med tre typer af indsatser, der afspejles i de takster, der tildeles borgeren.

Den forløbsbaserede udviklingstakst gives til borgere med et udviklingspotentiale, eks. borgere, der første gang henvender sig til kommunen for at få hjælp pga. tab af funktionsevne, eller til borgere med behov for et kortere komplekst plejeforløb, der kræver en intensiv pleje over kort tid mhp. en stabilisering. Det kan være borger, der udskrives fra et hospital eller fra midlertidige pladser. Her spiller den intensive rehabiliteringsindsats en afgørende rolle for, at borgeren genvinder sine funktionsevne og dermed får reduceret behovet for pleje. I den forløbsbaserede taksttildeling spiller økonomi en stor rolle, da der skabes et incitament til at realisere borgerens udviklingspotentiale hurtigt. Det sker gennem, at taksten efter forløbet reduceres som følge af en effektforventning om, at borgeren er blevet mere selvhjulpne.

Den forløbsbaserede stabiliseringstakst gives til borgeren, der har et længerevarende stabiliseringspotentiale, som forudsætter et tæt samarbejde i dagligdagen mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, hvor hverdagsrehabiliteringen spiller en afgørende rolle for, at borgerens tilstand ikke forværres, så borgeren dermed kan fastholdes på det nuværende plejeniveau. I den periodebaserede taksttildeling spiller øvrige mål en større rolle for vurdering af succes, eks. at borgere oplever kontinuitet i plejen og har stor selvbestemmelse. Derimod spiller de økonomiske incitamenter en mindre rolle, da borgeren fastholdes på det tildelte takstniveau.

Modellen indeholder herudover en individuel takst, der gives til en enkelt borger med et meget stort plejebestand. Det kan være borgere, der er omfattet af den regulering, der er omkring særlig dyre enkeltsager, eller borgere, der er visiteret til plejebolig, men hvor der endnu ikke er plads.

Figur 10. Dannelse af forløbstaksterne.



Taksterne skal understøttes af en ydelsesstruktur for hhv. hjemmepleje-, sygepleje- og træningsydelser, der giver mulighed for, at plejepersonalet løbende kan justere den hjælp, der gives til borgeren. Taksterne skal således give et incitament til, at plejeteamet fokuseret arbejder med at styrke borgerens selvbestemmelse og forbedre kontinuitet og borgerens progression.

Forløbstaksterne understøtter et fokus på, at borgeren er i forløb med den rette faglighed, der kan understøtte rehabilitering (progression) i forhold til borgerens funktionsevne.

Budgettildelingen til plejeteamet skal give et økonomisk incitament til, at flere borgerforløb afsluttes, som følge af at borgeren er blevet selvhjulpent, eller at hjælpen gennemføres i sygeplejeklinikker, når borgeren er i stand til dette.

Det fulde udbytte af en model med forløbstakster forudsætter en stor tværfaglighed i teamet og hos det plejepersonale, der besøger borgeren. Der skal samtidig være en nærværende faglig sparring og støtte tæt på det udførende plejepersonale, der kan understøtte, at den faglige kvalitet er til stede i borgerens pleje.

Den tværfaglige sammensætning af plejeteamet såvel som en tæt faglig understøttelse sikrer, at borgerne får de ydelser, der modsvarer borgernes behov, både i forhold til plejende og rehabiliterende forhold.

Forløbstaksterne er kendetegnet ved, at:

- Taksterne giver et incitament til at styrke selvbestemmelse, kontinuitet og rehabilitering.
- Taksterne øger fokus på, at borgeren er i forløb med den rette faglighed, der kan understøtte progression i forhold til borgerens funktionsevne.
- Der er et økonomisk incitament til, at flere forløb afsluttes, som følge af at borgeren er blevet selvhjulpent eller gennemføres i klinikker.

