

Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje

Inspiration til kommunerne



Camilla T. Dalsgaard, Søren K. Foged og Kasper Lemvigh

Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje – Inspiration til kommunerne

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-962-8

Arkivfoto: Ole Bo Jensen/VIVE

Projekt: 301651/301708

Finansiering: Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem KL og regeringen

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem regeringen og KL har bedt VIVE om at udarbejde en analyse af kommunernes økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje. Analysen er den ottende i rækken af analyser, som udgør et samlet analyseprogram igangsat af partnerskabet.¹

Formålet med analysen er at inspirere kommunerne til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomiske styring af den kommunalt leverede sygepleje. Analysens resultater henvender sig bl.a. til økonomidirektører, økonomichefer samt fagchefer og ledere på sygeplejeområdet i kommunerne.

Vi vil gerne takke de fem kommuner – Favrskov, Holstebro, Næstved, Sønderborg og Aabenraa – som har deltaget i projektet. Deres velvillige deltagelse og store engagement har været en forudsætning for rapportens tilblivelse. VIVE er alene ansvarlig for analysens konklusioner.

Rapporten er udarbejdet af projektchef Camilla T. Dalsgaard, chefanalytiker Kasper Lemvig og senioranalytiker Søren Kjær Foged.

Ulrik Hvidman

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse
2021

¹ De syv tidligere udgivelser i analyseprogrammet om kommunal økonomistyring er: Kjærgaard et al. (2017); Nørgaard et al. (2018a); Nørgaard et al. (2018b); Kjærgaard et al. (2018), Dalsgaard et al. (2019), Dalsgaard et al. (2020a), Dalsgaard et al. (2020b).

Indhold

Sammenfatning.....	5
1 Baggrund, formål og metode.....	15
1.1 Formål og undersøgelsesspørgsmål	16
1.2 Analysedesign og metode	16
2 Strategi for økonomisk styring af sygeplejeområdet	22
2.1 Konklusioner	22
2.2 Pejlemærker for den økonomiske styring af sygeplejen.....	23
2.3 Arbejdet med øget anvendelse af sygeplejeklinik	29
3 Organisering af sygeplejeområdet	32
3.1 Konklusioner	32
3.2 Overordnet organisering af sygeplejeområdet	34
3.3 Organisering af udekørende sygepleje i relation til hjemmeplejen	39
3.4 Organisering af sygeplejeklinikker	44
3.5 Organisering af akutfunktionen	46
4 Økonomiske styringsmodeller	54
4.1 Konklusioner	54
4.2 Beskrivelse af økonomiske styringsmodeller.....	55
4.3 Ressourcetildeling til udekørende sygepleje	57
4.4 Afregningsmodel for overdragede sygeplejeydelser	61
4.5 Ressourcetildeling til sygeplejeklinikker	65
4.6 Ressourcetildeling til akutfunktionen	67
5 Budgetlægning og budgetansvar	71
5.1 Konklusioner	72
5.2 Tilpasning af sygeplejens budget og demografiregulering	73
5.3 Arbejdet med konkrete effektiviserings tiltag	77
5.4 Disponering af sygeplejebudgettet	80
5.5 Placering og håndtering af budgetansvar	83
6 Visitation og opfølgning.....	87
6.1 Konklusioner	87
6.2 Organisering af visitation til sygepleje	89
6.3 Proces for visitation til sygepleje.....	97
6.4 Opfølgning på borgeres ydelser	104
7 Budgetopfølgning og løbende ressourcestyring	109
7.1 Konklusioner	109
7.2 Budgetopfølgningsproces	110
7.3 Budgetopfølgningernes indhold	113
7.4 Løbende ressourcestyring	124
7.5 Afvigeforklaringer og korrigerende handlinger.....	126
Litteratur.....	129
Bilag 1 Uddybende om analysedesign, metode og data	131

Sammenfatning

Denne analyse har til formål at inspirere kommunerne til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje. Analysen har fokus på den udekørende sygepleje, overdraget sygepleje, sygeplejeklinikker og akutfunktion. Afgrænsningen af kommunal sygepleje kan ses i boksen nedenfor.

Kommunal sygepleje i analysen

Kommunal sygepleje: Kommunerne skal i henhold til sundhedslovens § 138 yde vederlagsfri sygepleje til personer med ophold i kommunen. Formålet med kommunal sygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det.

Afgræsning af kommunal sygepleje: Analysen fokuserer på den kommunale sygepleje, som leveres af den udekørende sygepleje, hjemmeplejen (overdragede sygeplejeydelser), sygeplejeklinikker og akutfunktioner.

Udgifter til sygepleje udgør lidt over 10 % af kommunernes samlede udgifter til ældreområdet, der i 2020 var omtrent 50 mia. kr.² De kommunale sygeplejeudgifter steg med ca. 40 % fra 2013 til 2020 i faste priser.³ Den potentielle gruppe af modtagere af kommunal sygepleje vil vokse i de kommende år, når der kommer flere ældre borgere i kommunerne. Desuden får kommunerne nye, flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver i sygeplejen.

På den baggrund har Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem KL og regeringen bedt VIVE udarbejde denne analyse af kommunernes praksis vedrørende den økonomiske styring af kommunal sygepleje. Fem kommuner har deltaget i analysen: Favrskov, Holstebro, Næstved, Sønderborg og Aabenraa Kommuner. Datagrundlaget for analysen består af dokumenter fra deltagerkommunerne, interview med en række aktører i kommunerne samt en afsluttende workshop med alle fem deltagerkommuner.

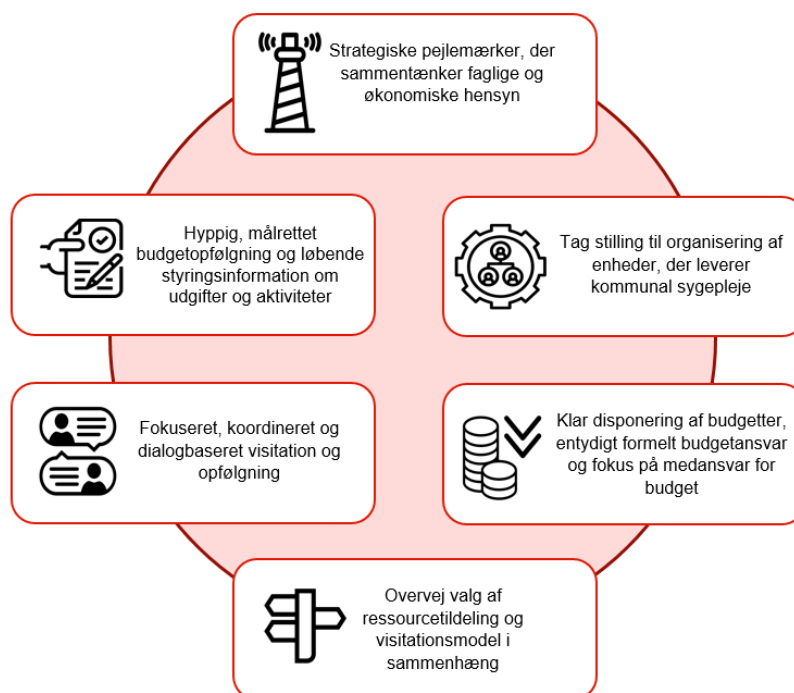
Seks centrale fokuspunkter for økonomisk styring af kommunal sygepleje

Analysen peger på seks fokuspunkter, der er centrale for kommunernes økonomiske styring af sygeplejen. Fokuspunkterne fremgår af Figur 1 og uddybes nedenfor.

² Udgifterne er her afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.30.26, 5.30.27, 5.30.28, 5.30.29, 5.30.31, 5.30.36, 5.22.07 samt 4.62.82. Afgrænsningen følger ECO Nøgletal (dog tillagt udgifter til genoptræning).

³ Fra 2013 til 2017 er udgifter til sygepleje, afgrænset ved 5.32.32 gr. 004 (hjemmesygepleje), tillagt udgifter konteret på 5.32.32, gr. 200 og 999, svarende til den andel, hjemmesygepleje udgør af de samlede udgifter på 5.32.32. Fra 2018 til 2020 er udgifter afgrænset ved 5.30.28 (hjemmesygepleje). I opgørelsen af udgiftsudviklingen fra 2013 til 2020 skal der således tages forbehold for usikkerhed forbundet med forskellig opgørelsesmetode før og efter kontoplansændringen i 2018.

Figur 1. Seks fokuspunkter for økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje



De seks fokuspunkter skal forstås som en helhed og dermed som sammenhængende elementer, der påvirker hinanden. En kommunes samlede økonomiske styring af kommunal sygepleje udgøres derfor af samspillet mellem og kombinationen af fokuspunkternes forskellige styringselementer. Derfor er det også vanskeligt at udpege den bedste måde at tilrettelægge ét element på uden at se elementerne i sammenhæng med hinanden.



Fokuspunkt 1: Strategiske pejlemærker, der sammentænker faglige og økonomiske hensyn

Deltagerkommunernes erfaringer peger på, at det er væsentligt for den økonomiske styring af kommunal sygepleje at følge strategiske pejlemærker, der sammentænker sygeplejefaglige og økonomiske hensyn. En række elementer i deltagerkommunernes strategier kan være relevante for andre kommuner at overveje. Deltagerkommunerne fremhæver især tre strategiske pejlemærker, der sammentænker den økonomiske og sygeplejefaglige styring af sygeplejeområdet:

- **LEON-princippet⁴:** Kommunen leverer sygepleje på det laveste effektive omkostningsniveau. Det gælder både i forhold til leveringssted (fx klinik eller eget hjem), organisatorisk enhed (fx sygeplejen eller hjemmeplejen) og medarbejdere (fx sygeplejersker eller social- og sundhedsmedarbejdere).
- **En rehabiliterende tilgang:** Kommunen hjælper borgeren til at blive mere selvhjulpne og få mindre brug for kommunal sygepleje. Det kan både have faglig værdi for den enkelte borger og være en økonomisk gevinst for kommunen.

⁴ LEON-princippet står for, at indsatser tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau (forkortet LEON).

- **En helhedsorienteret tilgang:** Tilgangen sikrer sammenhæng mellem de forskellige sygeplejefaglige og evt. andre kommunale indsatser til borgeren. Det kan reducere dobbeltarbejde og unødvendig koordination på tværs af det kommunale ældre- og sundhedsområde.

Analysen viser, at kommunerne med fordel kan arbejde målrettet med at øge brugen af sygeplejeklinikker for at forbedre produktiviteten i sygeplejen. I udmøntningen af dette arbejde kan kommunen med fordel sætte en økonomisk og faglig velbegrundet målsætning for klinik anvendelsen, der er forankret politisk. Man kan i den forbindelse med fordel overveje, om målsætningen skal konkretiseres i form af et måltal, ligesom man med fordel kan følge systematisk op på graden af klinik anvendelse, fx via styringsinformation om antal borgere eller sygeplejetimer leveret i klinik.



Fokuspunkt 2: Tag stilling til organisering af enheder, der leverer kommunal sygepleje

Organisering skaber ikke i sig selv en bestemt styringspraksis, men kan understøtte en sådan praksis sammen med øvrige styringsprocesser, fx ressourcetildeling, budgetopfølgning mv. Analysen har set på kommunernes ledelsesmodel på sygeplejeområdet, organiseringen af den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen samt organiseringen af sygeplejeklinikker og akutfunktion. Boksen nedenfor beskriver de ledelsesniveauer på sygeplejeområdet, der anvendes i analysen.

Ledelsesniveauer i analysen

Ledelsesniveau 1: Den kommunale chef, der har overordnet budgetansvar for sygeplejen, og som typisk er placeret lige under direktørniveauet. Betegnes i analysen også som fagchefen.

Ledelsesniveau 2: Den eller de ledere på sygeplejeområdet på niveauet lige under fagchefen. Betegnes i analysen som også som områdelederen eller distriktslederne.

Ledelsesniveau 3: Lederne på sygeplejeområdet lige under ledelsesniveau 2. Betegnes i analysen også som teamledere.

I deltagerkommunerne er der to **ledelsesmodeller** på niveau 2 (niveauet under fagchefen): en enhedsmodel og en distriktsmodel. De to modeller har hver deres fordele og ulemper i forhold til den økonomiske styring.

I en **enhedsmodel** er der én budgetansvarlig områdeleder på niveau 2 og en række ledere på niveau 3. Enhedsmodellen kan understøtte en samlet økonomisk styring og modvirke økonomisk suboptimering. Modellen indebærer dog en risiko for, at decentrale ledere ikke bliver gjort ansvarlige i den økonomiske styring, og at lederen på niveau 2 er langt fra driften. Det kan man eksempelvis håndtere ved at give decentrale ledere økonomisk ansvar for deres egen budgetramme og ved at holde fælles budgetopfølgingsmøder.

I en **distriktsmodel** er der to eller flere budgetansvarlige distriktsledere på niveau 2 og en række ledere på niveau 3. Distriktsmodellen kan understøtte økonomisk ansvarlighed i de enkelte distrikter, men indebærer også en risiko for økonomisk suboptimering, hvor faglige ledere ikke har blik for hele sygeplejens økonomi. Det kan man bl.a. søge at kompensere for ved at have fællesmøder på tværs af distrikter i budgetopfølgningen.

Læs mere om ledelsesmodellen i den udekørende sygepleje i rapportens afsnit 3.2.

Organisering af udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen. I de fem deltagerkommuner er der tre forskellige modeller:

1. **Fuldt adskilt model:** Sygeplejen og hjemmeplejen er adskilt i både ledelsesniveau 2 og 3.
2. **Delvist samorganiseret og delvist adskilt model:** Sygeplejen og hjemmeplejen er samorganiseret på ledelsesniveau 2, men adskilt på niveau 3.
3. **Fuldt samorganiseret model:** Sygeplejen og hjemmeplejen er samorganiseret i både ledelsesniveau 2 og 3.

Også disse organiseringsmodeller har hver deres fordele og ulemper i forhold til at understøtte nogle centrale hensyn i den økonomiske styring af sygeplejen.

En fuldt eller delvist adskilt model giver gode vilkår for et fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling. Modellen indebærer dog en risiko for en mindre effektiv udnyttelse af personaleressourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen og kan, sammenlignet med en fuld samorganiseret model, give mindre gunstige betingelser for det tværfaglige samarbejde mellem medarbejdergrupper i syge- og hjemmeplejen. Det kan man fx søge at kompensere for ved at have særligt fokus på overdragelse af sygeplejeydelser. Man kan også have en fast praksis for tværfaglige møder mellem syge- og hjemmeplejen.

En fuldt samorganiseret model kan i særlig grad understøtte det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og sygepleje. Modellen kan dog indebære en risiko for mindre fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling. Den risiko kan kommunerne fx nedbringe gennem kompetenceudvikling og ifølge nogle deltagerkommuner ved en praksis for monofaglige møder blandt sygeplejerskerne.

Endelig kan både en fuldt og en delvist samorganiseret model understøtte en effektiv anvendelse af personaleressourcer på tværs af sygepleje og hjemmepleje. Det kan blandt andet ske ved, at den budgetansvarlige leder foretager samlede prioriteringer af personaleressourcerne på tværs af faggrupperne.

[Læs mere om organisering af den udekørende sygepleje i relation til hjemmeplejen i rapportens afsnit 3.3.](#)

Organisering af sygeplejeklinikker. I deltagerkommunerne er der to modeller for organisering af sygeplejeklinikker: en decentral model og en kombinationsmodel. I begge modeller er et antal mindre sygeplejeklinikker forankret i de udekørende sygeplejeteams. Kombinationsmodellen har derudover en eller flere større klinikker, som er forankret centralt hos lederen af akutfunktionen.

Analysen peger på nogle centrale spørgsmål, som det kan være relevant for kommunerne at tage stilling til i relation til deres organisering af sygeplejeklinikker: Under hvilken leder og budgetramme skal sygeplejeklinikkerne være forankret? Hvor mange og hvor store sygeplejeklinikker skal der være i kommunen? Hvilke medarbejdergrupper skal bemande klinikkerne?

[Læs mere om organisering af sygeplejeklinikker i rapportens afsnit 3.4.](#)

Organisering af kommunens akutfunktion. Deltagerkommunerne har forskellige måder at organisere akutfunktionen på. Centralt er valget af, om den udekørende akutsygepleje bliver varetaget af et særskilt akutteam eller er integreret i den almindelige udekørende sygepleje.

Det samme gælder valget af, om kommunerne vil have særskilte akutpladser eller ej og i givet fald hvor mange. Forskellige organisatoriske valg har hver deres fordele og ulemper i relation til den økonomiske styring.

Analysen viser, at deltagerkommunerne har to centrale hensyn i organiseringen af den udekørende akutsygepleje. Det ene hensyn er at understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje for dermed at bidrage til bedre forløb og begrænse unødvendige sygehusindlæggelser. Det andet hensyn er at sikre en høj kapacitetsudnyttelse i akutsygeplejen.

En model med et særskilt udekørende akutteam kan understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje. Dog kan særskilte akutteams indebære mindre gunstige betingelser for en høj kapacitetsudnyttelse i akutsygeplejen. Denne problemstilling kan kommunerne fx forsøge at håndtere ved at samorganisere akutteam og akutpladser. Kommunerne kan også have en systematiseret praksis for at lade akutteamet hjælpe til i den udekørende sygepleje, når medarbejdere i akutteamet har tid.

En model, hvor den udekørende akutsygepleje er integreret i den almindelige udekørende sygepleje kan understøtte kapacitetsudnyttelsen. Dog kan denne organisering indebære mindre gunstige betingelser for specialisering i akutsygepleje. Sidstnævnte kan kommunen fx søge at imødekomme ved systematisk kompetenceudvikling.

Endelig peger analysen i retning af, at en fordel for den økonomiske styring ved akutpladser er, at akutpladserne ifølge nogle deltagerkommuner kan bidrage til at undgå dyre forløb i borgerens hjem samt hospitalsindlæggelser, fordi borgeren kan stabiliseres på en akutplads. Omvendt er det en ulempe, at akutpladserne kan være relativt dyre sammenlignet med indsatser i borgerens hjem.

Læs mere om organisering af akutfunktioner i rapportens afsnit 3.5.



Fokuspunkt 3: Klar disponering af budgetter, entydigt formelt budgetansvar og fokus på medansvar for budget

I budgetlægningen kan kommunerne med fordel tage stilling til håndtering af de forventede budgetmæssige konsekvenser, som et stigende antal ældre borgere kan have for den kommunale sygepleje. Det kan kommunerne gøre løbende efter en konkret vurdering eller ved at anvende en demografimodel, der omfatter sygeplejen, som grundlag for en stillingtagen til en eventuel regulering af budgettet.

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan systematisere deres arbejde med at udvikle effektiviseringstiltag. Det kan de bl.a. gøre ved med jævne mellemrum at gennemføre større og mindre analyser af sygeplejeområdet i budgetprocessen. De kan desuden løbende have fokus på at optimere driften og derved udvikle tiltag, der kan føde ind i budgetprocessen.

En klar disponering af sygeplejens budget på underområder og driftsenheder kan give driftslederne et godt grundlag for den løbende økonomiske styring. Disponeringen kan bestå af forudsatte udgiftsrammer eller af forudsætninger om aktivitet og produktivitet. Hvis man disponerer budgettet efter forudsætninger om aktivitet (fx visiterede timer) og produktivitet (fx timepris) kan det også bidrage til gennemsigtighed i den politiske styringskæde, da det kan tydeliggøres, hvad eksempelvis en ændring af serviceniveauet eller en effektivisering har af budgetmæssige konsekvenser.

Kommunerne kan med fordel have en entydig placering af det formelle budgetansvar, så det er klart, hvem der har ansvar for, at et budget eller delbudget overholdes, og pligt til at tage initiativ til at rette op, hvis der konstateres problemer i løbet af året. I alle deltagerkommuner ligger det formelle ansvar for driftsbudgetterne på ledelsesniveau 2. Derudover kan kommunerne med fordel arbejde for at understøtte en høj grad af økonomisk ansvarlighed hos lederne på niveauet under de formelt budgetansvarlige (ledelsesniveau 3). En oplevelse af økonomisk medansvar på ledelsesniveau 3 kan bidrage til udgiftsstyring og budgetoverholdelse i sygeplejen. Det kan styrke den økonomiske ansvarsfølelse hos lederne på niveau 3 at gøre dem ansvarlige for individuelle og afgrænsede økonomiske delrammer og dermed medansvarlige for at overholde det samlede sygeplejebudget.

Læs mere om placering af formelt budgetansvar og fokus på økonomisk medansvar i rapportens afsnit 5.5.



Fokuspunkt 4: Overvej valg af ressourcetildeling og visitationsmodel i sammenhæng

4 ud af 5 deltagerkommuner har en rammebaseret tildelingsmodel for **den udekørende sygepleje**, kombineret med en decentral visitationsmodel. Én deltagerkommune har en aktivitetsbaseret tildelingsmodel for sygeplejen, kombineret med en central visitationsmodel. Se også sammenfatningens fokuspunkt 5 om visitationsmodeller. Det er ikke muligt at pege på den mest fordelagtige ressourcetildelingsmodel for den udekørende sygepleje, da begge har fordele og ulemper:

En rammebaseret tildelingsmodel understøtter en fast dimensionering af sygeplejen. Med modellen er der dog behov for, at kommunen er særligt opmærksom på, om der er et rimeligt forhold mellem rammens størrelse og aktivitetsniveauet.

En aktivitetsbaseret tildelingsmodel understøtter, at afregningen følger aktiviteten. Med modellen er der dog behov for, at kommunen er særligt opmærksom på, at myndighed og udførere følger op på borgeres ydelser, så der er sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen – og dermed afregningen.

Analysen viser, at kommunerne med fordel kan kombinere ressourcetildelingen til den udekørende sygepleje med data om aktiviteter og produktivitet. For en rammebaseret tildelingsmodel kan data om aktiviteter og produktivitet understøtte arbejdet med at sikre, at gennemsnitsomkostningen pr. ydelse ikke bliver for høj, men at det samtidig er muligt at løse mængden af opgaver inden for rammen. For en aktivitetsbaseret tildelingsmodel kan data om aktiviteter og produktivitet være med til at sikre, at aktivitetsafregningen er passende. Se også sammenfatningens fokuspunkt 6 om budgetopfølgning og styringsinformation.