- At det er en slags rammebevilling for borgeren inden for en given forløbsperiode. Taksten dækker således alle udgifter til borgeren inden for de ydelser, der leveres af plejeteamet (typisk § 83a, 83 og ikke komplekse sygeplejeydelser) inden for dag, aften og weekend.
- Taksterne kan give stor faglig frihed ift. valg af, hvilke indsatser der skal gives til den enkelte borger, og hvordan de leveres. Plejeteamets beslutningskompetence vil afhænge af den ydelsesstruktur, der besluttet. Medarbejdernes ressourcer- og kompetencer i plejeteamet anvendes således optimalt i forhold til rehabilitering og pleje.
- Taksterne skubber til en adfærd, hvor sygeplejeklinikker anvendes i større omfang, hvor det giver mening, da der i forløbstaksten er indregnet, at en vis del af sygeplejen skal levere via klinikkerne. Det skaber et incitament for plejeteamet til at bruge sygeplejeklinikkerne mest muligt.
- Taksterne giver et incitament til at anvende velfærdsteknologi i dagligdagen, der dels kan gøre borgere mere selvhjulpne, dels kan lette medarbejdernes hverdag.

Det er hele tiden plejeteamets opgave at vurdere borgerens individuelle behov for indsatser. Det er således ikke noget, der kun sker, når visitationen er inde over borgerens sag. Nogle borgere vil have behov for flere indsatser, end der er midler til i taksten. Andre vil have behov for færre indsatser, end der er midler til i taksten. Forløbstakst er således ikke øremærket den enkelte borger. Der er dermed mulighed for både at bruge mindre eller mere end forløbstaksten på en enkelt borger. Samlet skal man blot i gennemsnit holde sig på forløbstaksten for alle borgerne i plejeteamet.

9. Ny ydelsesstruktur, der skal understøtte progressionsmodellen

En forudsætning for at lykkes med den progressionsbaserede styringsmodel er, at der lægges et øget beslutningsansvar for at nå borgerens mål ud til plejeteamet. Det sker gennem en øget indflydelse på, hvilke ydelser borgeren skal modtage, og hvor meget hjælp der er behov for.

Hovedpunkter i ydelsesstrukturen med forløbstakster:

- Borgerens tilstande og funktionsevne vurderes (nuværende og forventet tilstand). Der visiteres herefter til en række hovedydelser med underydelser, hvor nogle ydelser kan være rehabiliterende, som det kendes i dag af visitationen.
- Målene udmøntes i en tildeling af hovedydelser, der består af en række underydelser/indsatser, der er understøttende for, at tilstandene kan nås. Dette fastholder en gennemsigtighed mellem vurderet behov og det, der kan leveres til borgeren.
- Visitationen hhv. sygeplejen estimerer tid til ydelserne og dokumenterer dette i omsorgssystemet.
- Back office udregner en samlet takst. Med afsæt i udregningen tildeles borgeren en forløbstakst, der indeholder en betaling for det antal timer, der kan (men ikke skal) leveres til borgeren pr. uge. Forløbstaksten giver eks. for en periode på tre måneder.
- Efter en nærmere fastlagt periode skal der ske revisitation af borgeren, hvor det vurderes, om borgerens forløbstakst skal ændres. I forløbsperioden kan der dog ske en revisitation,

hvis borgeren ændrer kategori, eks. ved en markant forværring af helbredet, der skyldes udefrakommende forhold.

- Inden for rammerne af forløbstaksten, de nuværende og forventede tilstande og de hovedydelse, der kan leveres, kan plejeteamet tilpasse ydelserne (selvvisitation på sygepleje – tilpasning af ydelser af servicelov), så borgeren bedst og hurtigst muligt opnår de mål, der er fastlagt for borgeren.
- Der skal fortsat ske en dokumentation af teamet på FS III – niveau 2-ydelser af, hvad der er leveret af plejeteamet, og af borgerens tilstande og de ændringer, der sker m.m. Dette bl.a. for at følge op på, om borgeren når de fastlagte tilstande.
- Hver plejeteam får eget (indtægts- og udgifts-) budget, der dannes med afsæt i de forløbstakster, som hver borger er visiteret til, dvs. der sker ikke afregning efter visiteret tid.

Indplacering på takster

Visitationen registrerer, hvilke hovedydelse (visitationsramme) og underydelse som borgeren er tildelt. Dette sker i omsorgssystemet.

Sygeplejen giver back office besked om det samlede estimeret tidsomfang, som borgeren er visiteret til.

Med afsæt i de estimerede tider på hhv. SEL- og SUL-ydelser, der er registeret i omsorgssystemet, udregner back office en samlet forventet tidstildeling. Med afsæt i tidstildelingen indplacerer back office borgeren på en forløbstakst.

For borgere, der kun modtager en sygeplejeydelse af kortere varighed (op til en måned med få besøg) og ikke modtager hjælp efter § 83, afregnes plejeteamet med en standardtakst for kort sygeplejeforløb.

Den nye handleramme for plejeteamet

Den enkelte medarbejder i teamet ved, hvad der skal stræbes efter sammen med borgeren. Medarbejderne ved også, hvad borgeren kan eller ikke kan, når de møder borgeren.

Den enkelte hjemmehjælper ved, at borgeren er bevilget støtte til at blive vasket, og ved også, at hjælpen skal tilrettelægges, så borgeren selv formår at hjælpe til. Men hvordan hjælpen gives er plejeteamets eget valg. Hvor lang tid de vil bruge, og hvordan det skal tilrettelægges, er styret af faglige beslutninger i plejeteamet om den konkrete indsats i helhedsplejen og sammen med borgeren.

Inden hver hovedydelse, eks. "Personlig hygiejne", kan hjælpen i hjemmet altså lægge til og trække fra sammen med borgeren. Hvis selve formålet med indsatsen ændrer sig betydeligt, så skal visitator inddrages. Derfor er visitator tæt knyttet sammen med teamet, så der i fællesskab hurtig kan reageres.

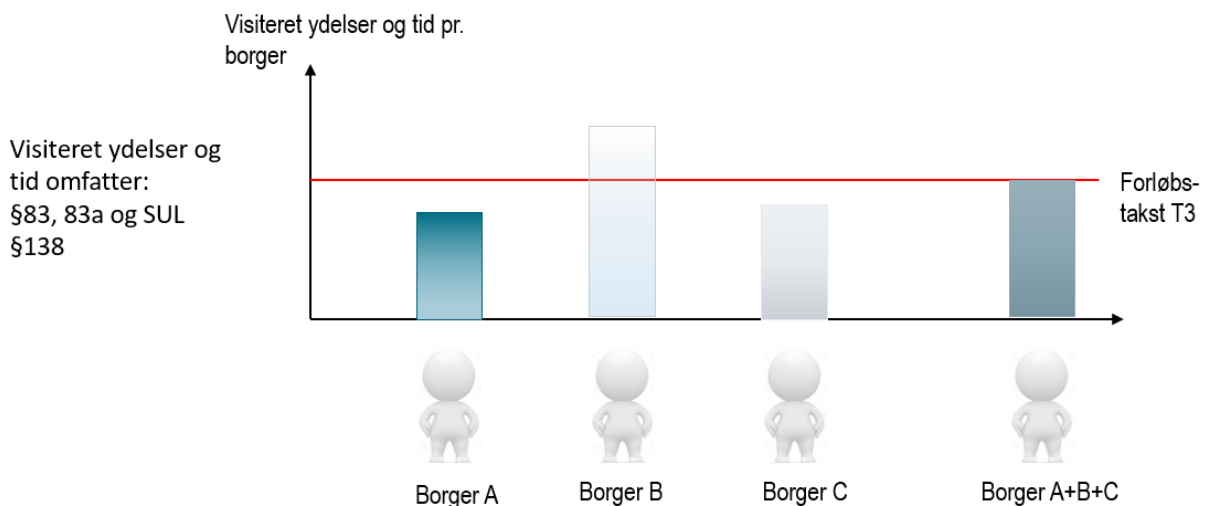
10. Fastlæggelse af typer af forløbstakster

I fastlæggelsen af forløbstaksterne skal der ske en opdeling af borger i grupper (udviklingsborgere, stabiliseringsborgere og borgere, der kun modtager kort sygepleje).

Forløbstakster kan herefter beregnes som et gennemsnit for alle borgerne inden for hver gruppe. Det sker med afsæt i data fra kommunens omsorgssystem.

For borgerne, der placeres i de forskellige takstkategorier, beregnes en gennemsnitlig omkostning pr. borger. Omkostningen dækker alle de ydelser, der tilbydes af plejeteamet. I figur 11 er illustreret, hvordan ydelser og tid (niveauer) understøtter gennemsnitlig omkostning pr. borger.

Figur 11. Dannelse af en gennemsnitlig omkostning til en forløbstakst.