Læs mere om ressourcetildeling til den udekørende sygepleje og sammenhængen til visitationsmodellen i rapportens afsnit 4.2 og 4.3.

Alle fem deltagerkommuner aktivitetsafregner hjemmeplejen for **overdragede sygeplejeydelser**. Kommunerne har dog indrettet deres konkrete afregningsmodeller forskelligt, hvilket indebærer forskellige incitamenter. Det er ifølge analysen væsentligt at gennemtænke de incitamenter, der knytter sig til forskellige afregningsmodeller for overdraget sygepleje.

For kommuner med decentral visitation og rammestyret sygepleje er det afgørende, om afregningen sker fra sygeplejens budget eller myndighedsbudgettet. Hvis afregningen sker fra sygeplejens budget, er de økonomiske konsekvenser af overdragelse synlige og mærkbare for

sygeplejen. Det reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen og skaber dermed behov for løbende fokus på, om der sker et tilstrækkeligt niveau af overdragelse. Hvis afregningen sker fra myndighedsbudgettet, er de økonomiske konsekvenser ved at overdrage mindre synlige og mærkbare for sygeplejen, hvilket øger incitamentet for sygeplejen til at overdrage ydelser. Afregning fra myndighedsbudgettet kan også reducere sygeplejens incitament til at følge op på overdragede sygeplejeydelser og gøre det sværere for myndighed at styre ressourcerne. Derfor er der behov for fokus på opfølgning på de overdragede sygeplejeindsatser samt på, om niveauet af overdragede sygeplejeydelser udfordrer overholdelsen af myndighedsbudgettet.

For kommuner med central visitation og aktivitetsfinansieret sygepleje har driftslederne et økonomisk incitament til at placere opgaver hos den medarbejdergruppe, hvor ydelsen kan leveres på det lavest mulige omkostningsniveau. Disse kommuner kan med fordel opgøre og følge niveauet af overdraget sygepleje.

Læs mere om afregningsmodeller for overdraget sygepleje, herunder incitamenter, i rapportens afsnit 4.4.

Analysen peger endvidere på, at kommunerne med fordel kan overveje, hvordan ressourcefordelingsmodellen for **sygeplejeklinikker** kan understøtte en øget klinikanvendelse. Kommunerne kan her med fordel tage stilling til placeringen af budgettet: Skal budgettet til sygeplejeklinikker være en del af den udekørende sygeplejeramme, skal klinikkerne have en særskilt budgetramme, eller skal man kombinere de to modeller? Vælger man som kommune at tildele en eller flere klinikker en særskilt budgetramme, er det relevant at tage stilling til, om der skal være en intern afregning eller ej, når den udekørende sygepleje henviser borgere til disse klinikker.

Læs mere om ressourcefordeling til sygeplejeklinikker i rapportens afsnit 4.5.

Analysen viser, at der i deltagerkommunerne findes to modeller for ressourcefordeling til den **udekørende akutsygepleje**:

- Model 1: udekørende akutsygepleje i akutteam med fast, særskilt budgetramme.
- Model 2: udekørende akutsygepleje organisatorisk og økonomisk integreret del af den udekørende sygepleje med en samlet, aktivitetsbaseret ressourcefordeling.

Analysen peger på, at Model 1 understøtter muligheden for altid at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje. Modellen skaber dog behov for at være særligt opmærksom på at sikre et tilstrækkeligt aktivitetsniveau inden for rammen.

Model 2 understøtter kapacitetsudnyttelsen for den samlede sygepleje. Omvendt skaber modellen behov for at sikre tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje.

Blandt de tre deltagerkommuner, der har akutpladser, findes også to modeller for ressourcefordelingen til **akutpladser**: rammefinansierede akutpladser og aktivitetsfinansierede akutpladser baseret på belægning. Ved rammefinansiering af akutpladserne er der et særligt behov for sikre en god kapacitetsudnyttelse. Aktivitetsfinansiering af akutpladser kan skabe et behov for at tilpasse personaleressourcer det aktivitetsbestemte budget.

Læs mere om ressourcefordeling til den udekørende akutsygepleje og akutpladser i rapportens afsnit 4.6.



Fokuspunkt 5: Fokuseret, koordineret og dialogbaseret visitation og opfølgning

De fem deltagerkommuner anvender følgende modeller for visitation til sygepleje:

- **Model 1 – Decentral visitation med decentraliseret tildeling:** De udførende medarbejdere i sygeplejen er selvvisiterende.
- **Model 2 – Decentral visitation med centraliseret tildeling:** Visitation foretages af sygeplejefaglige koordinører i samarbejde med de udførende medarbejdere i sygeplejen.
- **Model 3 – Central visitation:** Visitationskompetencen er placeret i myndighedsenhed.

Der kan ikke ud fra analysen peges på den mest fordelagtige visitationsmodel. De tre visitationsmodeller har hver deres fordele og ulemper i forhold til at imødekomme en række hensyn med betydning for den økonomiske styring. Disse hensyn er at:

1. understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse hos udførende medarbejdere i sygeplejen
2. minimere administrativt arbejde i forbindelse med visitation til indsatser
3. understøtte sammenhæng mellem borgerens behov og den visiterede indsats
4. understøtte ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i praksis
5. understøtte god udnyttelse af udførende personaleressourcer via en effektiv tilrettelæggelse og planlægning af sygeplejeopgaver
6. understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger.

Analysen peger på, at den mest decentraliserede visitationsmodel (Model 1) bedst understøtter hensyn 1), 2) og 3), mens den mest centraliserede visitationsmodel (Model 3) bedst understøtter hensyn 4), 5) og 6). Model 2 kan i nogen grad opnå de samme fordele som Model 1, samtidig med at den i et vist omfang kan understøtte de samme hensyn som Model 3, jf. også nedenfor.

Analysen peger på, at kommuner med Model 1 med fordel kan samle de administrative og planlægningsmæssige opgaver på få medarbejdere, hvilket kan understøtte en effektiv tilrettelæggelse og koordinering af sygeplejeopgaverne samt friholde det udførende personale for forstyrrelser. Desuden tyder analysen på, at man med fordel kan overveje at placere visitationskompetencen hos sygeplejefaglige koordinører, dvs. anvende Model 2. Det kan medvirke til at fremme en ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og en fælles forståelse af udmøntningen af serviceniveauet. Desuden kan det være med til at skabe overblik over den samlede mængde af bevilgede sygeplejeydelser.

Analysen tyder på, at kommuner med Model 3 med fordel kan have fokus på at understøtte en tæt, løbende dialog mellem myndighed og udfører om den enkelte borger, så der sikres sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen. Se også fokuspunkt 6 om opfølgning.

På tværs af visitationsmodeller peger analysen på, at kommunerne med fordel kan have fokus på at udvikle en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet i kommunen udmøntes i praksis – inden for lovgivningens rammer og ud fra en sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov. Det kan fx ske ved at lave et fælles administrations- og styringsgrundlag (fx kvalitetsstandard), samt – i kommuner med Model 2 og 3 – ved dialog mellem visiterende og udførende medarbejdere.

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan udarbejde et skriftligt grundlag for beslutning om overdragelse af sygeplejeydelser til hjemmeplejen, så der er klare rammer for, hvilke ydelser de enkelte faggrupper må udføre. Det kan understøtte udmøntningen af LEON-princippet. Desuden tyder de foreløbige erfaringer fra deltagerkommunerne på, at man med fordel kan udarbejde klare retningslinjer for visitation til sygeplejeklinik. Faste kriterier for henvisning til sygepleje i klinik kan være med til at fremme en ensartet visitationspraksis. Se også sammenfatningens fokuspunkt 1.

Læs mere om visitationsmodeller og visitationsprocesser i rapportens afsnit 6.2 og 6.3.

Ved løbende opfølgning på individuelle borgeres sygeplejeydelser sker der en vurdering af, om igangværende indsatser skal fortsætte, ændres eller afsluttes. Analysen peger på, at det er væsentligt for den økonomiske styring på sygeplejeområdet, at kommunerne prioriterer løbende og systematisk dialog om opfølgning. Det kan være dialog mellem visiterende, koordinerende og udførende medarbejdere, mellem medarbejdere og ledere i sygeplejen eller mellem hjemme- og sygeplejen. I opfølgningen er det væsentligt, at de udførende medarbejdere løbende observerer (Model 1) og eventuelt oplyser visiterende medarbejdere (Model 2 og 3) om ændringer i borgerens tilstand, så den aktuelle indsats kan tages op til overvejelse for at sikre overensstemmelse mellem behov og indsats.

Som supplement til den løbende opfølgning kan kommunerne med fordel prioritere medarbejderressourcer til med jævne mellemrum at foretage særskilte opfølgingsrunder, fx med fokus på bestemte sygeplejeindsatser. Supplerende opfølgingsrunder kan være med til at sikre en bedre sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov for sygepleje og indsatsen. Samtidig skal man være opmærksom på, at det administrative ressourcetræk, som er forbundet med en sådan praksis, står mål med gevinsten af indsatsen.

Læs mere om løbende og supplerende opfølgning i rapportens afsnit 6.4.



Fokuspunkt 6: Hyppig, målrettet budgetopfølgning og løbende styringsinformation om udgifter og aktiviteter

Analysen peger på, at kommuner med fordel kan anvende månedlig budgetopfølgning for fagchefen for sygeplejeområdet og faglige ledere på niveau 2 og 3, som har et ansvar og medsvær for sygeplejens økonomi. Det muliggør, at de tidligt kan opdage og reagere på forventede budgetoverskridelser.

Deltagerkommunernes erfaringer tyder på, at man med fordel kan overveje at foretage fælles budgetopfølgning på tværs af ledere af forskellige enheder i sygeplejen og med deltagelse af fagchefen. Det gælder særligt i perioder, hvor økonomien på området skrider eller er under genopretning. En fælles budgetopfølgning kan understøtte samarbejdet om budgetoverholdelse, herunder etableringen af et medansvar for økonomien på det samlede sygeplejeområde. Se også sammenfatningens fokuspunkt 3.

Læs mere om budgetopfølgningsprocessen i deltagerkommunerne i rapportens afsnit 7.2.

Analysen tyder på, at det er en fordel at målrette styringsinformationen i budgetopfølgningen til forskellige modtagere ud fra, hvilke informationer der er vigtige for hvem:

- Fagchefen har ansvar for det samlede sygeplejebudget. Det er væsentligt for ressourcestyringen, at den månedlige opfølgning til fagchefen er baseret på en pålidelig regnskabsprognose for den samlede sygepleje.
- Udførerlederne på niveau 2 og 3 har ansvar eller medansvar for driftsbudgetterne. Det er væsentligt for styringen af driftsbudgetterne, at den månedlige opfølgning til udførerlederne indeholder et opdateret overblik over økonomien. Det gælder både hidtil realiserede udgifter (og indtægter – for aktivitetsstyrede kommuner) i året og forventninger til udgifter (og indtægter) i resten af året.

Se eksempler på den styringsinformation, som deltagerkommunerne anvender i deres budgetopfølgning og løbende ressourcestyring i rapportens afsnit 7.3 og 7.4.

Hvis man i løbet af året forventer budgetoverskridelser eller underskud i driften, er det ifølge analysen væsentligt, at man har en fast praksis for at identificere forklaringer og iværksætte korrigerende tiltag. Deltagerkommunernes erfaringer viser, at man med fordel kan anvende relevante og målrettede data om aktiviteter og produktivitet i både budgetopfølgningen og den løbende ressourcestyring af sygeplejen. Data om aktiviteter (fx leverede ydelser og klinik anvendelse) og produktivitet (fx timepriser og ATA-tid⁵) kan bidrage til at give tidlige varsler om og finde forklaringer på forventede merforbrug samt hjælpe til at pege på handlemuligheder. Det kan medvirke til at opnå budgetoverholdelse samt understøtte arbejdet for at opnå en høj produktivitet. Se også sammenfatningens fokuspunkt 4.

Læs mere om den løbende ressourcestyring i rapportens afsnit 7.4 samt om afvige forklaringer og korrigerende handlinger i afsnit 7.5.

⁵ ATA-tid betyder ansigt-til-ansigtstid og er et udtryk for andelen af medarbejdernes timer, som anvendes på at levere de tildelte indsatser.

1 Baggrund, formål og metode

Flere generelle udviklinger har betydning for kommunernes økonomiske styring på sygeplejeområdet. Den demografiske udvikling indebærer, at gruppen af ældre borgere vokser og ændrer alderssammensætning. Antallet af 65+-årige stiger generelt – og især vokser gruppen af 80+-årige borgere på landsplan⁶. Derudover får kommunerne nye, flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver, der tidligere blev løst på sygehusene. Dette er en konsekvens af kortere indlæggelsestider og øget ambulant behandling på sygehusene, hvor flere patienter har behov for sygepleje efter endt sygehusbehandling.⁷

Fra 2013 til 2017⁸ steg kommunernes samlede udgifter til ældreområdet med ca. 950 mio. svarende til 2 % (2017-priser). Heraf tegnede de kommunale sygeplejeudgifter sig for størstedelen af stigningen, idet udgifterne til sygepleje steg med ca. 700 mio. kr. fra 3,9 mia. kr. i 2013 til 4,6 mia. kr. i 2017. Dette svarer til en stigning på 18 %. Fra 2018 til 2020 kan det opgøres, at de samlede udgifter til ældreområdet er steget med yderligere ca. 3,1 mia. kr., svarende til en stigning på 7 % (2020-priser). Heraf udgør stigningen for sygepleje i samme periode fra 2018 til 2020 yderligere ca. 700 mio. kr., svarende til en stigning på 14 %.⁹ Ses der på udgiftsudviklingen på det kommunale sygeplejeområde i hele perioden 2013 til 2020 med forbehold for usikkerheden, der knytter sig til kontoplansændringen i 2018, har der været en stigning på ca. 40 % i faste priser¹⁰. Udgiftsudviklingen på sygeplejeområdet skal bl.a. ses i lyset af den demografiske udvikling og opgaveudviklingen, jf. ovenfor. Udviklingerne medfører en øget og ændret efterspørgsel efter kommunale sygeplejeydelser, der alt andet lige må forventes at fortsætte i de kommende år. De kommunale udgifter til sygepleje udgjorde i 2020 11,5 % af de samlede udgifter til ældreområdet¹¹.

På den baggrund har Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem KL og regeringen bedt VIVE om at udarbejde denne analyse af kommunernes økonomistyringspraksis i relation til den kommunalt leverede sygepleje.¹² Analysen kan med fordel læses i sammenhæng med den tidligere VIVE-rapport '*Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb*'¹³, da disse to analyser har en række snitflader. Det drejer sig fx om organiseringen af og samarbejdet mellem sygeplejen og hjemmeplejen, der behandles fra forskellige perspektiver i de to rapporter.

⁶ Danmarks Statistik (2018). Se også Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivninger, fx www.statistikbanken.dk, tabelreference FRKM119.

⁷ Se bl.a. Vinge & Topholm (2021).

⁸ Nyeste tal, der er sammenlignelige over tid, kan ikke opgøres længere end til 2017 pga. ændring af den kommunale kontoplan fra 2018.

⁹ Ældreområdet er i perioden 2018-2020 her afgrænset ved nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.30.26, 5.30.27, 5.30.28, 5.30.29, 5.30.31, 5.30.36 samt 4.62.82. Afgrænsningen følger i hovedtræk ECO Nøgletal (dog tillagt udgifter til genoptræning). Hjemmesygepleje er afgrænset ved konto 5.30.28. Tal er omregnet til 2020-priser.

¹⁰ Fra 2013 til 2017 er udgifter til sygepleje afgrænset ved 5.32.32 gr. 004 (hjemmesygepleje) tillagt udgifter konteret på 5.32.32, gr. 200 og 999, svarende til den andel hjemmesygepleje udgør af de samlede udgifter på 5.32.32. Fra 2018 til 2020 er udgifter afgrænset ved 5.30.28 (hjemmesygepleje). I opgørelsen af udgiftsudviklingen fra 2013 til 2020 skal der således tages forbehold for usikkerhed forbundet med forskellig opgørelsesmetode før og efter kontoplansændringen i 2018.

¹¹ Ældreområdet er afgrænset ved nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, i regnskab 2020 på følgende konti: 5.30.26, 5.30.27, 5.30.28, 5.30.29, 5.30.31, 5.30.36 samt 4.62.82. Afgrænsningen følger i hovedtræk ECO Nøgletal (dog tillagt udgifter til genoptræning). Hjemmesygepleje er afgrænset ved konto 5.30.28.

¹² VIVE bruger betegnelserne 'den kommunale sygepleje' og 'den kommunalt leverede sygepleje' om de ydelser i kommunerne, der leveres efter § 138 i sundhedsloven. Formelt tales der i lovgivningen ikke om kommunal sygepleje, men derimod om hjemmesygepleje. Hjemmesygepleje refererer dog i en kommunal kontekst typisk snævert til sygeplejen på udeområdet, hvorfor projektbeskrivelsen her anvender de bredere betegnelser kommunal sygepleje og kommunalt leveret sygepleje.

¹³ Dalsgaard et al. (2020a).

1.1 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med analysen er at inspirere kommunerne til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomistyring af den kommunalt leverede sygepleje. Analysen kommer med anbefalinger og opmærksomhedspunkter i forhold til, hvordan kommunerne kan udvikle deres økonomiske styring på området og giver konkrete eksempler på, hvordan anbefalingerne kan implementeres i praksis. Analysen har fokus på de kommunale sygeplejeindsatser, som leveres af den udekørende sygepleje, hjemmeplejen (overdragede sygeplejeydelser), sygeplejeklinikker og akutfunktioner, jf. afsnit 1.2.

Analysen er tilrettelagt, så der deltager i alt fem kommuner, heraf fire kommuner som i årene 2014-2019 har haft relativt gode eller forbedrede økonomiske resultater på ældreområdet generelt og sygeplejeområdet specifikt, og én kommune, som i samme periode har haft vanskeligere ved at styre økonomien. Økonomiske resultater måles her på en kombination af en række parametre, jf. afsnit 1.2. For analysens forståelse og anvendelse af begreberne økonomisk styring og økonomiske resultater se Boks 1.1 og Bilag 1.

Mere konkret undersøger analysen følgende spørgsmål:

- Hvad kendetegner deltagerkommunernes økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje, herunder hvilke forskelle og ligheder er der mellem deltagerkommunerne?
- Hvordan kan deltagerkommunernes økonomiske styringspraksis inspirere til videreudvikling af den økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje?

1.2 Analysedesign og metode

I det følgende beskrives analysens design og metode kort, idet der også henvises til Bilag 1 for en uddybende beskrivelse.

1.2.1 Centrale afgrænsninger og definitioner

Definition og afgrænsning af de centrale begreber i analysen fremgår af Boks 1.1.

Boks 1.1 Definitioner og afgrænsninger af centrale begreber

Kommunal sygepleje

Kommunerne skal i henhold til sundhedslovens § 138 yde vederlagsfri sygepleje til personer med ophold i kommunen. Formålet med kommunal sygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. Kommunalt leverede sygeplejeopgaver er eksempelvis medicin håndtering, væsketerapi, sårbehandling, koordination af patientforløb og tidlig opsporing. Analysen fokuserer på den kommunale sygepleje, som leveres af den udekørende sygepleje, hjemmeplejen (overdragede sygeplejeydelser), sygeplejeklinikker og akutfunktioner.

Økonomisk styring

Analysen opererer med en bred forståelse af økonomisk styring, hvorfor analysen tager afsæt i tre dimensioner af den økonomiske styring: ressourcestyring, aktivitetsbaseret økonomistyring og resultatbaseret økonomistyring. Ressourcestyring har økonomiske resultater, fx budgetbalance og udgiftsstyring, som genstandsfelt. Aktivitetsbaseret økonomistyring relaterer sig til forholdet mellem udgifter og aktiviteter og vedrører dermed kommunens produktivitet. Resultatbaseret økonomistyring beskriver forholdet mellem udgifter og resultater og er altså et spørgsmål

Boks 1.1 Definitioner og afgrænsninger af centrale begreber

om omkostningseffektivitet, dvs. hvor gode faglige resultater der opnås for et givet budget. Se bilagsfigur 1.1 i bilag 1 for en illustration og uddybning.

Den kommunale styringskæde

Analysen tager endvidere afsæt i den kommunale styringskæde. Udgangspunktet i den kommunale styringskæde er, at de politiske mål gennem forvaltningen omsættes til ydelser på det udførende niveau af fx visitatorer og medarbejdere i de decentrale enheder. Samtidig sker der en løbende orientering tilbage til politikerne om resultaterne af aktiviteterne. Der er i analysen fokus på både de retningsgivende elementer og de opfølgende elementer i styringskæden. Se bilagsfigur 1.2 i bilag 1 for en illustration og uddybning.

Analysen er afgrænset til at komme med inspiration til den økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje. Da undersøgelsen anvender en bred forståelse af økonomistyringsbegrebet, bevæger den sig dog visse steder i grænsefeltet mellem økonomisk styring og sundheds- eller sygeplejefaglig styring. Det er dog ikke en del af analysens formål at afdække eller komme med inspiration til den faglige styring af området, isoleret set. Kommunal sygepleje adskiller sig fra de fleste andre kommunale indsatser på social- og sundhedsområdet ved, at de leveres efter sundhedsloven og ikke efter serviceloven. Ifølge sundhedslovens § 138 er *"kommunalbestyrelsen ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvi- sning til personer med ophold i kommunen"*. Sundhedsloven indebærer, at kommunale sygeplejeindsatser tildes på baggrund af en lægehenvi- sning og en sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov. Sundhedsloven stiller i modsætning til serviceloven ikke krav om en skriftlig afgørelse i forhold til borgernes indsatser, men omvendt stiller sundhedsloven højere krav til dokumentation af selve indsatserne¹⁴.