Når bevillingsperioden for en forløbstakst udløber skal der ske en revisitation. For alle borgere sker det med afsæt i en opfølgning på deres faktiske ydelsesniveau, dvs. hvor meget tid hhv. hvor mange besøg som borgeren modtager. Der følges samtidig op på andre effektmål (kvalitative og kvantitative).

Den økonomiske effektopfølgning på tid forudsætter, at plejeteamet løbende tilpasser den tid, som borgeren modtager i omsorgssystemet, så den svarer til den faktiske tid (på de forskellige ydelser).

For borgere, der er vurderet til at have et udviklingspotentiale, er det udgangspunktet, at der automatisk skal ske et fald i takstniveau (eller at behovet for hjælp helt falder bort). Dette sker dog i praksis efter en individuel vurdering fra myndighed i en tæt dialog med plejeteamet og borgeren.

For borgere, der er vurderet til at have et stabiliseringspotentiale, er udgangspunktet, at takstniveauet for forløbstaksten fastholdes. Dette sker dog efter en individuel vurdering fra myndighed ved bevillingsperiodens udløb (typisk efter 6 mdr.) i en tæt dialog med teamet og borgeren.

For borgere, der er vurderet til at have et kompleks plejebenhov, er udgangspunktet, at takstniveauet revurderes efter behov.

11. Beregning af forløbstakster

Grundlaget for beregningen af forløbstakster tager udgangspunkt i grundlag for beregningen af timetakster, som eksisterer for hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, dvs. typisk de interne takster, der anvendes i den aktivitetsbaserede afregning, parallelt med fritvalgstaksterne i kommunen.

Det betyder, at taksten typisk dækker de personalerelaterede omkostninger – løn og lønrelaterede omkostninger (hale-ydelser) og andre personaleudgifter. Lønomkostninger er i denne forbindelse såvel omkostninger vedrørende eget personale og eksternt personale (vikarer).

Øvrige variable udgifter (eks. kørsel, IT/telefon) og faste omkostninger kan med fordel indgå i et fast rammebudget for hvert plejeteam.

Forløbstaksten (T) sammensættes af udgifter til:

$T = \text{timetakst} * \text{antal timer}$

Timetakst = vægtet gennemsnit af lønomkostningerne pr. time for faggrupperne i teamet

Antal timer = det samlede timetal (visiteret) for borgere i den samlede forløbsvarighed (eks. 3 måneder) = timer til § 83+ timer til sygepleje, SUL § 138 + timer til § 83a.

I grundlaget for antal timer kan der indarbejdes en reduktion omkring timer til sygepleje, hvis der er en forudsætning/mål om flytning af borgere/sygeplejeopgaver til sygeplejeklinikker.

Overhead er del af de faste omkostninger og indgår i det faste budget til plejeteamet.

Timetaksten

I beregningen af timetaksten ligger der en række forudsætninger. Der kan eksempelvis nævnes:

- Løn
- Ferie, feriefridage, omsorgsdage og helligdage
- BTP-tid
- Medarbejdersammensætning (SSA/SSH/Sygepleje/terapeut) – hvad kræver forløbet af medarbejderkompetencer
- Sygefravær
- Dokumentation
- Vikardækning ved ferie, sygdom mv.

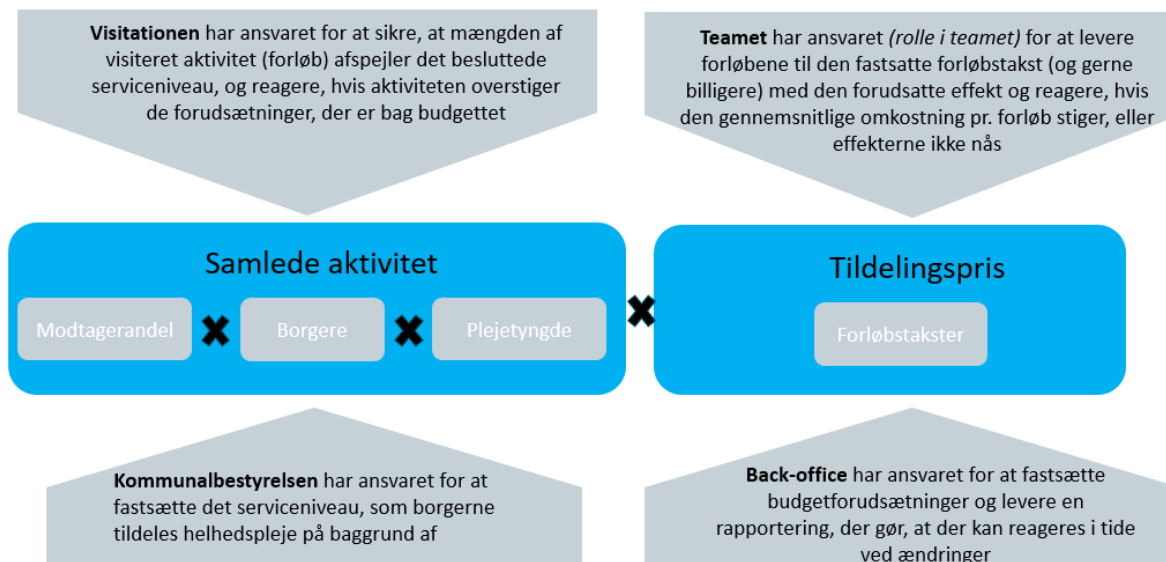
12. Budgetansvar i den progressionsbaserede styringsmodel

I figur 12 er der et overblik over de forskellige ansvarsroller, der følger med den progressionsbaserede styringsmodel.

Ansvarer i modellen er overordnet:

- Kommunalbestyrelsen beslutter serviceniveauet (omfang og adgang) og en økonomi, der er nødvendig for at levere serviceniveauet.
- Plejeteamet har ansvaret for at levere ydelser og mål med afsæt i de forløbstakster, der tildeles borgerne.
- Visitationen har ansvaret for, at det politisk bestemte serviceniveau overholdes, herunder at gennemføre førstegangsvisitation og revisitation, hvor borgeren indplaceres på typen af takst (udviklingsborger, stabiliseringsborger, individuel borger eller kort sygepleje) og takstniveauet.
- Back office understøtter kommunalbestyrelsen med de budgetforudsætninger, der gør, at den afsatte økonomi og det besluttede serviceniveau (omfang og adgang) hænger sammen, og stiller et styringscockpit til rådighed for plejeteamet (inkl. visitation).

Figur 12. Illustration af budgetansvaret fordelt på de forskellige interessenter.



Den progressionsbaserede styringsmodel understøtter, at man kan implementere en ændring af ansvaret for overholdelse af økonomien i det daglige. Ændring i ansvaret fra en traditionel økonomistyringstankegang, hvor det er lederen, der har ansvaret, til en tankegang, hvor det er plejeteamet, der har ansvaret. Hvor stort ansvaret er, afhænger af, hvilket selvstyringsniveau

plejeteamet agerer på. Hvis plejeteamet agerer på et selvtilrettelæggende eller et selvstyrende niveau, får plejeteamet tildelt et ansvar som illustreret i figur 13 nedenfor.

Figur 13. Ændring i ansvaret før og efter faste selvstyrende teams.

Før selvtilrettelæggende og styrende teams

- Økonomi: Ansvar hos lederen
- Tid på ydelser: Ansvar hos visitator
- Borgerens ydelser: Ansvar hos visitator
- Borgerens samlede forløb: Ansvar hos visitator og terapeut

Med selvtilrettelæggende og styrende teams

- Økonomi: Medansvar hos teamet
- Tid på ydelser: Medansvar hos teamet i dialog med visitator
- Borgerens ydelser: Medansvar hos teamet i dialog med visitator
- Borgerens samlede forløb: Fælles ansvar hos teamet, visitator og terapeut

13. Den daglige styring i plejeteamet













For at understøtte, at det faste plejeteam kan varetage deres ansvar, skal teamet understøttes med driftsnær og handlingsorienteret ledelsesinformation. Derfor kan der udvikles et styringscockpit, som sikrer, at plejeteamet agerer på fakta gennem de viste data i styringscockpittet.

Teamets styringscockpit skal afspejle de mål, der er sat for plejeteamet. Data i styringscockpittet vil derfor variere, alt efter hvilket serviceniveau kommunalbestyrelsen fastsætter.