Indsatser efter serviceloven tildes på baggrund af en udredning, vurdering og afgørelse i kommunens myndighedsfunktion. Kommunerne benævner typisk dette, at kommunens myndighedsfunktion foretager en 'visitation' til en indsats. For indsatser efter sundhedsloven er kommunen ikke på samme måde myndighedsfunktion, da det ifølge lovgivningsteksten er lægerne, som visiterer borgerne til kommunale sygeplejeydelser. I praksis vil kommunerne dog have forskellig praksis for tildeling af sygeplejeydelser, og ofte anvender kommunerne begreberne visitation og bestiller-udfører-model også for sygeplejeydelser.¹⁵ Derudover skal det nævnes, at kommunerne også udfører sygeplejeindsatser, som ikke er lægeordnede, fx sygeplejeopgaver i relation til personlig pleje og ernæring¹⁶. VIVE følger deltagerkommunernes egen anvendelse af begrebet 'visitation' i rapporten, som henvisende til tildeling af sygeplejeydelser, uanset om tildelingen foregår i en myndighedsfunktion eller ej. Rapporten anvender således begreberne visitation og tildeling synonymt. Derudover anvender rapporten betegnelserne 'sygeplejeindsatser' og 'sygeplejeydelser' synonymt om de kommunale opgaver efter sundhedsloven, som analysen fokuserer på.

Som en forskel på kommunale indsatser efter sundheds- og serviceloven skal det også nævnes, at der for hjemmehjælp og rehabiliteringsforløb efter serviceloven er krav om kommunale kvalitetsstandarder, mens dette ikke gælder for kommunal sygepleje efter sundhedsloven.

¹⁴ Se fx Vinge & Topholm (2021, s. 41-43).

¹⁵ Se bl.a. KL (2014a) og KL & Sundhedskartellet (2011).

¹⁶ Se fx Vinge & Topholm (2021, s. 39)

Også på dette område er der imidlertid mange kommuner, som har kvalitetsstandarder for sygeplejen, ligesom mange kommuner bruger betegnelsen 'serviceniveau' for sygeplejeområdet. VIVE anvender i rapporten deltagerkommunernes egen forståelse og beskrivelse af serviceniveau på sygeplejeområdet, hvor flere deltagerkommuner fx har en kvalitetsstandard for sygeplejeområdet og heri beskriver kommunens 'serviceniveau'¹⁷. Med serviceniveau forstår deltagerkommunerne bl.a., hvor, hvordan og med hvilken vejledende hyppighed og tidsforbrug kommunen leverer sygeplejeindsatser. Dette kan fx handle om, hvorvidt sygepleje leveres i hjemmet eller på klinik, om kommunen yder befordringsgodtgørelse til klinik, og under hvilke betingelser kommunen hhv. leverer sygepleje i hjemmet eller henviser borgere til forskellige typer af velfærdsteknologi (fx skærmbesøg eller anvendelse af forbindingsprodukt ved kompressionsbehandling, se også afsnit 5.3).

Analysen er, som nævnt i Boks 1.1, afgrænset til kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138. Kommunal sygepleje leveres typisk af forskellige organisatoriske enheder i den enkelte kommune, herunder den udekørende sygepleje, sygeplejeklinikker, hjemmeplejen, akutfunktion, midlertidige pladser og plejcentre. Analysen fokuserer på levering af sygepleje i de organisatoriske enheder, der ud fra et volumen- og styringsmæssigt perspektiv vurderes som mest relevante for at undersøge den økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje i deltagerkommunerne. Det drejer sig om den økonomiske styring af den udekørende sygepleje, hjemmeplejen (overdragede sygeplejeydelser), sygeplejeklinikker og akutfunktioner. Dermed inkluderer analysen ikke den økonomiske styring af sygepleje efter sundhedslovens § 138, som fx leveres til borgere i permanente plejeboliger og på det specialiserede socialområde.

Analysen fokuserer for det første på den økonomiske styringsrelation mellem forvaltning og udførere af kommunal sygepleje. Der ses således på den økonomiske styringspraksis vedrørende tildeling og fordeling af ressourcer til kommunal sygepleje samt visitation af sygeplejeydelser til borgerne. Det vil sige, at analysen kigger på de styringsmæssige rammer for de decentrale enheder, herunder en eventuel bestiller-udfører-relation og understøttelsen i budgetopfølgningen. Derudover fokuserer analysen på udvalgte driftsspørgsmål, fx opfølgning på ydelser, sygeplejens samarbejde med hjemmeplejen og de sygeplejefaglige koordinators samarbejde med udførende medarbejdere.

Endelig er analysen afgrænset til at komme med inspiration til, hvad kommunerne selv kan gøre for at videreudvikle deres økonomiske styring af kommunalt leveret sygepleje inden for de nugældende lovgivningsmæssige rammer. Det er således ikke en del af analysens formål at komme med forslag til ændringer af kommunernes overordnede rammevilkår.

1.2.2 Udvalgelse af deltagerkommuner

Analysen er tilrettelagt som en kvalitativ analyse i fem kommuner. De fem deltagerkommuner er søgt fordelt på tre kommuner med gode, én kommune med forbedrede og én 'referencekommune' med mindre gode økonomiske resultater i 2014-2019. Økonomiske resultater er i udvælgelsen primært målt som kommunernes udgiftsstyring på ældreområdet generelt, vurderet samlet ud fra en række parametre, herunder budgetoverholdelse, udgiftsniveau og udgiftsudvikling på ældreområdet samt udvikling i antal ældre. Se Bilag 1 for en uddybning af kommuneudvælgelsen og de anvendte udvælgelsesparametre.

De fem deltagerkommuner er valgt på baggrund af en udvælgelsesproces i to trin. I første trin er der ud fra registerdata udvalgt fem bruttokommuner med gode økonomiske resultater, to

¹⁷ Se fx Favrskov Kommune (2020) og Sønderborg Kommune (2020).

bruttokommuner med forbedrede resultater og to bruttokommuner med mindre gode økonomiske resultater. I andet trin er der foretaget en screeningsproces, hvor bruttogruppen blev indsnævret til fire udvalgte deltagerkommuner med gode eller forbedrede økonomiske resultater og en referencekommune. I udvælgelsens andet trin blev der bl.a. lagt vægt på en dialog om de senere års økonomiske resultater i forhold til kommunernes ressourcestyring specifikt af den kommunal sygepleje.

I analysen indgår Favrskov, Næstved og Sønderborg Kommuner som kommuner med generelt gode økonomiske resultater fra 2014 til 2019. Holstebro Kommune indgår som en kommune med forbedrede økonomiske resultater i perioden, mens Aabenraa Kommune indgår som referencekommune. En uddybning af analysedesign og en beskrivelse af kommuneudvælgelsen fremgår af Bilag 1.

1.2.3 Vurderingskriterier

VIVE har anvendt tre generelle vurderingskriterier for udarbejdelse af anbefalinger og inspirationspunkter på baggrund af deltagerkommunernes styringspraksis. Kriterierne er:

- Kommunernes styringspraksis for kommunal sygepleje understøtter ressourcestyring, dvs. en styring, der kan bidrage til bl.a. at opnå budgetoverholdelse.
- Kommunernes styringspraksis for kommunal sygepleje understøtter aktivitetsbaseret og resultatbaseret økonomistyring.
- Kommunernes styringspraksis for kommunal sygepleje understøtter, at der er sammenhæng og gennemsigtighed i den kommunale styringskæde.

VIVEs vurdering af, om en konkret kommunal praksis kan understøtte god økonomisk styring, jf. de tre ovenstående kriterier, er baseret på deltagerkommunernes erfaringer og på VIVEs vurdering af, hvorvidt der med udgangspunkt i dokumenter og interviews kan sandsynliggøres en sammenhæng mellem den konkrete praksis og resultaterne af den økonomiske styring. Kriterierne er anvendt i kombination med kommuneudvælgelsen (som er uddybet i Bilag 1). På baggrund af ovenstående vurderingskriterier og kommuneudvælgelsen har VIVE i rapportens sammenfatning kondenseret analysens resultater til seks fokuspunkter, der er centrale for den økonomiske styring af den kommunale sygepleje. Vurderingskriterierne i kombination med kommuneudvælgelse er anvendt på følgende måde:

- Hvis en given praksis i referencekommunen er i strid med vurderingskriterierne, og praksis i de fire øvrige kommuner er i overensstemmelse med kriterierne, kan sidstnævnte praksis lægges til grund for en anbefaling. I mange tilfælde er referencekommunen på tidspunktet for dataindsamlingen overgået til en lignende praksis som de øvrige deltagerkommuner. Her er det så vidt muligt undersøgt, om referencekommunen (og kommunen med forbedrede økonomiske resultater) tidligere har haft en anden praksis, og om de øvrige kommuner har haft den pågældende praksis i længere tid. Det har dog ikke kunnet undersøges fuldt dækkende for alle temaer og undertemaer i analysen. Herudover kan det forekomme, at nogle deltagerkommuner anvender én praksis, og de andre deltagerkommuner anvender en anden praksis uafhængigt af, om de er referencekommune eller ej. I dette tilfælde er det den praksis, som er bedst i overensstemmelse med vurderingskriterierne, som kan lægges til grund for en anbefaling. Hvis alle fem deltagerkommuner anvender en praksis, der er i overensstemmelse med vurderingskriterierne, kan denne praksis således lægges til grund for en anbefaling.
- I en række tilfælde kan der ikke ud fra deltagerkommunernes praksis og vurderingskriterierne peges entydigt på generelle anbefalinger. I disse tilfælde er der peget på mulige fordele og ulemper ved forskellige styringsvalg i stedet for egentlige anbefalinger.

Ved læsningen af rapporten er det væsentligt at være opmærksom på, at forskellige elementer i styringspraksis skal ses i sammenhæng med hinanden. Det er således samspillet mellem og kombinationen af de forskellige elementer i styringen, der udgør en kommunes samlede økonomiske styring. Derfor er det også vanskeligt at udpege den bedste måde at tilrettelægge ét element af den økonomiske styring på, uden at det ses i sammenhæng med de øvrige – og med den lokale kontekst. I Bilag 1 fremgår en uddybning af VIVEs anvendelse af vurderingskriterier i analysen.

1.2.4 Datagrundlag og analyser

Dataindsamlingen og analysen har taget udgangspunkt i syv temaer. For hvert tema, med undtagelse af temaet om 'økonomistyringskultur' er der udarbejdet et fokuspunkt i sammenfatningen, således der i alt er seks fokuspunkter. De syv temaer er:

1. Strategi for den økonomiske styring af sygeplejeområdet, herunder kommunens overordnede pejlemærker på området
2. Organisering af sygeplejeområdet, herunder generel organisering af sygeplejen i forhold til hjemmepleje og plejecentre samt intern organisering af sygeplejen, fx ledelsesniveauer, ansvarsområder, og hvilke organisatoriske enheder der leverer sygepleje
3. Budgetlægning og økonomiske styringsprincipper, herunder baggrund og forudsætninger for størrelse og tilpasning af budget til sygeplejeområdet og fordeling af sygeplejebudget på organisatoriske enheder samt placering af budgetansvar for sygeplejen
4. Økonomisk styringsmodel, herunder ressourcetildelingsmodel til forskellige organisatoriske enheder, der leverer sygepleje, samt visitationsmodel for sygeplejeydelser
5. Visitation og opfølgning, herunder praksis for visitation af sygeplejeydelser samt for opfølgning på sygeplejeydelser, fx overdragede ydelser til hjemmeplejen
6. Budgetopfølgning og styringsinformation, herunder regnskabsprognoser, økonomiunderstøttelse, løbende ressourcestyring og opfølgning på strategiske målsætninger på sygeplejeområdet
7. Økonomistyringskultur på sygeplejeområdet, herunder økonomiske hensyn i organisationen, budgetansvarlighed og håndtering af forventet merforbrug. Dette afdækkes ikke i et selvstændigt kapitel men som led i afdækningen af de øvrige temaer og har ikke fået et selvstændigt fokuspunkt i sammenfatningen.

Datagrundlaget for analysen består af dokumenter fra deltagerkommunerne og en række semistrukturerede interviews i hver af deltagerkommunerne. Se Bilag 1, Bilagstabel 1.4 og 1.5, for en oversigt over de anvendte dokumenter og interviewede interviewpersoner. Dokumenterne er primært brugt til at afdække formelle principper og retningslinjer i kommunernes økonomiske styring af sygeplejeområdet samt få et overordnet indblik i kommunernes praksis. Interviewene havde primært til formål at afdække kommunernes implementering af vedtagne retningslinjer og principper samt deres økonomiske styring i praksis. Der er i hver deltagerkommune gennemført interview med økonomichefen eller en leder i økonomifunktionen, økonomikonsulenter tilknyttet sygeplejeområdet, fagchefen med ansvar for sygeplejeområdet, sygeplejefaglige koordinatore samt ledere for de organisatoriske enheder, som er omfattet af analysens afgrænsning af sygeplejeområdet. Det vil sige ledere for den udekørende sygepleje¹⁸,

¹⁸ Det vil sige, at også udførerledere i hjemmeplejen er interviewet for nogle af deltagerkommunerne, såfremt deltagerkommunen har samorganiseret sygeplejen og hjemmeplejen, så ledere på sygeplejeområdet også er ledere på hjemmeplejeområdet. For interviewede ledere i niveau 2 gælder det distriktslederne i Næstved og Favrskov Kommuner samt områdelederen i Holstebro Kommune. Se også afsnit 3.3.

sygeplejeklinikker, akutfunktion og i visse tilfælde midlertidige pladser. Større dele af analysen bygger således på interviewpersonernes udsagn, som udspringer af deres erfaringer og holdninger. Disse er i sagens natur subjektive, hvilket VIVE bl.a. har håndteret ved at skelne mellem, hvad der er deltagerkommunernes erfaringer, og hvad der på baggrund af erfaringer fra flere deltagerkommuner er VIVEs vurdering.

På baggrund af analyser af disse data har VIVE udarbejdet en række forslag til anbefalinger til god økonomisk styring af kommunal sygepleje. Disse forslag blev videreudviklet og kvalificeret ved to virtuelle workshopper faciliteret af VIVE med fagchefer henholdsvis økonomiledere og -medarbejdere fra alle fem deltagerkommuner. VIVE er alene ansvarlig for analysens konklusioner og anbefalinger.

Alle interviewene er gennemført virtuelt pga. covid-19-restriktioner på interviewtidspunktet. Workshopen blev desuden afholdt virtuelt og var delt i to sektioner, jf. ovenfor. Navnlig workshoppens virtuelle format kan have påvirket kvaliteten, fx kan formatet have reduceret debat og interaktion mellem workshopdeltagerne i forhold til en fysisk afholdt workshop.

1.2.5 Rapportens opbygning

Rapporten er ud over første kapitel om baggrund, formål og metode inddelt i seks kapitler, som omhandler strategi for den økonomiske styring af sygeplejeområdet (kapitel 2), organisering af sygeplejen (kapitel 3), økonomiske styringsmodeller (kapitel 4), budgetlægning og budgetansvar (kapitel 5), visitation og opfølgning på borgeres ydelser og forløb (kapitel 6) samt budgetopfølgning og styringsinformation (kapitel 7). I Bilag 1 uddybes analysens design og metode.

Kapitel 2-7 følger en ensartet struktur. Først præsenteres konklusionerne. Derefter følger de enkelte afsnit, hvor deltagerkommunernes praksis kortlægges først, og derefter foretages en vurdering af fordele og ulemper ved de forskellige praksisser.

2 Strategi for økonomisk styring af sygeplejeområdet

I dette kapitel beskrives først tre overordnede pejlemærker for den økonomiske styring af den kommunale sygepleje i deltagerkommunerne. Det drejer sig om LEON-princippet¹⁹, en rehabiliterende tilgang og en helhedsorienteret tilgang, der forklares i afsnit 2.2. En central måde, deltagerkommunerne forsøger at udmønte LEON-princippet på, er gennem arbejdet med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker. Deltagerkommunernes overordnede strategiske arbejde med sygeplejeklinikker er behandlet særskilt i afsnit 2.3.

2.1 Konklusioner

Boks 2.1 Konklusioner – strategi

- **Følg strategiske pejlemærker for sygeplejen, hvor faglige og økonomiske hensyn er tænkt sammen**

Deltagerkommunernes erfaringer peger på, at det er væsentligt for den økonomiske styring af sygeplejeområdet, at der følges strategiske pejlemærker, der sammentænker sygeplejefaglige og økonomiske hensyn.

- **Indhold af strategi: LEON-princip, en rehabiliterende tilgang og en helhedsorienteret tilgang**

Analysen peger i retning af, at en række elementer i deltagerkommunernes strategier kan være relevante for andre kommuner at overveje, afhængig af den konkrete kommunes tilgang og nuværende praksis på området. Deltagerkommunerne fremhæver især tre strategiske pejlemærker for den økonomiske og sygeplejefaglige styring af sygeplejen:

- **LEON-princippet**, hvor sygepleje leveres på det laveste effektive omkostningsniveau i forhold til leveringssted (fx klinik eller eget hjem), organisatorisk enhed (fx sygeplejen eller hjemmeplejen) og medarbejdere (fx sygeplejersker eller social- og sundhedsmedarbejdere).
- En **rehabiliterende tilgang**, der kobler den faglige værdi for den enkelte borger ved at være så selvhjulpne som muligt med den økonomiske gevinst for kommunen ved, at borgeren bliver mere selvhjulpne og får mindre brug for kommunal sygepleje.
- En **helhedsorienteret tilgang**, der kobler et fagligt og økonomisk rationale, da tilgangen skal sikre den rette sygeplejefaglige indsats og sammenhæng mellem indsatserne, samtidig med at dobbeltarbejde og unødvendig koordination reduceres.

- **Arbejd målrettet med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker**

Analysen viser, at det kan understøtte produktiviteten i den kommunale sygepleje, hvis man arbejder målrettet med at øge brugen af sygeplejeklinikker. Relevansen heraf afhænger af den lokale kontekst, herunder borgernes behov og kommunens nuværende praksis. I udmøntningen af en sådan strategi kan kommunen med fordel:

- sætte en økonomisk og fagligt velbegrundet målsætning for klinikanvendelsen og overveje, i hvilket omfang målsætningen skal konkretiseres, fx i form af et måltal
- følge systematisk op på graden af klinikanvendelse, herunder etablere styringsinformation om anvendelsen af sygeplejeklinik, der muliggør opfølgning (fx antal/andel borgere/timer i klinik)

¹⁹ LEON-princippet står for, at indsatser tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau (forkortet LEON).

Boks 2.1 Konklusioner – strategi

- forankre målsætningen politisk i fx en kvalitetsstandard, så der er taget politisk stilling til, hvordan strategien om øget klinikanvendelse udmøntes i kommunens visitationspraksis.

2.2 Pejlemærker for den økonomiske styring af sygeplejen

2.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Som en væsentlig udfordring for sygeplejens økonomiske styring nævner alle deltagerkommunerne den demografiske udvikling og flere komplekse borgere, der skal rummes inden for den økonomiske ramme. For at imødekomme disse udfordringer arbejder deltagerkommunerne med en række strategiske pejlemærker for den økonomiske styring af sygeplejen. Især tre pejlemærker går igen. De er alle tre karakteriseret ved, at sygeplejefaglige og økonomiske hensyn er tænkt sammen. De tre pejlemærker, som fremhæves af alle deltagerkommunerne på forskellige måder og med forskellig vægtning, er:

- Den kommunale sygepleje arbejder efter LEON-princippet, dvs. princippet om, at kommunale sygeplejeopgaver skal leveres på det laveste effektive omkostningsniveau. For deltagerkommunerne handler dette om at få mest mulig sygepleje for pengene ved at levere sygepleje på det mest omkostningseffektive leveringssted, af den mest omkostningseffektive organisatoriske enhed, ved omkostningseffektive medarbejdere og ved effektive forløb.
- Den kommunale sygepleje arbejder rehabiliterende. Formålet med en rehabiliterende tilgang er at gøre den enkelte borger så selvhjulpne som muligt. Det forbedrer borgerens livskvalitet og reducerer borgerens behov for kommunal sygepleje og dermed kommunens udgiftsbehov.
- Den kommunale sygepleje arbejder helhedsorienteret, hvilket ifølge deltagerkommunerne indebærer både et fagligt og et økonomisk rationale, da tilgangen skal sikre den rette sygeplejefaglige indsats og sammenhæng mellem indsatserne, samtidig med at dobbeltarbejde og unødvendig koordination reduceres.

De tre pejlemærker uddybes i det følgende.

LEON-princippet

For kommunal sygepleje betyder LEON-princippet, at sygepleje i kommunerne tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau, dvs. med færrest mulige omkostninger i forhold til opgavens indhold. Der kan *"skelnes mellem LEON i opgaveløsningen inden for et specialiseringsniveau og på tværs af specialiseringsniveauer"*.²⁰ LEON anvendt inden for et specialiseringsniveau vedrører bl.a. substitution fra komplicerede procedurer mod lettere og en effektiv arbejdsdeling mellem personalegrupper. LEON anvendt på tværs af specialiseringsniveauer vedrører bl.a. en effektiv placering af opgaver på tværs af det kommunale og regionale sundhedsvæsen²¹.

På kommunalt niveau kan LEON-princippet eksempelvis være substitution fra en procedure, som involverer et besøg i borgerens hjem, til procedurer, som kan gøres ambulante i fx syge-

²⁰ Sundheds- og Ældreministeriet (2019, s. 119).

²¹ Sundheds- og Ældreministeriet (2019, s. 119).

plejeklinik. Derudover kan der være tale om en mere effektiv arbejdsdeling mellem personalegrupper med henblik på at sikre det rette forhold mellem ressourcer, personalets kompetencer og opgaven. I kommunerne drejer det sig bl.a. om, i hvilket omfang sygeplejeydelser i kommunerne løses af hjemmeplejen eller af sygeplejen, samt hvilket personale der udfører sygeplejeindsatserne (fx sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale). Overdragelse af relevante sygeplejeydelser fra sygeplejen til hjemmeplejen kan således forbedre produktiviteten, når timeprisen er lavere i hjemmeplejen end i sygeplejen, hvilket den typisk vil være²². I forhold til opgavefordelingen mellem faggrupper indebærer LEON-princippet, at sygeplejeydelser bør *"varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau, end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt."*²³ Det skal i den sammenhæng nævnes, at efterlevelse af LEON-princippet også indebærer, at kommunerne bør tage hensyn til omkostningerne ved det relaterede koordineringsarbejde, fx mellem medarbejdere og organisatoriske enheder²⁴.

I tråd med LEON-princippet lægger deltagerkommunerne vægt på det strategiske arbejde med generelt at optimere og levere sygepleje så produktivt og omkostningseffektivt som muligt. For deltagerkommunerne handler dette ikke mindst om at levere sygepleje på det laveste effektive omkostningsniveau i forhold til leveringssted (fx i sygeplejeklinik), i forhold til organisatorisk enhed (fx sygeplejen eller hjemmeplejen), i forhold til de medarbejdere, som udfører sygeplejeindsatser (fx sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale) og ved effektive forløb (fx i relation til samarbejde om, koordination af og opfølgning på sygeplejeindsatser). En fagchef fortæller, at LEON-princippet er retningsgivende for den økonomiske styring af sygeplejeområdet og indgår bl.a. i overvejelserne om at overdrage sygeplejeydelser fra sygeplejersker til andre faggrupper.

Interviewer: Hvilke strategier arbejder I særligt med i forhold til den økonomiske styring af sygeplejeområdet?

Fagchef: Det er jo LEON-princippet. For eksempel de uddelegerede ydelser. [...] Man kan jo altid diskutere, om der så bliver produceret for meget, når der bliver uddelegeret. Men det som en assistent kan lave, det skal en sygeplejerske jo ikke lave.

Deltagerkommunernes arbejde med at omsætte LEON-princippet i konkrete tiltag i sygeplejen fremgår bl.a. af kommunernes organisering (se kapitel 3), deres økonomisk styringsmodel (se kapitel 4) og deres praksis for visitation til og opfølgning på sygeplejeydelser (se kapitel 6). Derudover synes flere deltagerkommuner at koble LEON-princippet sammen med særligt den rehabiliterende tilgang, hvor mindre kompenserende indsatser både kan have til formål at øge borgerens selvhjulpethed og levere sygepleje på det laveste effektive omkostningsniveau, jf. nedenstående.

²² En lavere timepris i hjemmeplejen end i sygeplejen kan fx skyldes forskellig ATA-tid i hjemmeplejen og sygeplejen samt højere lønomkostninger til sygeplejersker i forhold til social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. For en sammenligning af kommunale lønomkostninger til hhv. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere se fx Kommunal Sundhed (2019).

²³ Region Syddanmark (2021)

²⁴ Se fx Region Syddanmark (2021), som også tager hensyn til det medgående koordineringsarbejde i deres forståelse af LEON-princippet (udmøntet i samarbejdet mellem sundhedsvæsenets sektorer).

En rehabiliterende tilgang

For deltagerkommunerne indebærer en rehabiliterende tilgang, at behovet for sygepleje forebygges, at borgeren rehabiliteres, så behovet for sygepleje bortfalder, reduceres eller fastholdes, samt at stigningen i behovet for sygepleje udskydes. Formålet med en rehabiliterende tilgang er således at gøre den enkelte borger så selvhjulpne som muligt. Det forbedrer borgernes livskvalitet og reducerer borgerens behov for kommunal sygepleje og dermed kommunens udgiftsbehov.

Deltagerkommunernes arbejde med at udmønte strategien om rehabilitering vedrører bl.a. visitation og opfølgning på sygeplejeydelser, som er afdækket i kapitel 6. Som et eksempel på den rehabiliterende tilgang med betydning for den økonomiske styring på sygeplejeområdet nævner Næstved Kommune, at den rehabiliterende praksis allerede starter med den tidlige opsporing:

Distriktsleder 2: En anden strategi har jo været rehabilitering. Det at arbejde målrettet i forhold til den enkelte borger for at gøre dem så godt i stand til at klare sig selv som muligt, også i forhold til nogle af de her sygeplejeydelser.

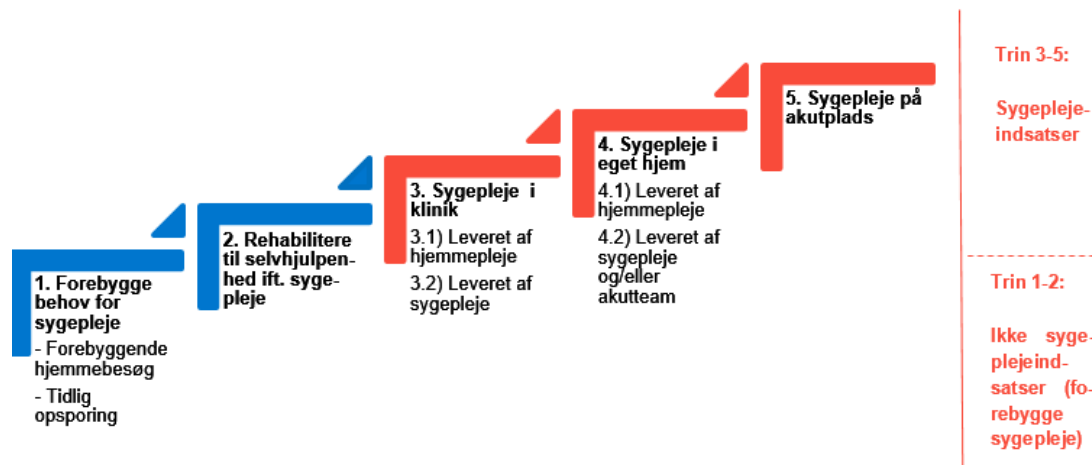
Distriktsleder 1: Den sidste ting i det game, som [Distriktsleder 2, red.] beskriver [vedrørende strategien om rehabilitering, red.], er, at vi selvfølgelig også arbejder ud fra devisen om tidlig opsporing [...].

For borgere, som enten ikke kan behandles, så behovet for sygepleje bortfalder, eller som har kroniske tilstande med varigt behov for sygepleje (fx i relation til støttestrømper og medicin), arbejder alle deltagerkommunerne med, at borgerne skal gøre så meget, de kan selv. Det kan fx være, at borgeren selv skal tage sin medicin eller transportere sig selv til en sygeplejeklinik, hvilket flere deltagerkommuner nævner som en del af den rehabiliterende tilgang. Sønderborg Kommune beskriver i den sammenhæng en praksis, hvor sygeplejen først screener en borger for muligheden for rehabilitering, inden vedkommende eventuelt får et tilbud om sygepleje. Hvis borgeren tildeles en sygeplejeindsats, tilbyder kommunen i udgangspunktet sygepleje i klinik før indsatser i borgerens eget hjem (se også afsnit 2.3 og afsnit 6.3).

I Figur 2.1 ses en 'indsatstrappe', som illustrerer den måde, hvorpå flere af deltagerkommunerne synes at arbejde med at omsætte den rehabiliterende tilgang på sygeplejeområdet til praksis. Trappen bygger på både den rehabiliterende tilgang og LEON-princippet, hvor indsatser nederst på trappen teoretisk set udtrykker den største grad af selvhjulpnehed for borgeren og de laveste langsigtede omkostninger for kommunen. Flere af deltagerkommunerne beskriver nogle af de retningslinjer, som udtrykker denne indsatstrappetænkning, som kommunens 'serviceniveau', fx i relation til brugen af sygeplejeklinik og en rehabiliterende frem for kompenserende hjælp.²⁵

²⁵ VIVE følger generelt denne anvendelse af begrebet serviceniveau, der i rapporten forstås på den måde, som deltagerkommunerne selv benytter begrebet på i dokumenter og interviews. Se også afsnit 1.2.

Figur 2.1 Indsatstrappe for levering af kommunal sygepleje



Kilde: VIVEs egen tilvirkning med udgangspunkt i deltagerkommunernes beskrivelser og med inspiration i Vinge (2020)²⁶.

Figur 2.1 illustrerer, at opgaven for kommunerne på trappens to nederste trin er at forebygge behovet for sygepleje, fx ved forebyggende hjemmebesøg, tidlig opsporing og rehabilitering af borgere. Disse forebyggende og rehabiliterende indsatser vedrører normalt ikke sygeplejeindsatser ifølge sundhedsloven, men kan forebygge eller reducere behovet for sygeplejeindsatser. For borgere, som har behov for sygeplejeindsatser på trin 3-5, er opgaven at levere dette på det laveste effektive omkostningsniveau jf. LEON-princippet, hvilket i forhold til *leveringssted* som udgangspunkt vil sige i klinik før eget hjem og eget hjem før akutplads. LEON-princippet gælder også i forhold til *organisatorisk enhed* (fx sygeplejen eller hjemmeplejen) og *medarbejdere* (fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller social- og sundheds-hjælpere), som skal løse de sygeplejefaglige opgaver, uanset om det foregår i klinik, i borgerens eget hjem eller på en akutplads.

Det skal til Figur 2.1 bemærkes, at indsatstrappen er en overordnet beskrivelse af, hvordan deltagerkommunerne i nogle sammenhænge sammentænker den rehabiliterende tilgang og LEON-princippet. I andre sammenhænge vil indsatser længere nede på trappen kunne være dyrere end indsatser højere oppe på trappen, fx hvis en borger glemmer sin tid til at komme i sygeplejeklinik, og det derfor er billigere at levere indsatsen i borgerens hjem, eller hvis sygeplejeindsatser i hjemmet bliver så omfattende, at det bedre kan betale sig at stabilisere borgeren på en akutplads. Ligeledes kan kommunen fx vurdere, at der er et særligt fagligt-rehabiliterende argument for en indsats længere nede på trappen, selvom den er dyrere.

En helhedsorienteret tilgang

Det sidste strategiske pejlemærke med betydning for den økonomiske styring, som i forskellig grad nævnes på tværs af deltagerkommunerne, er at levere en helhedsorienteret indsats til borgeren. Nogle deltagerkommuner bruger i denne sammenhæng betegnelsen 'helhedspleje' som et begreb, der er relateret hertil, men som også mere snævert henviser til, at borgerens indsatser skal leveres i sammenhængende forløb af relativt få og gennemgående medarbejdere.

En helhedsorienteret tilgang indebærer bl.a. et koordineret og sammenhængende forløb for den enkelte borger, hvorved en borgers sygeplejeindsatser fx er afstemt med andre ydelser

²⁶ Vinge (2020).

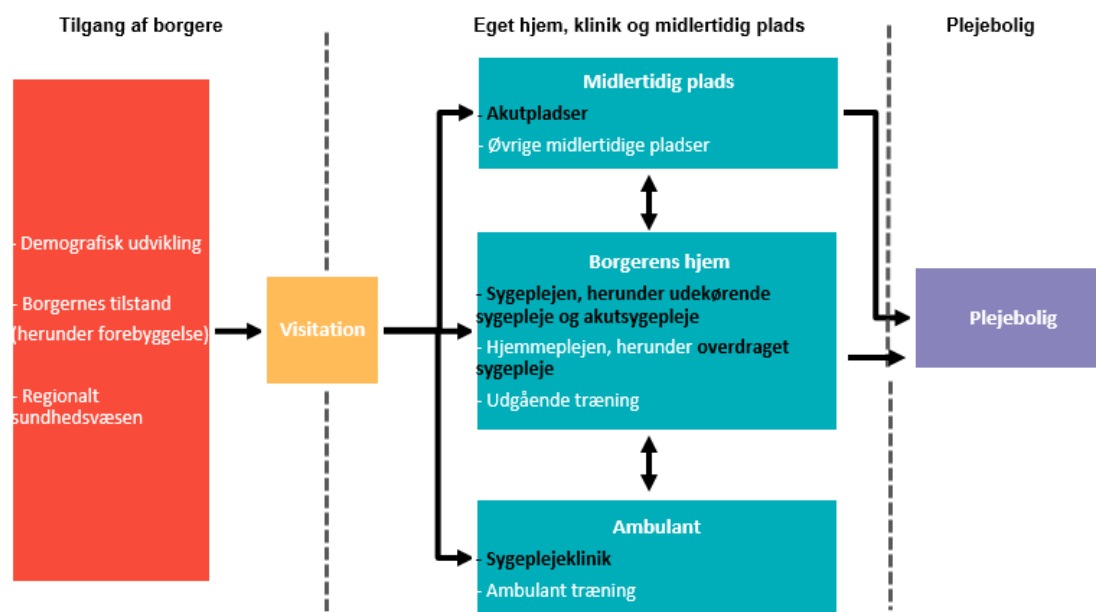
som fx indsatser vedrørende hjemmepleje og træning²⁷. En helhedsorienteret tilgang har ifølge deltagerkommunerne et klart økonomisk rationale, da tilgangen skal sikre den rette sygeplejefaglige indsats og sammenhæng mellem forskellige indsatser, samtidig med at dobbeltarbejde og unødvendig koordination reduceres.

Flere deltagerkommuner fremhæver således, at en helhedsorienteret tilgang kan være en måde at håndtere og reducere det økonomiske pres fra mere komplekse problemstillinger hos den enkelte borger og større organisatorisk kompleksitet såvel internt i kommunen som eksternt i forhold til det regionale sundhedsvæsen. Oplevelsen er bl.a., at den øgede faglige og organisatoriske kompleksitet øger den tid, der i sygeplejen går med koordinering og akut opståede opgaver for de kommunale medarbejdere. En fagchef beskriver den organisatoriske kompleksitet for den kommunale sygepleje, både eksternt og internt i kommunen:

Det, jeg prøver at sige, er, at der både er borgerens kompleksitet, men der er også en organisatorisk kompleksitet [...]. Specialisering i det samlede sundhedsvæsen bidrager til en øget organisatorisk kompleksitet. Og vi gør det jo selv. Nu har vi klinikker, vi har palliative funktioner, og vi har sårplejersker og alt muligt andet.

I Figur 2.2 er det illustreret, hvordan kommunal sygepleje indgår i det samlede ældre- og sundhedsområde. Fremhævet med sort og fed er leveringen af sygepleje i de organisatoriske enheder, som er i fokus i denne analyse, nemlig den udekørende sygepleje, sygeplejeklinikkerne, akutfunktionen og hjemmeplejens levering af overdragede sygeplejeydelser. Figuren giver et overblik over sygeplejeindsatsernes samspil med hinanden og med andre centrale indsatser på sundheds- og ældreområdet, herunder træning, hjemmepleje og plejeboliger.

Figur 2.2 Kommunal sygepleje som en del af det samlede ældre- og sundhedsområde



Kilde: VIVEs egen tilvirkning med udgangspunkt i Vinge (2020)²⁸

²⁷ KL & Sundhedskartellet (2011).

²⁸ Vinge (2020).

Flere af deltagerkommunernes arbejde med at omsætte den helhedsorienterede tilgang inden for det samlede system i Figur 2.2 afspejler sig bl.a. i deres organisering og arbejdsdeling mellem forskellige organisatoriske enheder (se kapitel 3), i deres visitations- og opfølgingspraksis (se kapitel 6) samt i deres styringsinformation (se kapitel 7).

Eksempelvis fremhæver Næstved Kommune som en fordel ved deres centrale visitationsmodel på sundheds- og ældreområdet, at den understøtter et helhedsorienteret blik på borgeren og de kommunale indsatser til borgeren. Se også afsnit 6.2. Som et andet eksempel på en helhedsorienteret tilgang arbejder Sønderborg Kommune med 'sammenhængende borgerforløb', hvor formålet især er at forbedre det tværfaglige samarbejde og opfølgningen på sygeplejeindsatser mellem sygeplejen og hjemmeplejen. Se også afsnit 3.3. En interviewperson fra Sønderborg Kommune fortæller, at sammenhængende borgerforløb både har et fagligt og et økonomisk rationale:

Jeg ved ikke, om det kommer til at betyde noget for økonomien, men det tror jeg da, det gør – så vi har meget fokus på sammenhængende borgerforløb. Det betyder jo, at vi i højere grad kigger [sundhedsloven, red.] og [serviceloven, red.] sammen. Ikke fordi vi ikke stadigvæk holder dem adskilt og visiterer, men at vi i højere grad ser dem i en sammenhæng i forhold til vores opgaveflytning eller overdragelse – både frem og tilbage.

Derudover arbejder Holstebro Kommune med tværgående resultatmål (KPI'er) for det samlede ældre- og sundhedsområde. KPI'erne drøftes hver måned i møder mellem fagchefen og alle områdeledere i afdelingen, bl.a. med henblik på at kunne se sammenhænge på tværs og sætte en fælles faglig-økonomisk retning (se også afsnit 7.3).

2.2.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at deltagerkommunerne på forskellige måder fremhæver følgende tre strategiske pejlemærker for den økonomiske og faglige styring af sygeplejen:

- Den kommunale sygepleje arbejder efter **LEON-princippet**, hvor kommunal sygepleje leveres på det laveste effektive omkostningsniveau, bl.a. i forhold til leveringssted (fx klinik eller eget hjem), organisatorisk enhed (fx sygeplejen eller hjemmeplejen) og medarbejdere (fx sygeplejersker eller social- og sundhedspersonale).
- Den kommunale sygepleje arbejder **rehabiliterende**. Den rehabiliterende tilgang kobler den faglige værdi for den enkelte borger ved at være så selvhjulpne som muligt med en økonomisk gevinst for kommunen, ved at borgeren bliver mere selvhjulpne og får mindre brug for kommunal sygepleje.
- Den kommunale sygepleje arbejder ud fra en **helhedsorienteret tilgang**, der kobler et fagligt og økonomisk rationale, da strategien skal sikre den rette sygeplejefaglige indsats og sammenhæng mellem indsatserne, samtidig med at dobbeltarbejde og unødvendig koordination reduceres.

De tre strategiske pejlemærker kan supplere hinanden, da de på forskellige måder sigter på at forbedre sygeplejens ressourceudnyttelse, produktivitet og omkostningseffektivitet. Nogle af deltagerkommunerne synes derudover at arbejde med, at den rehabiliterende strategi og LEON-princippet kan understøtte hinanden i form af en 'indsatstrappe' (se Figur 2.1), hvor indsatser længere nede på trappen både udtrykker større selvhjulpne for borgeren og lavere omkostninger for kommunen.

På den baggrund er det VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan anvende og følge en strategi for den økonomiske styring af sygeplejen, hvor faglige og økonomiske hensyn tænkes sammen. Afhængig af den enkelte kommunes organisering og nuværende praksis kan det således være relevant for andre kommuner at overveje de tre elementer, som går igen i deltagerkommunernes strategier, nemlig LEON-princippet, en rehabiliterende tilgang og en helhedsorienteret tilgang.

2.3 Arbejdet med øget anvendelse af sygeplejeklinik

Alle fem deltagerkommuner arbejder i større eller mindre omfang med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker. En øget anvendelse af sygeplejeklinikker kan være en måde at udmønte LEON-princippet og en rehabiliterende tilgang på. Deltagerkommunernes arbejde med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker er således et eksempel på implementeringen af disse to strategiske pejlemærker. Arbejdet med sygeplejeklinikker indebærer selvstændige strategiske overvejelser og beslutninger om målfastsættelse og politisk forankring.

Andre aspekter af kommunernes arbejde med at udmønte strategi om øget anvendelse af sygeplejeklinikker er behandlet i rapportens øvrige kapitler. Særligt relevant er organisering (afsnit 3.4), ressourcetildelingsmodel (afsnit 4.5) og visitationspraksis (afsnit 6.3).

2.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Blandt formålene med at etablere sygeplejeklinikker i deltagerkommunerne er at tilrettelægge arbejdet mere effektivt ved at nedbringe køretiden. Flere af deltagerkommunerne har i den sammenhæng lavet beregninger på, hvad kommunen kan spare på at udføre sygepleje på sygeplejeklinik frem for i borgerens hjem. For eksempel oplyser en deltagerkommune, at de i et projekt har opgjort, at de kan nå to normale kørelister i sygeplejeklinik bemandet af én sygeplejerske, dvs. dobbelt så mange borgere som ved sygepleje i borgerens hjem. Foruden det økonomiske rationale relateret til mindre vejtid er det ifølge flere deltagerkommuner et formål med sygeplejeklinikker at forbedre medarbejdernes arbejdsmiljø og understøtte borgernes selvhjulpethed ud fra en rehabiliterende tilgang. For eksempel kan borgerens selvhjulpethed ifølge flere deltagerkommuner understøttes ved, at borgeren transporterer sig selv til klinikken samt evt. bringes tættere på sociale aktiviteter og fællesskaber, der ligger i fysisk tilknytning til klinikken.

Der er forskel på, hvordan deltagerkommunerne arbejder med at opstille målsætninger for klinik anvendelsen, og hvordan der følges op på eventuelle målsætninger. Af **Fejl! Henviskningskilde ikke fundet.** fremgår det, om deltagerkommunerne har en målsætning for brug af sygeplejeklinikker, om der følges op på målsætningen, og om der er taget stilling til brugen af sygeplejeklinik i en politisk godkendt kvalitetsstandard. Af tabellen fremgår det også, hvor stor en del af kommunens sygepleje, som leveres i klinik, udtrykt ved andelen af modtagere eller leverede timer.