Neden for er et eksempel på et styringscockpit, der har fokus på:

- Kontinuitet hos borgerne
- Økonomi, overholdelse af budgettet
- Medarbejdertrivsel
- Borgertrivsel
- Borgereffekt, progression.

Figur 14. Eksempel på et styringscockpit til det faste team.

	Indikator	Status	Udvikling	Forklaring
	Kontinuitet	Yellow	Green	Gennemsnitlig antal medarbejdere, der kommer hos borgerne
	Borgertrivsel	Green	Yellow	Borgerens egen vurdering af plejen ift. eks. oplevet kontinuitet og selvbestemmelse
	Medarbejdertrivsel	Green	Yellow	Medarbejdernes egen vurdering ift. oplevet arbejdsglæde og indflydelse på egen arbejdsdag
	BTP-procent	Yellow	Yellow	Andel af tid brugt hos borgerne for teamets faste medarbejdere og vikarer
	Belægningsprocent (eget personale)	Yellow	Green	Andel af tid der er anvendt og planlægges anvendt hos borgerne, for eget fast personale
	Vikarforbrug (Andel af andet personale)	Yellow	Red	Vikartimer som teamet har anvendt
	Sygefravær	Red	Yellow	Teamets sygefravær i dage
	Visiterede/planlagte og leverede timer	Yellow	Yellow	Udvikling i antal timer, som teamet skal levere og har leveret
	Indtægter og udgifter	Yellow	Yellow	Balance mellem teamets indtægter fra takster og udgifter til bl.a. løn og vikarer
	Udviklingsborgere – forbedring af tilstande og reduktion i tid	Green	Green	Effekt fra fokuseret rehabilitering af borgerne i denne gruppe
	Vedligeholdende borgere - vedligeholde tilstande og af tid	Green	Green	Effekt fra hverdagsrehabilitering af borgerne i denne gruppe
	Let sygepleje - afsluttede forløb	Green	Yellow	Effekt fra behandlingsforløb af borgerne i denne gruppe

Styringscockpittet opdateres månedligt (af back office) og formidles til det faste teams med forslag til handlinger, der kan bringe team fra rødt til gult eller fra gult til grønt. Styringscockpittet er således fundamentet og forudsætningen for, at teamet har overblik over, om de når de målsætninger, der er fastlagt for teamet.

14. Implementering

Modellens implementering forudsætter, at der udvikles og implementeres en række værktøjer.

De omfatter bl.a.:

- En samlet model for udregning af de forskellige takster.
- Et økonomistyringsværktøj, hvor der månedligt kan ske en opdatering af, hvilke borgere der er knyttet til hvert plejeteam, hvilket forløb borgeren er på, og hvilken takst borgeren er tildelt. Dette sker typisk i et regneark.
- Et styringscockpit, hvor der kan gives ledelsesinformation til plejeteamet og til ledelsen.
- En opbygning af kontoplan og regnskabspraksis, der overholder indenrigsministeriets krav til kontering af de forskellige udgiftskategorier bl.a. fordelingen på hhv. hjemmepleje og hjemmesygepleje. Dette bliver vigtigt da forløbstaksterne både indeholder betaling for SEL § 83 (hjemmepleje) og SUL § 138 (sygepleje).
- En ny ydelsesmodel, der understøtter et øget decentralt besluthningsrum i plejeteamet.
- Et samlet kompetenceudviklingsprogram, der kan understøtte de nye roller og ansvar, der skal varetages af hhv. visitation, i plejeteamet og i back office samt hos ledelsen.

Om Profekto

Profekto har en stor værktøjskasse, som kan hjælpe din organisation til at udvikle en strategi og designe den organisering og styring, som understøtter den effekt, som I gerne vil opnå. Vi kan levere implementeringskraft og konkret viden om de værktøjer, der kan understøtte jeres nye styringsmodel.

Vi kan hjælpe med at overføre viden til jeres organisation og understøtte jeres forandringsprojekt, så I opnår størst muligt effekt med afsæt i den ramme, der er besluttet for jeres arbejde med en ændring af plejen. Vi benytter os af moderne inddragelses- og designprincipper.

Du kan læse mere om os og om implementering og understøttelse af faste selvstyrende teams i plejen på www.Profekto.dk.