Tabel 2.1 Målsætninger for og opfølgning på anvendelsen af sygeplejeklinik

	Favrskov	Holstebro	Næstved	Sønderborg	Aabenraa
Målsætning?	Ja Klinik er førstevalg	Ja Flere borgere skal i klinik	Ja Pilotprojekt fra 2020 i ét distrikt (Plan om at udrulle til tre øvrige distrikter)	Ja Dem, som kan, skal i klinik	Ja Mål om 40 % af borgerne i klinik
Opfølgning på tal for klinikanvendelse?	Nej (planlægger opfølgning)	Ja, fast løbende opfølgning	Nej	Ja, ad hoc opfølgning	Ja, fast løbende opfølgning
Beskrevet i politisk godkendt kvalitetsstandard?	Ja <i>"Du modtager hjælpen i kommunens sundhedsklinikker. Hvis du ikke fysisk er i stand til at møde i sundhedsklinikkerne, er der mulighed for, at sygeplejersken kommer på hjemmebesøg."</i>	Nej	Nej	Ja <i>"For at få tilbudt sygepleje i borgerklinikken skal du være vurderet til selv eller ved hjælp af pårørende at kunne møde op i borgerklinikken [samt, red.] at være i stand til at forflytte dig selv. [...] Det er sygeplejen, der vurderer, om du tilbydes sygepleje på klinik eller i eget hjem."</i>	Ja <i>"Sygeplejeindsatsen leveres som udgangspunkt på sygeplejeklinik. Det er sygeplejerskerne, der vurderer, om sygeplejeindsatsen kan finde sted på sygeplejeklinik eller i borgerens hjem."</i>
Andel sygepleje i klinik*	Ca. 20 % (antal borgere, 2020)	Ca. 20 % (antal borgere, 2020)	- (lukket pga. covid-19, 2020)	Ca. 20 % (antal timer, 2019)	Ca. 33 % (antal borgere, 2020)

Note: *Tal oplyst af deltagerkommunerne for andelen af sygepleje efter serviceloven § 138, der leveres på sygeplejeklinik, fx ifølge deltagerkommunernes ledelsesinformation. I forhold til 'Andel sygepleje i klinik' skal der tages forbehold for varierende registrerings- og opgørelsespraksis i kommunerne, og derfor har VIVE angivet de oplyste andele, som afrundede cirkatal.

Fejl! Henvisningskilde ikke fundet. viser, at alle fem deltagerkommuner har en målsætning for anvendelsen af sygeplejeklinik, om end der er forskel på, hvor konkret og omfattende målsætningen er. Næstved Kommunes målsætning er at etablere en sygeplejeklinik som et pilotprojekt i et af kommunens fire distrikter og herefter udrulle klinikker til de øvrige tre distrikter. Favrskov og Sønderborg Kommuner har en målsætning om, at klinik er førsteprioritet for de borgere, som har mulighed for at modtage sygepleje i klinik. Holstebro Kommune har en målsætning om, at en større andel af borgerne i sygeplejen skal i klinik i forhold til i dag. Som den eneste af de fem deltagerkommuner har Aabenraa Kommune sat et konkret, kvantitativt måltal for anvendelsen af sygeplejeklinik. Det er målet, at 40 % af kommunens sygeplejemodtagere skal komme i klinik.

I forhold til opfølgning på målsætninger for brug af sygeplejeklinik har Holstebro og Aabenraa Kommuner etableret fast, løbende styringsinformation vedrørende anvendelsen af sygeplejeklinik, jf. **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** Sønderborg Kommune har også styringsinformation om klinikanvendelse og følger op på ad hoc-basis, mens Favrskov Kommune er i gang med at etablere denne styringsinformation (se også kapitel 7). Næstved Kommune har pga. sine relativt begrænsede erfaringer med sygeplejeklinik ikke etableret styringsinformation om klinikanvendelsen.

Et tredje element, som deltagerkommunerne fremhæver som væsentligt i forhold til strategien om sygeplejeklinik, er, hvorvidt kommunen har taget stilling til, om sygeplejeklinik skal være et 'frivilligt' tilbud for borgeren, eller om det som udgangspunkt er den kommunale sygepleje, som vurderer, om sygeplejen skal finde sted i klinik eller i borgerens hjem. I Favrskov, Sønderborg og Aabenraa Kommuner fremgår det fx eksplicit af den politiske godkendte kvalitetsstandard for sygeplejen, at klinik som udgangspunkt er det tilbud, som gives borgeren, eller at det er kommunen, som vurderer, hvorvidt sygeplejen skal leveres i klinik eller i hjemmet. Også i Holstebro Kommune er det kommunen, der vurderer, om sygeplejen skal leveres i klinik, selvom det ikke fremgår af kvalitetsstandarderne. Kommunen skriver således på deres hjemmeside: "Vurderes det, at du skal komme i en sygeplejeklinik, aftales der en tid..."²⁹ Derimod er sygeplejeklinik et frivilligt tilbud for modtagere af sygepleje i Næstved Kommune. Deltagerkommunernes visitationspraksis i forhold til sygeplejeklinik er som nævnt behandlet i afsnit 6.3.

Af **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** fremgår det endelig, at der forskel mellem deltagerkommunerne på, hvor stor en del af sygeplejen der leveres i sygeplejeklinik. Der skal tages forbehold for varierende registrerings- og opgørelsespraksis mellem kommunerne. I Aabenraa Kommune var det i 2020 cirka en tredjedel af borgerne, der modtog sygeplejeindsatser i klinik, mens det i Favrskov og Holstebro Kommuner var cirka en femtedel. I Sønderborg Kommune var det i 2019 cirka en femtedel af den leverede sygepleje udtrykt i timer, som blev udført på klinik. Næstved Kommune har som nævnt åbnet sin første sygeplejeklinik i 2020 og har haft meget få klinikbrugere grundet covid-19

2.3.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at alle fem deltagerkommuner på forskellig vis arbejder med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker bl.a. ved at opstille og følge op på målsætninger for brug af sygeplejeklinik. Det varierer dog mellem deltagerkommunerne, hvordan målsætningen er formuleret, hvor konkret den er, hvordan der følges op på målsætningen, og i hvilket omfang der er taget politisk stilling til brugen af sygeplejeklinik.

Det er på baggrund af analysen VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan arbejde målrettet med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker med henblik på at forbedre produktiviteten i den kommunale sygepleje. Relevansen heraf afhænger naturligvis af den lokale kontekst, herunder borgernes behov og kommunens nuværende praksis. I udmøntningen af en sådan strategi kan kommunen med fordel:

- sætte en målsætning for klinikanvendelsen og overveje, i hvilket omfang målsætningen skal konkretiseres, fx i form af et måltal
- følge systematisk op på graden af klinikanvendelse, herunder etablere styringsinformation om anvendelsen af sygeplejeklinik, der muliggør opfølgning (fx antal eller andel borgere eller timer i klinik)
- forankre målsætningen politisk i fx en kvalitetsstandard, så der er taget politisk stilling til, hvordan strategien om øget klinikanvendelse udmøntes i visitationspraksis (se også afsnit 6.3).

²⁹ Holstebro Kommune (2021).

3 Organisering af sygeplejeområdet

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes organisering af sygeplejen. I afsnit 3.2 afdækkes den overordnede organisering af sygeplejeområdet på fagchefniveau og på ledelsesniveauet under fagchefen. Herefter behandles organiseringen af udekørende sygepleje (afsnit 3.3), sygeplejeklinikker (afsnit 3.4) og akutfunktion (afsnit 3.5).

Organiseringen af sygeplejen er relevant for den økonomiske styring, fordi organiseringen på forskellige måder kan understøtte en hensigtsmæssig økonomisk styringspraksis. Organisering skaber således ikke automatisk en bestemt praksis, men kan være med til at understøtte en sådan i samspil med øvrige styringselementer, fx ressourcefordeling og budgetopfølgning. Forskellige organiseringer kan understøtte forskellige hensyn på forskellige måder og dermed indebære forskellige opmærksomhedspunkter.

3.1 Konklusioner

Boks 3.1 Konklusioner – organisering af sygeplejen

▪ **Tag stilling til ledelsesmodellen på niveauet under fagchefen**

I deltagerkommunerne ses to ledelsesmodeller på niveau 2, dvs. ledelsesniveauet under fagchefen:

- **Enhedsmodel** med én budgetansvarlig områdeleder på niveau 2 og en række ledere på niveau 3
- **Distriktsmodel** med to eller flere budgetansvarlige distriktsledere på niveau 2 og en række ledere på niveau 3.

De to ledelsesmodeller har i udgangspunktet hver deres fordele og ulemper i forhold til en række hensyn med betydning for den økonomiske styring. Disse hensyn er (1) at understøtte samlet økonomisk styring og modvirke økonomisk suboptimering, (2) at understøtte decentral økonomisk ansvarlighed samt (3) at understøtte nærhed til driften for ledere på niveau 2.

- Enhedsmodellen kan bidrage til at understøtte samlet økonomisk styring og modvirke økonomisk suboptimering. Omvendt kan enhedsmodellen indebære en risiko for, at teamledere ikke ansvarliggøres i den økonomiske styring, og at lederen på niveau 2 er for langt fra driften. Det kan man eksempelvis håndtere ved, at teamlederne gives et økonomisk ansvar for deres egen lønramme og ved fælles budgetopfølgingsmøder.
- Distriktsmodellen kan medvirke til at understøtte økonomisk ansvarlighed i de enkelte distrikter. Omvendt kan distriktsmodellen indebære en risiko for økonomisk suboptimering. Det kan man eksempelvis håndtere ved i budgetopfølgningen at have fællesmøder på tværs af distrikter.

▪ **Tag stilling til, hvordan den udekørende sygepleje skal organiseres i forhold til hjemmeplejen**

I deltagerkommunerne ses tre forskellige måder at organisere den udekørende sygepleje på i forhold til hjemmeplejen:

- **Fuldt adskilt model**, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er adskilt i både ledelsesniveau 2 og 3
- **Delvist samorganiseret og delvist adskilt model**, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er samorganiseret på ledelsesniveau 2, men adskilt på niveau 3
- **Fuldt samorganiseret model**, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er samorganiseret i både ledelsesniveau 2 og 3.

Boks 3.1 Konklusioner – organisering af sygeplejen

Også disse organiseringsformer har i udgangspunktet hver deres fordele og ulemper i forhold til en række hensyn i den økonomiske styring af sygeplejen. Disse hensyn er at understøtte 1) et tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen, 2) en effektiv anvendelse af personaleressourcer og 3) et fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling.

- En fuldt eller delvist adskilt model kan give gode vilkår for fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling, men indebærer en risiko for en mindre effektiv udnyttelse af personaleressourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen og kan give sværere betingelser for tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen. Det kan man fx søge at kompensere for ved at have særligt fokus på overdragelse af sygeplejeydelser eller en fast praksis for tværfaglige møder mellem syge- og hjemmeplejen.
- En fuldt samorganiseret model kan i særlig grad understøtte det tværfaglige samarbejde mellem hjemmeplejen og sygeplejen, men kan indebære en risiko for mindre fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling. Det kan man eksempelvis håndtere via kompetenceudvikling og ifølge nogle deltagerkommuner ved en praksis for monofaglige møder blandt sygeplejerskerne.
- Endelig kan både en fuldt og en delvist samorganiseret model understøtte en effektiv anvendelse af personaleressourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen, bl.a. ved at den budgetansvarlige leder kan foretage samlede prioriteringer af personaleressourcer på tværs af faggrupper.

▪ **Tag stilling til, hvordan eventuelle sygeplejeklinikker skal organiseres**

I deltagerkommunerne ses to modeller for organiseringen af sygeplejeklinikker:

- **Decentral model** med et antal mindre sygeplejeklinikker, som er forankret i de udekørende sygeplejeteams.
- **Kombinationsmodel** med et antal mindre klinikker forankret i de udekørende teams og en eller flere større klinikker forankret centralt hos samme leder som akutfunktionen. Kombinationsmodellen er således en 'udvidet' decentral model.

De to modeller kan understøtte klinikanvendelsen og dermed den økonomiske styring af sygeplejen på forskellige måder. På den baggrund vurderer VIVE, at kommunerne med fordel kan tage stilling til følgende tre organisatoriske valg i arbejdet med sygeplejeklinikker:

- Under hvilken leder og budgetramme skal sygeplejeklinikkerne forankres?
- Hvor mange og hvor store sygeplejeklinikker skal der være?
- Hvilke medarbejdergrupper skal bemande klinikkerne?

▪ **Overvej organisering af kommunens akutfunktion**

Analysen viser, at deltagerkommuner har forskellige måder at organisere akutfunktionen på. To centrale valg er:

- om den udekørende akutsygepleje varetages af et særskilt akutteam eller integreres i den almindelige udekørende sygepleje
- om man vil have særskilte akutpladser eller ej og i givet fald hvor mange.

Forskellige organisatoriske valg har hver deres fordele og ulemper i relation til den økonomiske styring, jf. nedenfor.

▪ **Overvej organisering af kommunens udekørende akutsygepleje**

I relation til den udekørende akutsygepleje har deltagerkommunerne to centrale hensyn: 1) at understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje, 2) at understøtte høj kapacitetsudnyttelse af akutsygeplejersker.

- En model med et særskilt udekørende akutteam kan understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje, men kan indebære mindre gunstige betingelser for høj kapacitetsudnyttelse i akutsygeplejen. Det kan man fx håndtere ved at have andre faste opgaver, som akutteamet tager sig af, ved at samorganisere akutteam og akutpladser samt ved at

Boks 3.1 Konklusioner – organisering af sygeplejen

have en systematiseret praksis for at lade akutteamet hjælpe til i den udekørende sygepleje.

- En model, hvor den udekørende akutsygepleje integreres i den almindelige udekørende sygepleje, kan bidrage til at forbedre kapacitetsudnyttelsen, men kan i udgangspunktet indebære mindre gunstige betingelser for specialisering i akutsygepleje. Det kan eksempelvis håndteres ved systematisk kompetenceudvikling.

- **Tag stilling til, om kommunen skal have akutpladser eller ej, og i givet fald hvor mange.** Erfaringerne fra nogle deltagerkommuner peger endelig i retning af, at en fordel for den økonomiske styring ved akutpladser er, at akutpladserne kan bidrage til at forhindre dyre forløb i borgerens hjem og hospitalsindlæggelser, fordi borgeren kan stabiliseres på en akutplads. En ulempe ved akutpladser er ifølge andre deltagerkommuner, at akutpladser ofte er dyre sammenlignet med indsatser i borgerens eget hjem.

3.2 Overordnet organisering af sygeplejeområdet

I dette afsnit afdækkes den overordnede organisering af sygeplejeområdet, herunder sygeplejeområdets placering i forhold til andre delområder på fagchefniveau og sygeplejens ledelsesmodel og organisering i forhold til hjemmepleje og plejecentre på ledelsesniveauerne under fagchefen.

3.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Sygeplejens organisering på fagchefniveau (ledelsesniveau 1)

Med fagchef forstås i analysen en chef, der har overordnet budgetansvar for sygeplejen og normalt også en række andre driftsområder, og som typisk er placeret lige under direktørniveauet i en kommune. I analysen betegnes fagchefniveauet ledelsesniveau 1 jf. også Boks 3.2.

Boks 3.2 Ledelsesniveauer i analysen

Ledelsesniveau 1: Den kommunale chef, der har overordnet budgetansvar for sygeplejen, og som typisk er placeret lige under direktørniveauet. Betegnes i analysen også som fagchefen.

Ledelsesniveau 2: Den eller de ledere på sygeplejeområdet på niveauet lige under fagchefen. Betegnes i analysen som også som områdelederen eller distriktslederne.

Ledelsesniveau 3: Lederne på sygeplejeområdet lige under ledelsesniveau 2. Betegnes i analysen også som teamledere.

Tabel 3.1 viser det samlede ansvarsområde i de fem deltagerkommuner for fagcheferne med ansvar for sygeplejeområdet. I tre af kommunerne – Favrskov, Holstebro og Næstved – har fagchefen med ansvar for sygeplejeområdet samtidig ansvaret for hjemmeplejen, midlertidige pladser, plejecentre og myndighed på ældreområdet. I Sønderborg Kommune har fagchefen ansvar for sygepleje, hjemmepleje og midlertidige pladser, men ikke for plejecentre og myndighed. I Aabenraa Kommune har fagchefen for sygeplejeområdet samtidig ansvar for psykiatri og midlertidige pladser i et sundhedsområde, men ikke ansvar for myndighed, hjemmepleje og plejecentre. Førstnævnte er organiseret i en selvstændig myndighedsafdeling, mens hjemmepleje og plejecentre er en del af ældreområdet.

Tabel 3.1 Sygeplejeområdets placering i forhold til øvrige, tilstødende områder i kommunen på fagchefniveau

	Favrskov	Holstebro	Næstved	Sønderborg	Aabenraa
Sygeplejen	X	X	X	X	X
Hjemmeplejen	X	X	X	X	
Midlertidige pladser	X	X	X	X	X
Myndighed, ældre	X	X	X		
Plejecentre	X	X	X		
Psykiatri					X

Sygeplejens organisering på ledelsesniveau 2

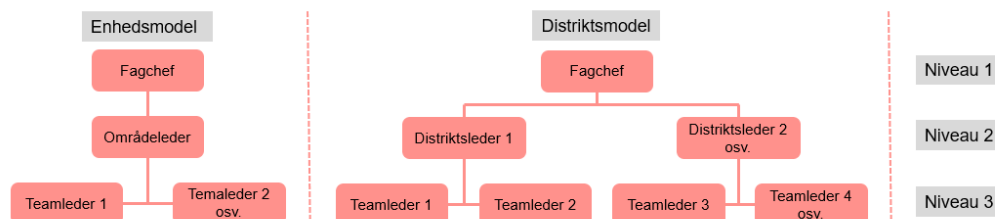
I alle fem deltagerkommuner er det ledelsesniveauet under fagchefen, som har budgetansvaret for sygeplejeområdet. I analysen kaldes dette ledelsesniveau under fagchefen ledelsesniveau 2, jf. Boks 3.2. Deltagerkommunerne har overordnet to forskellige ledelsesmodeller for organiseringen af dette niveau:

- **Enhedsmodel** med én budgetansvarlig områdeleder på 2. niveau og teamledere på 3. niveau
- **Distriktsmodel** uden områdeleder og med to eller flere budgetansvarlige distriktsledere på 2. niveau og herunder teamledere på 3. niveau.

Tre af deltagerkommunerne – Holstebro, Sønderborg og Aabenraa – har en enhedsmodel, mens to af deltagerkommunerne – Favrskov og Næstved – har en distriktsmodel.

Det skal bemærkes, at deltagerkommunerne har forskellige betegnelser for forskellige organisatoriske og ledelsesmæssige niveauer. I denne rapport anvendes betegnelsen 'områdeleder' om den ene leder, som refererer til fagchefen og har ansvar for *hele* sygeplejeområdet i en kommune (enhedsledelse). 'Distriktsledere' er tilsvarende et antal sideordnede ledere på niveau 2, der refererer til fagchefen, og som er ansvarlige for hver deres geografiske distrikt. Distriktsledere er således ansvarlige for *en del af* kommunens sygepleje, typisk inden for et afgrænset geografisk område. Ledere på niveau 3 betegnes i rapporten 'teamledere', uanset om der er tale om enheds- eller distriktsmodellen, jf. også Boks 3.2. Figur 3.1 giver en oversigt over de betegnelser, som VIVE bruger i analysen om chefer og ledere på de tre niveauer.

Figur 3.1 Betegnelser for ledelsesniveauer på sygeplejeområdet



Note: Kommunerne anvender lidt forskellige betegnelser for de enheder og ledere på niveau 3, som i denne rapport kaldes 'teams' og 'teamledere'. I Holstebro og Næstved Kommuner bruges betegnelsen 'teamleder', i Favrskov Kommune 'gruppeteleder', i Sønderborg Kommune 'daglig leder' og i Aabenraa Kommune 'driftsleder'. Sønderborg Kommune bruger derudover ikke betegnelsen 'områdeleder' af sygeplejen, men derimod 'distriktsleder' af sygeplejen. I de enkelte deltagerkommuner varierer det, om lederne på de forskellige niveauer kun er ansvarlige for kommunens sygepleje eller også er ansvarlige for fx hjemmeplejen. For ledere på niveau 2 gælder det fx, at distriktslederne i Næstved og Favrskov Kommuner samt områdelederen i Holstebro Kommune også er ansvarlige for hjemmeplejeområdet.

Opgaveporteføljen hos niveau 2-lederne, dvs. områdelederen eller distriktslederne, varierer mellem deltagerkommunerne. En væsentlig sondring er, om sygeplejen på ledelsesniveau 2 er organiseret sammen med eller adskilt fra henholdsvis hjemmepleje- og plejeboligområdet, dvs. om områderne har den samme eller en forskellig niveau 2-leder. Kombineret med ledelsesmodellen giver denne sondring seks mulige typer af organisering af sygeplejeområdet på ledelsesniveau 2. De fem deltagerkommuner er indplaceret i de seks typer i Tabel 3.2. Det bemærkes, at denne typologi ikke siger noget om, hvorvidt medarbejderne er organiseret sammen eller adskilt på ledelsesniveau 3, dvs. på teamniveau. Organiseringen på ledelsesniveau 3 er behandlet i afsnit 3.3.

Tabel 3.2 Typer af organisering af sygeplejeområdet på ledelsesniveau 2

Ledelsesmodel		
	Distriktsmodel	Enhedsmodel
Opgaveportefølge, ledelsesniveau 2	Type 1 Fuldt samorganiseret distriktsmodel Næstved	Type 2 Fuldt samorganiseret enhedsmodel
	Type 3 Delvist samorganiseret distriktsmodel Favrskov	Type 4 Delvist samorganiseret enhedsmodel Holstebro
	Type 5 Fuldt adskilt distriktsmodel	Type 6 Fuldt adskilt enhedsmodel Sønderborg Aabenraa
Fuldt samorganiseret: Sygepleje, hjemmepleje og plejecentre samlet		
Delvist samorganiseret: Sygepleje og hjemmepleje samlet – adskilt fra plejecentre		
Fuldt adskilt: Sygepleje adskilt fra hjemmepleje og plejecentre		

Af Tabel 3.2 ses det overordnede mønster, at kommunerne enten har en distriktsmodel med tendens til at samorganisere opgaverne på ældreområdet (øvre venstre hjørne) eller en enhedsmodel med tendens til at adskille opgaverne på ældreområdet (nedre højre hjørne). Det er logisk, at der ved samorganisering af opgaver kan være tendens til at vælge en distriktsmodel, da ledelsesansvaret for flere driftsområder og medarbejdere indebærer et større ansvarsområde og ledelsesspænd, der kan reduceres ved en distriktsopdeling.

I Næstved Kommune har man en 'fuldt samorganiseret distriktsmodel', hvor de fire distriktsledere på ledelsesniveau 2 er budgetansvarlige for såvel sygepleje som hjemmepleje og plejecentre. Favrskov Kommune har en 'delvist samorganiseret distriktsmodel', hvor to distriktsledere har ansvar for sygepleje og hjemmepleje. Holstebro Kommune har en 'delvist samorganiseret enhedsmodel', hvor områdelederen har ansvar for både sygeplejen og hjemmeplejen. Endelig har Sønderborg og Aabenraa Kommuner en 'fuldt adskilt enhedsmodel', hvor en områdeleder primært er budgetansvarlig for sygeplejeområdet.

I Holstebro og Næstved Kommuner er niveau 2-lederen med ansvar for sygeplejen desuden ansvarlig for alle eller nogle af kommunens midlertidige pladser.

Fordele og ulemper ved valg af ledelsesmodel

Deltagerkommunerne oplever både fordele og ulemper ved de forskellige ledelsesmodeller og de forskellige måder at organisere sygeplejen på i forhold til andre driftsområder. I det følgende fokuseres der på overvejelser om valg af *ledelsesmodel* for sygeplejeområdet på ledelsesniveau 2. Spørgsmålet om samorganisering eller adskillelse af driftsområder (fx sygeplejen og hjemmeplejen) er behandlet i afsnit 3.3, hvor fokus er på organisering af den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen på ledelsesniveau 2 og 3. Tabel 3.3 viser eksempler på de fordele og ulemper, som deltagerkommunerne fremhæver ved en enhedsmodel henholdsvis en distriktsmodel.

Tabel 3.3 Eksempler på mulige fordele og ulemper ved de to ledelsesmodeller

	Fordele	Ulemper
Enhedsmodel	Kan understøtte central økonomisk styring og modvirke decentral økonomisk suboptimering	Risiko for, at niveau 2-ledere er for langt fra driften Risiko for, at teamledere ikke påtager sig medansvar for budgettet
Distriktsmodel	Kan bidrage til økonomisk ansvarlighed i distrikterne	Risiko for decentral økonomisk suboptimering

I relation til de mulige fordele og ulemper i Tabel 3.3 kan der identificeres en række hensyn, som det er væsentligt at være opmærksom på, når man træffer beslutning om valg eller tilpasning af ledelsesmodel på sygeplejeområdet. På baggrund af deltagerkommunernes erfaringer og udsagn kan der identificeres tre hensyn med betydning for den økonomiske styring af sygeplejen:

1. Understøtte samlet økonomisk styring af sygeplejen og undgå økonomisk suboptimering
2. Understøtte decentral økonomisk ansvarlighed
3. Understøtte nærhed til driften for ledere på niveau 2.

Et væsentligt hensyn er at understøtte den samlede økonomiske styring af sygeplejen og undgå decentral økonomisk suboptimering. Økonomisk suboptimering vil her sige, at faglige ledere alene har fokus på egen økonomi og ikke blik for hele sygeplejens budget. Dette hensyn kan bl.a. understøttes organisatorisk ved at have en enhedsmodel på sygeplejeområdet, hvor der er én områdeleder, der har det formelle budgetansvar og løbende har et samlet overblik over forbrug, aktiviteter og produktivitet. Deltagerkommuner med en distriktsmodel har lavet forskellige tiltag for at understøtte den samlede styring og undgå økonomisk suboptimering. Eksempelvis har Favrskov Kommune kvartalsvise fællesmøder mellem distriktsledere og økonomikonsulenten, som er tilknyttet området. Som et andet eksempel får de fire distriktsledere i Næstved Kommune i forbindelse med budgetopfølgningen tilsendt hinandens tal, og på baggrund af disse tal har distriktslederne en praksis for at tage kontakt til hinanden og sparre om udfordringer og løsninger i relation til den økonomiske styring. I Næstved Kommune fremhæves endvidere en stærk kultur blandt distriktslederne for at hjælpe hinanden på tværs og derved undgå økonomisk suboptimering. En distriktsleder i Næstved Kommune fortæller bl.a., hvordan de ved årsafslutningen hjælper hinanden i forhold til merforbrug:

Man kan sige, at vi alle sammen i forskellige år kan komme ud for nogle udfordringer: ramt af mange langtidssygemeldinger, ramt af forskellige andre ting, som gør, at man kan få svært ved at 'komme hjem', og det bliver nogle gange ikke nemmere

at hente ind året efter [...]. Men selvfølgelig har vi alle sammen et ansvar for, at der er driftsoptimeret, og man får handlet på sygefravær og alle de her ting. Så det er jo ikke sådan en sovepude, hvor man bare kan sige, at jeg gør ingenting, fordi jeg bliver dækket ind. Man kan sige i det ene år, kan det være [navn på anden distriktsleder, red.], der bliver dækket ind, og et andet år kan det være mig. Men vi har alle sammen et fælles ansvar for at gøre vores yderste og få hjulpet hinanden.

Et andet hensyn er at understøtte decentral økonomisk ansvarlighed på sygeplejeområdet, herunder fremme de decentrale lederes inddragelse af økonomiske hensyn i de løbende faglige beslutninger på området. Dette hensyn kan bl.a. understøttes ved at organisere sygeplejen i en distriktsmodel, hvor det formelle budgetansvar er placeret hos flere distriktsledere. Budgetansvaret for sygeplejen fordeles med andre ord blandt flere ledere. Deltagerkommuner med en enhedsmodel arbejder på forskellig vis med at understøtte og fremme den økonomiske ansvarlighed hos teamlederne i en organisering med centralt budgetansvar hos områdelederen. Eksempelvis har Sønderborg Kommune gjort teamlederne i sygeplejen økonomisk ansvarlige for hver deres lønbudget, selvom det formelle budgetansvar stadig ligger hos områdelederen. Et andet eksempel er Aabenraa Kommune, der har implementeret et nyt koncept for budgetopfølgning, hvor der afholdes fælles budgetopfølgingsmøder med deltagelse af teamledere, områdeledere, fagchef og økonomifunktion. Endelig har Holstebro Kommune fx arbejdet med at forbedre den styringsinformation, som tilgår teamlederne, så de har et bedre grundlag for deres ressourcestyring. Se også kapitel 7.

Et tredje hensyn er at understøtte nærhed til driften for ledere på niveau 2, så lederen er i stand til træffe kvalificerede økonomiske beslutninger, fx ved at lederens ledelsesspænd og opgaveportefølje er tilpasset vedkommendes økonomiske ansvar. Flere deltagerkommuner med områdemodel fremhæver i den sammenhæng, at områdelederen kan overbebyrdes af økonomiske beslutninger, fx vedrørende styringen af budgettet til og det løbende forbrug af lønudgifter, såfremt områdelederen ikke har delegeret dele af det økonomiske ansvar til teamlederne på niveau 3. Hensynet om at sikre nærhed til driften for ledere på niveau 2 kan bl.a. understøttes ved at lave en fordeling og delegering af det økonomiske ansvar på sygeplejeområdet. Dette kan organisatorisk understøttes med en distriktsmodel, hvor flere distriktsledere deles om ansvaret. Deltagerkommuner med en enhedsmodel arbejder på forskellig vis med at undgå, at lederen på niveau 2 er for langt fra driften. Eksempelvis har områdelederne i både Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner arbejdet med at inddrage teamlederne i den økonomiske styring, bl.a. ved at teamlederne på forskellig vis inddrages i kommunens budgetopfølgning. Se også kapitel 7.

3.2.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at de fem deltagerkommuner har forskellige måder at organisere sygeplejen på i forhold til hjemmepleje og plejecentre samt forskellige ledelsesmodeller for sygeplejen. Det første er behandlet yderligere og vurderet i afsnit 3.3, hvor fokus er på organiseringen af den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen. I denne vurdering er der fokus på valg af *ledelsesmodel* for sygeplejen på niveauet under fagchefen, hvor der i deltagerkommunerne ses to overordnede modeller:

- Enhedsmodel med én budgetansvarlig områdeleder på niveau 2
- Distriktsmodel uden områdeleder og med to eller flere budgetansvarlige distriktsledere på niveau 2.

Det er ikke ud fra analysen muligt at afgøre, hvilken ledelsesmodel der er mest hensigtsmæssig i forhold til den økonomiske styring af sygeplejen. Derimod peger analysen på, at ledelsesmodellerne har hver deres fordele og ulemper i relation til den økonomiske styring.

Enhedsmodellen kan bidrage til at understøtte samlet økonomisk styring og modvirke økonomisk suboptimering, fordi én områdeleder har det samlede budgetansvar for hele sygeplejeområdet. Omvendt kan der med enhedsmodellen være en risiko for, at teamledere ikke ansvarliggøres i den økonomiske styring, og en risiko for, at lederen på niveau 2 er for langt fra driften. Det kan man eksempelvis håndtere ved, at teamlederne gives et økonomisk ansvar for deres egen lønramme og ved fælles budgetopfølgingsmøder med deltagelse af både områdeleder og teamleder(e).

Distriktsmodellen ser ud til at kunne medvirke til at understøtte økonomisk ansvarlighed i de enkelte distrikter og derigennem bidrage til den samlede økonomiske styring af sygeplejeområdet. Med distriktsmodellen kan der være en risiko for decentral økonomisk suboptimering. Dette kan man eksempelvis arbejde med at håndtere ved i budgetopfølgningen at have fællesmøder på tværs af distrikter og ved at give distriktslederne indsigt i hinandens tal i budgetopfølgningen som grundlag for dialog, samarbejde og læring på tværs.

3.3 Organisering af udekørende sygepleje i relation til hjemmeplejen

I dette afsnit afdækkes og vurderes organiseringen af den udekørende sygepleje, herunder i forhold til hjemmeplejen, på ledelsesniveau 2 og 3.

3.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Afsnit 3.2 beskrev den overordnede organisering af sygeplejen i forhold til bl.a. hjemmeplejen på ledelsesniveau 2. Der er også forskel mellem deltagerkommunerne på, om den udekørende sygepleje er organiseret sammen med eller adskilt fra hjemmeplejen på ledelsesniveau 3, jf. de anvendte ledelsesniveauer i analysen (se Boks 3.2 i afsnit 3.2).

Det fremgår af Tabel 3.4, at Næstved Kommune har samorganiseret sygepleje og hjemmepleje på både ledelsesniveau 3 og niveau 2. De øvrige fire deltagerkommuner har adskilt sygeplejen fra hjemmeplejen på ledelsesniveau 3. I Favrskov Kommune er ét af kommunens fire sygeplejeteams dog samorganiseret med hjemmeplejen på niveau 3. I Aabenraa og Sønderborg Kommuner er sygeplejen og hjemmeplejen adskilt på både niveau 2 og 3. I Holstebro Kommune og Favrskov Kommune (for 3 ud af 4 teams) er sygeplejen og hjemmeplejen derimod adskilte på niveau 3 og samorganiseret på niveau 2. Selvom den nærmeste budgetansvarlige i Favrskov og Holstebro Kommuner således har et samlet budgetansvar for begge områder, er der i kommunerne adskilte sygepleje- og hjemmeplejeteams.

Tabel 3.4 Organisering af udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen på niveau 2 og 3

Organisering af sygepleje og hjemmepleje på niveau 3		
Organisering af sygepleje på niveau 2	Adskilt	Sammen
Type 1: Fuldt samorganiseret distriktsmodel	-	Næstved
Type 2: Fuldt samorganiseret enhedsmodel	-	-
Type 3: Delvist samorganiseret og delvist adskilt distriktsmodel	Favrskov (3 teams)	Favrskov (1 team)
Type 4: Delvist samorganiseret og delvist adskilt enhedsmodel	Holstebro	-
Type 5: Fuldt adskilt distriktsmodel	-	-
Type 6: Fuldt adskilt enhedsmodel	Sønderborg Aabenraa	-

Note: Tabellen viser, at Næstved Kommune som den eneste af deltagerkommunerne har samorganiseret medarbejderne på sygepleje- og hjemmeplejeområdet på både niveau 2 og 3. Det kaldes også nogle steder 'integreret' modsat 'adskilt hjemmesygepleje' (se fx Topholm & Buch, 2021).

Med udgangspunkt i Tabel 3.4 kan der identificeres tre overordnede tilgange i deltagerkommunerne til organiseringen af den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen:

- En fuldt adskilt model, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er adskilt i både ledelsesniveau 2 og 3 (Sønderborg og Aabenraa Kommuner)
- En delvist samorganiseret og delvist adskilt model, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er samorganiseret på ledelsesniveau 2, men adskilt på ledelsesniveau 3 (Favrskov (3 af 4 teams) og Holstebro Kommuner)
- En fuldt samorganiseret model, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er organiseret sammen på både ledelsesniveau 2 og 3 (Næstved og Favrskov Kommuner (1 af 4 teams)).

Tabel 3.5 viser en oversigt over den specifikke organisering af den udekørende sygepleje. Det fremgår, at der er 2-4 udekørende sygeplejeteams i de deltagerkommuner, som har organiseret sygeplejen adskilt fra hjemmeplejen på ledelsesniveau 3, dvs. Favrskov (for 3 ud af 4 teams), Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner. Der er ikke overraskende flere udekørende teams i Næstved Kommune, der på niveau 3 har samorganiseret sygepleje og hjemmepleje i 14 'ude-teams'.

Tabel 3.5 Organisering af den udekørende sygepleje

Kommuner med distriktsmodel		Kommuner med enhedsmodel		
Sygepleje og hjemmepleje sammen på niveau 2		Sygepleje og hjemmepleje adskilt på niveau 2		
Favrskov	Næstved	Holstebro	Sønderborg	Aabenraa
3 sygeplejeteams og 1 team samorganiseret i ledelsesniveau 3	14 teams samorganiseret i ledelsesniveau 3	2 sygeplejeteams	4 sygeplejeteams	2 sygeplejeteams

Fordele og ulemper ved forskellige valg af organisering

Deltagerkommunerne angiver både fordele og ulemper ved de forskellige organiseringer af den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen. Tabel 3.6 viser eksempler på de økonomistyringsmæssige fordele og ulemper, som deltagerkommunerne fremhæver ved at have en henholdsvis adskilt og samorganiseret model. De nævnte fordele og ulemper knytter sig både til

niveau 2 og 3 i en fuldt adskilt henholdsvis en fuldt samorganiseret model. En delvist samorganiseret og delvist adskilt model understøtter fordelene ved samorganisering på niveau 2 og fordelene ved adskillelse på niveau 3, jf. Tabel 3.6.

Tabel 3.6 Eksempler på mulige fordele og ulemper ved de tre modeller for organisering af udekørende sygepleje i relation til hjemmeplejen

Model for organisering	Fordele	Ulemper
1: Fuldt adskilt model	Kan understøtte fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling	Risiko for mangel på tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen Risiko for mindre effektiv anvendelse af personale
2: Delvist samorganiseret/adskilt model (samorganiseret på niveau 2, adskilt på niveau 3)	Niveau 2: Samme fordele som ved fuldt samorganiseret model Niveau 3: Samme fordele som ved fuldt adskilt model	Niveau 2: Samme ulemper som ved fuldt samorganiseret model Niveau 3: Samme ulemper som ved fuldt adskilt model
3: Fuldt samorganiseret model	Kan understøtte tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen Kan understøtte en effektiv anvendelse af personale	Risiko for mindre fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling

På baggrund af deltagerkommunernes erfaringer og udsagn kan der identificeres tre hensyn med betydning for den økonomisk styring, som det er væsentligt at være opmærksom på, når man træffer beslutning om valg eller tilpasning af organisering for den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen på ledelsesniveau 2 og 3. Der er tale om følgende tre hensyn:

1. Understøtte tværfagligt samarbejde mellem sygepleje og hjemmepleje
2. Understøtte en effektiv anvendelse af personaleresourcer
3. Understøtte fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling.

Det første hensyn er at sikre et tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen. Et godt tværfagligt samarbejde kan understøtte en helhedsorienteret tilgang til opgaveløsningen, herunder bl.a. reducere dobbeltarbejde (og dermed ressourceforbrug) samt bidrage til sammenhæng mellem det forebyggende arbejde på fx hjemmeplejeområdet og et senere reduceret behov for kommunal sygepleje. Desuden kan det tværfaglige samarbejde understøtte gensidig læring, herunder udvikle hjemmeplejepersonalets sygeplejefaglige kompetencer og dermed deres mulighed for at løse sygeplejefaglige opgaver bedre. Endelig kan tværfagligt samarbejde give gode forudsætninger for faggruppernes gensidige kendskab til hinandens kompetencer og derigennem medvirke til at sikre, at overdragelse af sygeplejeydelser sker i rette omfang og til medarbejdere med de nødvendige kompetencer, jf. også det næste hensyn. Overdragelse af relevante sygeplejeydelser fra sygeplejen til hjemmeplejen kan forbedre produktiviteten, når timeprisen er lavere i hjemmeplejen end i sygeplejen, hvilket den typisk vil være³⁰. En fuld samorganisering af sygeplejen og hjemmeplejen kan understøtte disse formål ved, at der er tværfaglige teams med en fælles daglig ledelse, der giver gode forudsætninger for vidensudveksling og gensidigt kendskab i hverdagen. I Næstved Kommune har man for at udnytte mulighederne ved samorganiseringen i ledelsesniveau 3 nedsat tværfaglige miniteams omkring borgere og etableret en fælles arbejdsproces i teamsene med fælles mål, dialog og

³⁰ En lavere timepris i hjemmeplejen end i sygeplejen kan fx skyldes forskellig ATA-tid i hjemmeplejen og sygeplejen samt højere lønomkostninger til sygeplejersker i forhold til social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. For en sammenligning af kommunale lønomkostninger til hhv. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere se fx Kommunal Sundhed (2019).

evaluering af de borgerrettede indsatser. De fire øvrige deltagerkommuner med adskilt syge- og hjemmepleje på teamniveau arbejder på forskellige måder med at understøtte det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen (se også kapitel 6). Blandt andet har man i Favrskov, Holstebro og Aabenraa Kommuner faste tværfaglige møder med fokus på konkrete borgere med deltagelse af sygepleje- og hjemmeplejepersonale.³¹ Derudover fremhæver Favrskov Kommune bl.a., at de har sygeplejen og hjemmeplejen beliggende på samme fysiske lokation, hvilket fremmer det tværfaglige samarbejde og medfører, at medarbejdere i hjemmeplejen kan få faglig sparring af sygeplejen på alle tider af døgnet. I Sønderborg Kommune arbejder man bl.a. med 'sammenhængende borgerforløb' som en måde at sikre det tværfaglige samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen på. En interviewperson fra Sønderborg Kommune fortæller:

Det er ikke sygeplejerskerne alene, der med deres faglighed kan løse kerneopgaven, eller assistenterne. Vi er allesammen bidragsydere og for at kunne se den helhed i de sammenhængende borgerforløb, og især i de komplekse, så skal vi tætte på hinanden. [...] Det [drejer sig, red.] selvfølgelig om opfølgingsdelen, fordi den står sygeplejen særskilt med, hvor man kan sige, det ville jo være oplagt at en eventuel opfølgning måske kunne foregå, mens assistenten var ude i hjemmet, sådan at man får helheden med. Eller hvis sygeplejen alligevel skal ud i hjemmet, at man så gør det sammen, eller at man har et formøde inden.

Det andet hensyn drejer sig om at få personaleressourcerne anvendt mest effektivt på tværs af opgaverne i sygeplejen og hjemmeplejen. Dette hensyn kan bl.a. understøttes organisatorisk ved at samorganisere sygeplejen og hjemmeplejen hos en budgetansvarlig leder på niveau 2 (og evt. også på niveau 3, jf. forrige hensyn), så der er mulighed for at foretage samlede prioriteringer af personaleressourcer på tværs. Hensynet kan også understøttes på andre måder end ved samorganisering. I Sønderborg Kommune, hvor sygeplejen og hjemmeplejen er adskilt, arbejder man bl.a. med effektiv personaleudnyttelse ved at have fokus på, at sygeplejen skal overdrage flere opgaver til hjemmeplejen, når der er travlt i sygeplejen, og omvendt løse flere opgaver selv, når der er ledig kapacitet.

Det tredje hensyn, som fremhæves af flere deltagerkommuner er, at organiseringen endelig skal understøtte fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling, så de rette sygeplejefaglige kompetencer er til stede i forhold til kommunens sygeplejeopgaver. Med fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling forstås, at de nødvendige kompetencer er til stede til at udføre kommunens sygeplejeindsatser på et højt og tilstrækkeligt fagligt niveau, herunder at der fx også er kompetencer til at varetage kompleks sygepleje og specialistopgaver, samt at der er udviklingskraft på sygeplejeområdet.³² De relevante sygeplejefaglige kompetencer i kommunen kan besiddes af forskellige faggrupper, herunder fx både af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.³³ En høj sygeplejefaglighed kan understøtte den økonomiske styring ved, at forløb ikke bliver unødvendigt dyre, fx ved at borgeren modtager en sygeplejefaglig indsats af høj kvalitet første gang, hvorved behovet for opfølgende kommunale opgaver reduceres. Hensynet til sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling kan ifølge nogle deltagerkommuner understøttes organisatorisk ved at adskille sygeplejen fra hjemmeplejen på niveau 3, dvs. gennem enten en fuldt eller en delvist adskilt model. En adskilt model

³¹ Kaldes tværfaglige møder i Aabenraa Kommune, borgerkonferencer i Holstebro Kommune og borgergennemgang i Favrskov Kommune.

³² Se fx Topholm & Buch (2021) for en diskussion af 'sygeplejefaglighed' i relation til en adskilt og integreret organisering.

³³ Se fx Vinge & Topholm (2021, s. 51-50) for undersøgelse af, hvilke kommunale sygeplejeindsatser som leveres af de forskellige faggrupper (sygeplejersker, assistenter og hjælpere).

kan således muligvis give gode vilkår for fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling, bl.a. fordi de sygeplejefaglige medarbejdere kan have gode muligheder for løbende sygeplejefaglig sparring inden for teamet. Næstved Kommune, der har samorganiseret syge- og hjemmepleje på niveau 3, arbejder bl.a. med at understøtte et fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling via kompetenceudvikling (fx diplommodul i akutsygepleje jf. afsnit 3.5) og ved at have monofaglige møder, hvor hvert distrikts sygeplejersker mødes hver anden uge.

3.3.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at de fem deltagerkommuner har forskellige måder at organisere den udekørende sygepleje på i forhold til hjemmeplejen på henholdsvis niveau 2 og 3. Der ses i deltagerkommunerne tre overordnede modeller, nemlig en fuldt adskilt model, en delvist samorganiseret/adskilt model og en fuldt samorganiseret model.

Det er ikke ud fra analysen muligt at afgøre, hvilken organisering af den udekørende sygepleje i forhold til hjemmeplejen der er mest hensigtsmæssig i forhold til den økonomiske styring af sygeplejen. Derimod peger analysen på, at organiseringsmodellerne har hver deres fordele og ulemper i relation til at understøtte tre hensyn med betydning for den økonomiske styring. Forudsætningerne for at tilgodese de enkelte hensyn er således forskellige, afhængig af sygeplejens organisering i forhold til hjemmeplejen.

En fuldt eller delvist adskilt model kan give gode betingelser for et fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling. Et fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling kan bl.a. medvirke til, at forløb ikke bliver unødvendigt dyre, fx ved at borgeren modtager en sygeplejefaglig indsats af høj kvalitet, der reducerer behovet for en opfølgende kommunal indsats. Omvendt er der med en adskilt model risiko for en mindre effektiv udnyttelse af personaleresourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen. Det kan man fx søge at kompensere for ved at have særligt fokus på overdragelse af sygeplejeydelser (se fx afsnit 4.4 og afsnit 6.3). Desuden kan der med en adskilt model være mindre gunstige betingelser for tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen. Det kan man eksempelvis forsøge at kompensere for via en fast praksis for tværfaglige møder på tværs af syge- og hjemmeplejen, tværfagligt samarbejde om borgerforløb og placering af sygeplejen og hjemmeplejen på samme fysiske lokation.

En fuldt samorganiseret model kan understøtte det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og sygepleje ved, at der er en fælles teamleder samt gode vilkår for, at forskellige medarbejdere og faggrupper inden for teamet kan udveksle viden og opnå et gensidigt kendskab til hinandens kompetencer. Dette kan understøtte den økonomiske styring, fx ved at medvirke til at reducere dobbeltarbejde, til at opkvalificere sygeplejefagligheden i hjemmeplejen samt til, at overdragelse af sygeplejeydelser sker i rette omfang og til medarbejdere med de nødvendige kompetencer. Omvendt kan en fuld samorganisering indebære en risiko for mindre fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling, hvis der fx ikke er fokus på sygeplejefaglig kompetenceudvikling og sparring. Det kan man eksempelvis håndtere ved at understøtte fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling via kompetenceudvikling og ifølge nogle deltagerkommuner ved en praksis for monofaglige møder blandt sygeplejerskerne.

Endelig kan både en fuldt og en delvist samorganiseret model understøtte en effektiv anvendelse af personaleresourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen ved, at den budgetansvarlige leder kan foretage samlede prioriteringer af personaleresourcerne på tværs af faggrupper.

3.4 Organisering af sygeplejeklinikker

I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes organisering af sygeplejeklinikker, dvs. fysiske klinikker, hvor borgerne selv kommer og modtager sygeplejeydelser frem for fx at modtage ydelserne i eget hjem af den udekørende sygepleje.

3.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Alle deltagerkommunerne arbejder for at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker først og fremmest for at forbedre produktiviteten i leveringen af den kommunale sygepleje. Se også afsnit 2.3 for en uddybning af deltagerkommunernes strategiske arbejde med at øge klinikanvendelsen og afsnit 6.3 om visitation til sygeplejeklinik.

Organiseringen kan være en måde, hvorpå kommunen kan understøtte en øget anvendelse af klinikker. Deltagerkommunernes organisering af sygeplejeklinikkerne fremgår af Tabel 3.7. Tabellen viser den ledelsesmæssige forankring af kommunens sygeplejeklinikker og antallet af klinikker.

Tabel 3.7 Organiseringen af sygeplejeklinikker

	Favrskov	Holstebro	Næstved	Sønderborg	Aabenraa
Ledelsesmæssig forankring	Under teamledere i udekørende sygepleje	2 mindre klinikker under teamledere i udekørende sygepleje 1 større klinik under leder af akutfunktion og midlertidige pladser	Under en teamleder i udekørende sygepleje	Under teamledere i udekørende sygepleje	8 mindre 'satellitklinikker' under teamledere med ansvar for udekørende sygepleje 4 større, stationære klinikker under leder af akutteam og tværgående funktioner
Antal sygeplejeklinikker	5	3	1 (pilotprojekt) Forventer yderligere 3 i 2021	7	12 (heraf 8 'satellitklinikker')

I Næstved Kommune har man åbnet den første sygeplejeklinik i 2020 som et pilotprojekt og har haft meget få klinikbrugere grundet udbruddet af covid-19 fra foråret 2020. Kommunen forventer dog at åbne yderligere tre sygeplejeklinikker i 2021. De øvrige fire deltagerkommuner har længere tids erfaring med anvendelse af sygeplejeklinikker.

I de fire deltagerkommuner med længere tids erfaring med brug af sygeplejeklinik er der et antal klinikker placeret under teamledere med ansvar for den udekørende sygepleje. Ved at have klinikker under samme budgetramme som den udekørende sygepleje kan det økonomiske incitament til klinikanvendelse øges, da man sparer køretiden i den udekørende sygepleje og dermed forøger ATA-tiden³⁴.

Kortlægningen viser, at der i de fire deltagerkommuner med længere tids erfaring med brug af sygeplejeklinik er to overordnede modeller for organisering af sygeplejeklinikker. For det første en *decentral model* med et antal mindre sygeplejeklinikker, som er forankret i de udekørende

³⁴ ATA-tid betyder ansigt-til-ansigtstid og er et udtryk for andelen af medarbejdernes timer, som anvendes på at levere de tildelte indsatser. Nogle kommuner anvender også begrebet BTP (brugertidsprocent), som er den andel af arbejdstiden en medarbejder bruger hos borgeren.

sygeplejeteams. For det andet en *kombinationsmodel* med et antal mindre klinikker forankret i de udekørende teams og en eller flere større klinikker forankret centralt hos samme leder som akutfunktionen. Kombinationsmodellen er således en 'udvidet' decentral model.

Favrskov og Sønderborg Kommuner har en *decentral model* med fem henholdsvis syv mindre klinikker, som er forankret i de udekørende sygeplejeteams. Holstebro og Aabenraa Kommuner har en *kombinationsmodel* med et antal mindre klinikker forankret i de udekørende teams og en eller flere større klinikker forankret centralt hos samme leder som akutfunktionen. Holstebro Kommune har således to mindre sygeplejeklinikker med forankring i de udekørende teams, der holder åbent en dag om ugen. Samtidig har kommunen en større klinik i Holstebro by, der er åben på daglig basis. Den store sygeplejeklinik er placeret under lederen af akutfunktionen og de midlertidige pladser og har et selvstændigt budget i forhold til den udekørende sygepleje (se også afsnit 4.5). Tidligere hørte den store sygeplejeklinik i Holstebro by under sit eget center, men fra midten af 2020 slog kommunen centeret sammen med center for hjemmepleje og sygepleje med henblik på at lette overgangen af borgere fra udekørende sygepleje over i sygeplejeklinik. Holstebro Kommune havde således konstateret, at det var lettere at få borgere i sygeplejeklinik i de to mindre klinikker, som var forankret i samme center med samme chef som den udekørende sygepleje, end det var i den store klinik, som på daværende tidspunkt lå i et andet center med en anden chef.

Aabenraa Kommune har flere sygeplejeklinikker end de øvrige deltagerkommuner, nemlig tolv i alt. Otte af disse er mindre 'satellitklinikker', som er forankret i de udekørende sygeplejeteams. Disse mindre satellitklinikker kan åbnes og lukkes med relativt stor fleksibilitet, da satellitklinikkerne ifølge kommunen typisk kræver mindre udstyr og kan placeres i eksisterende kommunale bygninger såsom aktivitetscentre, haller og kulturhuse. I Aabenraa Kommune er de fire store klinikker placeret under lederen af akutteamet, men personalet på de fire store klinikker indgår samtidig i områdernes udekørende sygepleje og er formelt en del af de udekørende teamlederes normering. I både Holstebro og Aabenraa Kommuner udføres der på de store sygeplejeklinikker mere komplekse sygeplejeindsatser end på de mindre.

I forhold til antallet og størrelsen af sygeplejeklinikker nævner flere deltagerkommuner, at det kan forbedre den økonomiske styring at have relativt mange mindre klinikker tæt på borgernes bopæl. Dette skyldes ifølge nogle deltagerkommuner, at det derved er muligt at tilbyde flere borgere sygepleje i klinik, når klinikken er beliggende i nærheden af borgerens bopæl, og det således kan være lettere og mere overskueligt for borgeren at transportere sig til klinikken. Desuden kan klinikker tæt på borgerens hjem betyde, at kommunen undgår at skulle afholde eventuelle transportudgifter³⁵ forbundet med transport til en sygeplejeklinik, der ligger længere væk. De mindre klinikker kan ifølge en deltagerkommune være relativt billige at oprette og lukke igen, da de ikke kræver meget udstyr og kan placeres i eksisterende kommunale bygninger. Omvendt tilbyder nogle af de små sygeplejeklinikker ifølge flere deltagerkommuner ofte ikke lige så mange forskellige sygeplejeindsatser som de større klinikker (fx sårpleje). En deltagerkommune nævner eksempelvis, at nogle af de mindre klinikker stort set kun består af et bord, hvorfra der medicindoseres, hvorimod de større stationære klinikker er indrettet med bl.a. behandlerstole. Større og veludstyrede klinikker kan dermed isoleret set være med til at øge klinikanvendelsen, da flere borgere kan få deres indsatser leveret i klinik. Omvendt kan en ulempe ved modellen med færre, større klinikker være, at nogle borgere kan have langt til sygeplejeklinikken, hvilket kan begrænse klinikanvendelsen.

³⁵ Det er forskelligt, om deltagerkommunerne yder befordringsgodtgørelse ved borgernes brug af sygeplejeklinik. Transport til kommunal sygeplejeklinik er ifølge lovgivningen ikke tilskudsberettiget (Sygeplejersken, 2017).

Vedrørende bemanningen af sygeplejeklinikker nævner to af deltagerkommunerne, at de har planer om at arbejde med, at det ikke kun er sygeplejersker, men også social- og sundhedsassistenter, som bemander klinikkerne. Ifølge deltagerkommunerne er formålet hermed at forbedre produktiviteten på sygeplejeområdet, fx ved at overdragede sygeplejeydelser såsom medicindosering udføres på sygeplejeklinik af social- og sundhedsassistenter.

3.4.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at der i deltagerkommunerne er to overordnede modeller for organisering af sygeplejeklinikker:

- **Decentral model** med et antal mindre sygeplejeklinikker, som er forankret i de udekørende sygeplejeteams
- **Kombinationsmodel** med et antal mindre klinikker forankret i de udekørende teams og en eller flere større klinikker forankret centralt hos samme leder som akutfunktionen. Kombinationsmodellen er således en 'udvidet' decentral model.

De to modeller kan understøtte klinikanvendelsen og dermed den økonomiske styring af sygeplejen på en række måder, som har påvirket deltagerkommunernes overvejelser og valg af model. På den baggrund vurderer VIVE, at kommunerne med fordel kan tage stilling til tre organisatoriske valg i arbejdet med sygeplejeklinikker. Disse uddybes nedenfor.

For det første peger analysen på, at kommunerne med fordel kan tage stilling til, under hvilken leder og budgetramme hvilke sygeplejeklinikker organisatorisk skal forankres. En forankring decentralt i de udekørende sygeplejeteams kan understøtte et økonomisk incitament til at øge klinikanvendelsen decentralt, da ATA-tiden stiger, køretiden falder, og produktiviteten dermed forbedres. En central organisatorisk forankring af klinik kan understøtte et decentralt økonomisk incitament til at øge klinikanvendelsen i tilfælde af, at den udekørende sygepleje kan frigøre ressourcer ved henvise borgere til en central klinik uden intern afregning (se også afsnit 4.5 om ressourcefordeling til sygeplejeklinikker).

For det andet viser analysen, at kommunerne med fordel kan tage stilling til, hvor mange og hvor store sygeplejeklinikker der skal være. Her kan det overvejes, om der skal være flere mindre klinikker eller færre, større klinikker eller en kombination heraf. Analysen viser, at kommunerne eksempelvis kan kombinere et antal mindre klinikker, der i nogle sammenhænge leverer færre typer af sygeplejeindsatser bl.a. grundet mindre udstyr, med en eller flere større klinikker, der udfører flere forskellige typer af sygeplejeindsatser.

For det tredje peger to af deltagerkommunernes udsagn i retning af, at kommunerne med fordel kan forholde sig til, hvilke medarbejdergrupper som skal bemane klinikkerne med henblik på at sikre en høj produktivitet og kvalitet i indsatserne. Der kan fx være tale om, at social- og sundhedsassistenter, og ikke kun sygeplejersker, udfører sygeplejeopgaver på klinikkerne.

3.5 Organisering af akutfunktionen

Danske kommuner skal kunne varetage akut sygepleje døgnet rundt alle ugens dage. Dette indebærer, at en kommunal akutfunktion fx skal kunne varetage lægehenviste borgere med akut opstået eller forværring af kendt sygdom, lægehenviste borgere, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje og/eller behandlingsbehov, samt borgere henvist fra den

udekørende sygepleje, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale.³⁶ Ifølge Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder beskrives akutsygepleje i en kommune som akutte og subakutte indsatser defineret som henholdsvis: ”en indsats, der etableres og leveres med kort varsel – det vil sige inden for få timer” (akut sygepleje), og ”en indsats, der leveres dagen efter henvendelse” (subakut sygepleje).³⁷ I oprettelsen af en akutfunktion på sygeplejeområdet kan kommunerne fx vælge at etablere et akutteam, etablere akutpladser eller have akutfunktionen integreret i den almindelige sygepleje. Uagtet hvilken organisering kommunen vælger – akutpladser, akutteam, integration i den udekørende sygepleje eller en kombination – er der i alle tilfælde i lovgivningsmæssig forstand tale om ’hjemmesygepleje’ jf. sundhedslovens § 138. Andelen af kommuner med akutteams har været i betydelig vækst i 2010’erne. Således havde 93 % af kommunerne i 2020 et akutteam. Andelen af kommuner med akutpladser er omvendt faldet fra 71 % i 2015 til 53 % i 2020.³⁸

I dette afsnit afdækkes og vurderes organiseringen af akutfunktionen i deltagerkommunerne, herunder placeringen af akutfunktionen i relation til den udekørende sygepleje.

3.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Organisering af akutfunktionen

Figur 3.2 viser en oversigt over organiseringen af akutfunktionen i relation til den udekørende sygepleje i de fem deltagerkommuner. Det fremgår af figuren, at deltagerkommunerne typisk er organiseret i et antal geografisk opdelte udekørende sygeplejeteams og en tværgående akutfunktion. Akutfunktionerne er organiseret lidt forskelligt, men består typisk af en udekørende akutsygepleje, ofte organiseret i et akutteam, i nogle tilfælde kombineret med et antal akutpladser³⁹. Næstved Kommune afviger fra det generelle mønster, da kommunen ikke har et særskilt akutteam, men derimod har integreret sin udekørende akutfunktion i den almindelige udekørende sygepleje. Den nærmere organisering af akutfunktionerne er behandlet nedenfor.

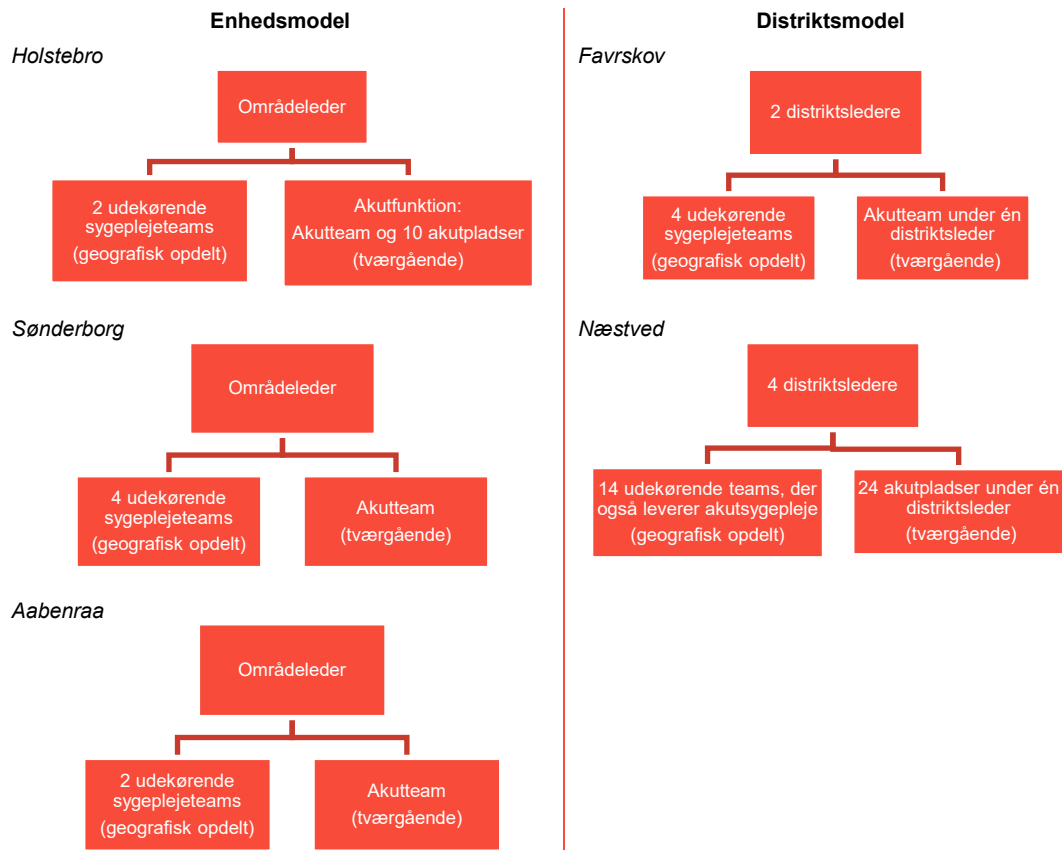
³⁶ Sundhedsstyrelsen (2017, s. 10).

³⁷ Sundhedsstyrelsen (2017, s. 19).

³⁸ Vinge, Buch & Kjellberg (2021, s. 10). Se også KI (2014b) for et overblik over organiseringen af kommunernes akutfunktion i 2013.

³⁹ Akutpladser forstås i denne analyse som en midlertidig døgndækket plads, som kommunen selv har defineret som en akutplads, og hvortil borgeren er visiteret efter sundhedslovens §138 (og ikke efter servicelovens § 84.2, som er lovgrundlaget for visitation til øvrige former for midlertidige pladser, fx rehabiliterings-, korttids- eller aflastningspladser). Er borgerne visiteret til en akutplads efter sundhedsloven, må de ikke betale for kost, linned, tøjvask mv. (hvilket de kan opkræves på midlertidige pladser visiteret efter serviceloven). Indsatsen på de midlertidige døgndækkede pladser sker i krydsfeltet mellem serviceloven og sundhedsloven, hvilket kan medføre kompleksitet i forståelsen af det lovgivningsmæssige grundlag og forskellig praksis for definitionen af akutpladser og andre midlertidige pladser på tværs af kommunerne (se fx KOSU (2015) samt Kammeradvokaten (2018)).

Figur 3.2 Organisering af den udekørende sygepleje og akutfunktion



Note: Kommunerne anvender lidt forskellige betegnelser for de enheder og ledere på niveau 3, som i denne analyse kaldes teams og teamledere. I Favrskov Kommune bruges betegnelsen 'gruppeleder', i Holstebro og Næstved Kommuner 'teamleder', i Sønderborg Kommune 'daglig leder' og i Aabenraa Kommune 'driftsleder'. Sønderborg Kommune bruger derudover ikke betegnelsen områdeleder af sygeplejen, men derimod 'distriktsleder' af sygeplejen, om lederen på niveau 2.

Som nævnt har de fem deltagerkommuner organiseret deres akutfunktion forskelligt med hensyn til den udekørende akutsygepleje og eventuelle akutpladser. Det fremgår af Tabel 3.8. Sønderborg og Aabenraa Kommuner har organiseret akutfunktionen med et fast udekørende akutteam og ingen akutpladser. Favrskov Kommunes organisering af akutfunktionen ligner denne model, da kommunen har et fast, udekørende akutteam og kun én akutplads. Holstebro Kommune har et fast, udekørende akutteam og 10 akutpladser. Endelig har Næstved Kommune ikke et særskilt udekørende akutteam, men har i stedet integreret den udekørende akutfunktion i den 'almindelige' udekørende sygepleje. Derudover har kommunen 24 akutpladser i en særskilt enhed.

Tabel 3.8 Deltagerkommunernes organisering af sygeplejens akutfunktion

	Favrskov	Holstebro	Næstved	Sønderborg	Aabenraa
Udekørende akutteam					
Akutteam (ja/nej)	Ja	Ja	Nej, varetages af udekørende sygepleje	Ja	Ja
Antal sygeplejersker i akutteam	6	5	-	9 fuldtidsstillinger (14 sygeplejersker)	8
Ledelsesmæssig forankring	Leder af akutteam og to udekørende sygeplejeteams Niveau 3	Leder af akutteam, akutpladser og midlertidige pladser Niveau 3	Ledere af ude-teams Niveau 3	Leder af akutteam Niveau 3	Leder af akutteam og stationære klinikker Niveau 3
Akutpladser					
Akutpladser (ja/nej)	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Antal	1	10	24	0	0
Organisatorisk placering	På plejecenter	I samlet akutfunktion, samme leder som akutteam	I enhed for akutpladser, anden leder end akutteam	-	-

Af Tabel 3.8 fremgår også antallet af medarbejdere i deltagerkommunernes udekørende akutteam. I Holstebro og Favrskov Kommuner er der 5-6 sygeplejersker i akutteamet, mens der i Aabenraa Kommune er 8 sygeplejersker og i Sønderborg Kommune 9 fuldtidssygeplejersker⁴⁰ i akutteamet. Disse forskelle kan bl.a. hænge sammen med, om kommunen har akutpladser, akutteamets åbningstider, akutteamets samarbejde med den øvrige sygepleje samt forskelle i deltagerkommunernes indbyggertal⁴¹.

Endelig fremgår det af Tabel 3.8, at den ledelsesmæssige forankring af akutteamet varierer på tværs af deltagerkommunerne. I Sønderborg Kommune har lederen af akutteamet kun ansvar for akutteamet, mens lederen af akutteamet i Favrskov, Holstebro og Aabenraa Kommuner også har ansvar for andre delområder i sygeplejen. I Favrskov Kommune har lederen af akutteamet således også ledelsesansvar for to udekørende sygeplejeteams. I Holstebro Kommune er lederen af akutteamet også ansvarlig for akutpladser og visse af kommunens midlertidige pladser. I Aabenraa Kommune er lederen af akutteamet også ansvarlig for de fire store sygeplejeklinikker. Flere deltagerkommuner fortæller, at samorganiseringen og den fælles ledelse af akutteamet med andre delområder i sygeplejen kan være med til at forbedre kapacitetsudnyttelsen, fordi lederen kan prioritere ledig medarbejderkapacitet i akutteamet på andre af sine områder. I Sønderborg Kommune, hvor lederen af akutteamet kun har dette ansvarsområde, arbejdes der fx med at sikre en høj kapacitetsudnyttelse ved, at akutteamet hjælper til i den udekørende sygepleje på ad hoc-basis. Se også afsnit nedenfor om fordele og ulemper ved at have enten særskilt akutteam eller at have den udekørende akutfunktion integreret i den udekørende sygepleje.

Det er på baggrund af analysen muligt at identificere fire modeller for organisering af akutfunktionen, efter om kommunen har valgt at have et særskilt udekørende akutteam henholdsvis særskilte akutpladser. De fire modeller fremgår af Tabel 3.9. For det første kan kommunerne

⁴⁰ 14 sygeplejersker er ansat.

⁴¹ Opgøres antallet af medarbejdere i akutteamet pr. 10.000 borgere over 67 år er der i Favrskov Kommune 7,4, i Holstebro Kommune 4,7, i Sønderborg Kommune 5,5 og i Aabenraa Kommune 6,5 medarbejdere.

som omtalt både have et særskilt akutteam og akutpladser. Denne model findes i Holstebro Kommune. For det andet kan kommunerne vælge en model med et særskilt akutteam, men uden akutpladser. Denne model findes i Favrskov Kommune (der dog har én akutplads), Sønderborg og Aabenraa Kommuner. For det tredje er det muligt at have en model uden særskilt akutteam, men med den udekørende akutsygepleje integreret i den udekørende sygepleje, og derudover akutpladser. Denne model findes i Næstved Kommune. Endelig kan kommunerne vælge at have en integreret akutfunktion uden hverken akutteam eller akutpladser. Denne model er der ingen af de fem deltagerkommuner, der har.

Tabel 3.9 Modeller for organisering af akutfunktionen

Særskilte akutpladser			
		Ja	Nej
Særskilt akutteam	Ja	Særskilt akutteam og akutpladser (Holstebro)	Særskilt akutteam uden akutpladser (Favrskov*, Sønderborg og Aabenraa)
	Nej (integreret i udekørende sygepleje)	Integreret akutsygepleje og særskilte akutpladser (Næstved)	Integreret akutfunktion

Note: * Det skal bemærkes, at Favrskov Kommune har én akutplads.

Fordele og ulemper: særskilt akutteam eller integreret i udekørende sygepleje

Deltagerkommunerne oplever både fordele og ulemper ved de forskellige modeller for organisering af akutfunktionen. Tabel 3.10 viser eksempler på de fordele og ulemper, som deltagerkommunerne fremhæver ved at have et særskilt akutteam henholdsvis at have den udekørende akutsygepleje integreret med den udekørende sygepleje.

Tabel 3.10 Eksempler på mulige fordele og ulemper ved særskilt akutteam eller ej

	Fordele	Ulemper
Særskilt akutteam	Højt specialiseret akutsygeplejefaglig viden	Risiko for lav kapacitetsudnyttelse
Integreret udekørende akutfunktion	Understøtter høj kapacitetsudnyttelse	Risiko for utilstrækkelig akutsygeplejefaglig specialisering

I relation til fordele og ulemper i Tabel 3.10 kan der på baggrund af deltagerkommunernes erfaringer og udsagn identificeres to overordnede hensyn, der knytter sig til den økonomiske styring, og som det er væsentligt at være opmærksom på, når man træffer beslutning om organisering af akutfunktionen:

1. Understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje, så kommunen døgnet rundt har sygeplejefaglige kompetencer til at udføre akut sygepleje
2. Understøtte høj kapacitetsudnyttelse af akutsygeplejersker.

Et væsentligt hensyn i den udekørende akutfunktion er at understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje. Flere af deltagerkommunerne med særskilte udekørende akutteams fremhæver, at denne organisering giver gode betingelser for specialiserede kompetencer i akutsygepleje, og at denne organisering kan være med til at forbedre og stabilisere forløb, så fx indlæggelser og genindlæggelser undgås. Et særskilt argument, som flere deltagerkommuner med akutteam i den forbindelse fremhæver, er, at akutteamet ofte har et tæt samarbejde til de praktiserende læger, som kan ringe til akutteamet og bede dem tage sig af borgere, som

ellers kunne være blevet indlagt. Flere deltagerkommuner fremhæver, at de praktiserende læger ofte er trygge ved akutteamets kompetencer, og ved at akutsygeplejerskerne har det nødvendige udstyr og tid til borgeren. Derudover nævner flere deltagerkommuner med akutteam, at det kan være fornuftigt at samle, udvikle og fastholde specialiserede akutkompetencer i et mindre team. Dette sammenlignet med et alternativ, hvor kommunen skal bekoste uddannelse i akutsygepleje til mange udekørende sygeplejersker, der ikke vil have de samme forudsætninger for at vedligeholde kompetencer i akutsygepleje, fordi disse sygeplejersker også har mange andre opgaver. I Næstved Kommune, som ikke har et særskilt akutteam, er de fornødne kompetencer i akutsygepleje bl.a. blevet opbygget ved, at alle sygeplejersker i den udekørende sygepleje har diplommodul i akutsygepleje.

Et andet hensyn er at sikre, at akutsygeplejerskernes kapacitet udnyttes optimalt. I den forbindelse nævner Næstved Kommune, at den integrerede model uden et særskilt akutteam understøtter en høj kapacitetsudnyttelse, da udekørende sygeplejersker både leverer almindelig sygepleje og akutsygepleje. Ifølge kommunen forbedres kapacitetsudnyttelsen samtidig ved, at man ved at have integreret den udekørende akutfunktion i den almindelige udekørende sygepleje fremmer, at kapacitet og kompetencer hos akutsygeplejerskerne lettere finder sin efterspørgsel, fx i forhold til det opsporende arbejde. Det skyldes, at den integrerede akutfunktion understøtter, at (akut)sygeplejersker og medarbejdere i hjemmeplejen, som har en stor del af den daglige borgerkontakt, kender og er vant til at samarbejde med hinanden.

Høj kapacitetsudnyttelse understøttes derimod mindre af en model med særskilte akutteams adskilt fra den almindelige sygepleje. De fire deltagerkommuner med denne model har derfor alle arbejdet med på anden vis at sikre en hensigtsmæssig kapacitetsudnyttelse, der både tilgodeser behovet for at levere akut sygepleje og minimere uudnyttet kapacitet. I Holstebro Kommune er dette bl.a. håndteret ved at have organiseret akutteam, akutpladser og øvrige midlertidige pladser sammen, så den enkelte sygeplejerske i akutteamet har faste vagter på sengepladserne samt fast følger op på de borgere, som vedkommende selv har visiteret til en akutplads. I Favrskov, Sønderborg og Aabenraa Kommuner hjælper akutteamet til i den udekørende sygepleje på ad hoc-basis. I Aabenraa Kommune er det derudover blevet fast praksis, at 'ledige' akutsygeplejersker hjælper i den udekørende sygepleje, hvis der er mere end to akutsygeplejersker i vagt. I Sønderborg Kommune har akutteamet midlertidigt udlånt akutsygeplejersker til den udekørende sygepleje i 2020. Også håndteringen af nattevagten er en måde, hvorpå deltagerkommuner med akutteam arbejder med at understøtte en høj kapacitetsudnyttelse. I Holstebro og Aabenraa Kommuner er akutteamet således ikke til rådighed i nattevagten, og den udekørende akutfunktion varetages af sygeplejersker i den almindelige udekørende sygepleje (Holstebro og Aabenraa) og af sygeplejersker på de midlertidige pladser (Holstebro). I Sønderborg Kommune er akutteamet døgnåbent, og kapacitetsudnyttelsen i nattevagten håndteres ved, at der er to akutsygeplejersker i nattevagt, hvor akutteamet leverer den ene medarbejder og den almindelige sygepleje den anden. Endelig arbejder deltagerkommuner med akutteam også med at forbedre kapacitetsudnyttelsen ved, at akutsygeplejerskerne har andre faste opgaver i mindre travle perioder, fx administrativt arbejde (instrukser og vejledninger), planlægning af undervisning mv.

Fordele og ulemper: akutpladser eller ej

I forhold til valget mellem at have akutpladser eller ej fremhæver to deltagerkommuner med akutpladser, Holstebro og Næstved Kommuner, at en økonomisk fordel ved akutpladserne kan være, at eksempelvis forløb i borgerens hjem ikke når at udvikle sig til meget komplekse og dyre forløb, fordi borgere kan stabiliseres på en akutplads, samt at hospitalsindlæggelser kan

undgås. Borgere med fx KOL eller demens kan ifølge kommunerne stabiliseres på en akutplads. Holstebro Kommune nævner derudover, at akutpladserne, foruden at forebygge indlæggelser, også skal håndtere palliative forløb (der ellers er dyre på hospicer) og borgere med hjerneskade. Derudover understøtter akutpladserne ifølge de to deltagerkommuner, at man kan hjemtage borgere, fx til en kommunal akutplads, uden at skulle betale liggedage til færdigbehandlede patienter til regionen. Deltagerkommuner med få eller ingen akutpladser – Favrskov (én akutplads) samt Sønderborg og Aabenraa Kommuner – kompenserer bl.a. for dette ved omfattende støtte i borgerens hjem. De tre kommuner betoner i den sammenhæng, at borgeren ofte selv ønsker at blive i eget hjem, hvilket kommunerne angiver, at de typisk godt kan imødekomme, således behovet for akutpladser reduceres. I Aabenraa Kommune har man lukket akutpladser bl.a. grundet begrænset efterspørgsel.

Ifølge flere deltagerkommuner er en mulig ulempe ved akutpladserne, at de kan være dyre sammenlignet med hjælp i borgerens eget hjem, bl.a. fordi der er døgndækning på pladserne, og at der ofte ikke er fuld belægning. Deltagerkommunerne med akutpladser forsøger derfor at optimere ressourceudnyttelsen af akutpladserne på forskellig vis. I Holstebro Kommune arbejder man bl.a. med at skabe flow på akutpladserne. Målsætningen er, at borgeren gerne skal være hjemme fra akutpladsen inden for 78 timer. Derudover arbejder Holstebro Kommune med at udnytte personaleressourcerne optimalt på tværs af akutpladser, øvrige midlertidige pladser og akutteam. I Næstved Kommune kompenserer man bl.a. for de relativt dyre akutpladser ved aktivitetsfinansiering, så ressourcetildelingen reduceres, hvis ikke der er fuld belægning på kommunens 24 akutstuer. Se også afsnit 4.6.

3.5.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at de fem deltagerkommuner har forskellige måder at organisere akutfunktionerne på. Et centralt valg synes at være, om kommunen etablerer et særskilt akutteam til at varetage den udekørende akutsygepleje, eller om man integrerer akutfunktionen i den almindelige udekørende sygepleje. Et andet valg er, om man vil have særskilte akutpladser eller ej, og i givet fald hvor mange. Det er ikke ud fra analysen muligt at afgøre, hvilken organisering af akutfunktionen der er mest hensigtsmæssig i forhold til den økonomiske styring af sygeplejen. Derimod peger analysen på, at forskellige organisatoriske valg har hver deres fordele og ulemper i relation til at understøtte nogle fælles hensyn med betydning for den økonomiske styring.

Analysen peger på, at en model med et særskilt udekørende akutteam kan understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje og dermed ifølge nogle deltagerkommuner bidrage til at forbedre forløb og undgå indlæggelser og genindlæggelser. Omvendt kan der i en integreret model være mindre gunstige betingelser for specialiserede kompetencer til akutsygepleje, da der ikke er en særskilt enhed, som er specialiseret i akutsygepleje. I en integreret model kan behovet for en tilstrækkelig specialisering i akutsygepleje eksempelvis håndteres ved målrettet og systematisk kompetenceudvikling af medarbejdere i akutsygepleje.

Desuden ser det ud til, at en model, hvor den udekørende akutsygepleje integreres i den almindelige udekørende sygepleje, kan bidrage til at forbedre kapacitetsudnyttelsen, fordi der er større fleksibilitet i en model, hvor akutsygepleje kan udføres af mange medarbejdere. I en model med særskilte akutteams adskilt fra den almindelige udekørende sygepleje er der dermed behov for at understøtte kapacitetsudnyttelsen i akutsygeplejen på anden vis, samtidig med at man fastholder et passende akut beredskab. Det kan man fx håndtere ved at have

andre faste opgaver, som akutteamet tager sig af, ved at samorganisere akutteam og akutpladser samt ved at have en systematiseret praksis for at lade akutteamet hjælpe til i den udekørende sygepleje ved ledig kapacitet.

Analysen peger endelig på, at en fordel for den økonomiske styring ved akutpladser er, at akutpladserne ifølge nogle deltagerkommuner kan medvirke til at forhindre komplekse og dyre forløb i borgerens hjem samt hospitalsindlæggelser, fordi borgeren kan stabiliseres på en akutplads. Kommuner, som ikke har akutpladser, kan bl.a. kompensere for dette ved omfattende sygepleje- og plejeindsatser i borgerens eget hjem. En ulempe ved akutpladserne er ifølge andre deltagerkommuner omvendt, at pladserne er relativt dyre, uden at der altid er fuld belægning. Kommuner med akutpladser kan bl.a. kompensere for dette ved at arbejde med flow og korte ophold på akutpladserne.

Igen skal det understreges, at organiseringen af akutfunktionen ikke fører til en bestemt økonomisk styringspraksis, men at forskellige organiseringer kan understøtte forskellige hensyn på forskellige måder og har tilknyttet forskellige opmærksomhedspunkter.

4 Økonomiske styringsmodeller

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes økonomiske styringsmodeller for de kommunale leverandører af sygepleje. Først beskrives i afsnit 4.2 analysens forståelse af økonomiske styringsmodeller og de analytiske dimensioner, der styrer analysen af deltagerkommunernes praksis. Dernæst kortlægges og vurderes deltagerkommunernes ressourcefordelingsmodeller for de forskellige enheder, der leverer kommunal sygepleje, herunder udekørende sygepleje (afsnit 4.3), overdragede sygeplejeydelser til hjemmeplejen (afsnit 4.4), sygeplejeklinikker (afsnit 4.5) og akutfunktion (afsnit 4.6).

4.1 Konklusioner

Boks 4.1 Konklusioner – økonomiske styringsmodeller

- **Sammentænk ressourcefordeling og visitationsmodel for den udekørende sygepleje**

Fire deltagerkommuner har en rammebaseret fordelingsmodel kombineret med en decentral visitationsmodel, mens en deltagerkommune har en aktivitetsbaseret fordelingsmodel kombineret med en central visitationsmodel. Det er ikke muligt ud fra analysen at pege på den mest fordelagtige ressourcefordelingsmodel for den udekørende sygepleje. En rammebaseret fordelingsmodel understøtter en fast dimensionering af sygeplejen, men skaber behov for at være opmærksom på, om der er et rimeligt forhold mellem rammens størrelse og aktivitetsniveauet. En aktivitetsbaseret fordelingsmodel understøtter i udgangspunktet, at afregningen følger aktiviteten, men skaber behov for, at myndighed og udførere får fulgt op på borgeres ydelser og forløb.
- **Kombiner ressourcefordelingen til den udekørende sygepleje med data om aktiviteter og produktivitet**

Analysen viser, at en målrettet anvendelse af data om aktivitet og produktivitet kan understøtte den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje, uanset hvilken fordelingsmodel man har. For en rammebaseret fordelingsmodel kan data om aktiviteter og produktivitet understøtte arbejdet med at sikre, at gennemsnitsomkostningen pr. ydelse ikke bliver for høj, og at det samtidig er muligt at løse mængden af opgaver inden for rammen. For en aktivitetsbaseret fordelingsmodel kan data om aktiviteter og produktivitet være med til at sikre, at aktivitetsafregningen er passende. Se også kapitel 7.
- **Gennemtænk incitamenter i afregningsmodel for overdraget sygepleje**

I alle fem deltagerkommuner aktivt afregnes hjemmeplejen for overdragede sygeplejeydelser. For kommuner med decentral visitation og rammebaseret sygepleje er det afgørende, om afregningen sker fra sygeplejens budget eller fra myndighedsbudgettet:

 - Sker afregningen fra sygeplejens budget, er de økonomiske konsekvenser af overdragelse synlige og mærkbare for sygeplejen. Det reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen og skaber behov for løbende fokus på, om der sker et tilstrækkeligt niveau af overdragelse.
 - Sker afregningen fra myndighedsbudgettet, er de økonomiske konsekvenser ved at overdrage mindre synlige og mærkbare for sygeplejen, hvilket øger incitamentet for sygeplejen til at overdrage ydelser. Samtidig kan afregning fra myndighedsbudgettet reducere sygeplejens incitament til at følge op på overdragede sygeplejeydelser og gøre det sværere for myndigheden at styre ressourcerne. Derfor er der behov for fokus på opfølgning på de overdragede sygeplejeindsatser samt på, om niveauet af overdragede sygeplejeydelser udfordrer overholdelsen af myndighedsbudgettet.

For kommuner med central visitation og aktivitetsfinansieret sygepleje har driftslederne et økonomisk incitament til at placere opgaver hos den medarbejdergruppe, hvor ydelsen kan leveres

Boks 4.1 Konklusioner – økonomiske styringsmodeller

på det lavest mulige omkostningsniveau. Disse kommuner kan med fordel opgøre og følge niveauet af overdraget sygepleje.

▪ **Tag stilling til ressourcefordelingsmodel for sygeplejeklinikker**

Kommunerne kan med fordel overveje, hvordan deres ressourcefordelingsmodel understøtter anvendelse af sygeplejeklinik. Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan tage stilling til, om budgettet til sygeplejeklinikker skal være en del af den udekørende sygeplejeramme, om klinikken skal tildeles en særskilt budgetramme, eller om man skal kombinere de to. Hvis man vælger at tildele en eller flere klinikker en særskilt budgetramme, er det relevant at tage stilling til, om der skal være en intern afregning eller ej, når den udekørende sygepleje henviser borgere til disse klinikker. Der kan skabes et særligt stærkt økonomisk incitament til øget anvendelse af sygeplejeklinik ved at tildele en eller flere sygeplejeklinikker en selvstændig økonomisk ramme, som den udekørende sygepleje kan henvise til uden intern afregning.

▪ **Tag stilling til ressourcefordelingsmodel for udekørende akutsygepleje**

Analysen viser, at der i deltagerkommunerne findes to modeller for ressourcefordeling til den udekørende sygepleje:

- Model 1: udekørende akutsygepleje i akutteam med fast, særskilt budgetramme
- Model 2: udekørende akutsygepleje organisatorisk og økonomisk integreret del af den udekørende sygepleje med en samlet, aktivitetsbaseret ressourcefordeling.

Analysen peger på, at Model 1 understøtter muligheden for altid at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje, men skaber behov for at være særligt opmærksom på at sikre et tilstrækkeligt aktivitetsniveau inden for rammen. Model 2 understøtter kapacitetsudnyttelsen for den samlede sygepleje, men skaber behov for at være særligt opmærksom på at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje

▪ **Tag stilling til ressourcefordelingsmodel for eventuelle akutpladser**

Analysen viser endvidere, at der blandt de tre deltagerkommuner, som har akutpladser, også findes to modeller for ressourcefordelingen til akutpladser, dels rammefinansierede akutpladser, dels aktivitetsfinansierede akutpladser baseret på belægning. For rammefinansierede akutpladserne vil der være et særligt behov for sikre en god kapacitetsudnyttelse, mens aktivitetsfinansierede akutpladser kan skabe et behov for at tilpasse personaleressourcer det aktivitetsbestemte budget.

4.2 Beskrivelse af økonomiske styringsmodeller

Indsatser på ældreområdet styres helt overordnet ved, at borgere visiteres til eller tildeles bestemte indsatser, som derefter leveres til borgeren. Som nævnt i rapportens indledning adskiller kommunal sygepleje sig fra de fleste andre kommunale indsatser på ældreområdet ved, at de leveres efter sundhedsloven og ikke efter serviceloven. Indsatser efter serviceloven tildeles på baggrund af en visitation og skriftlig afgørelse i kommunens myndighedsfunktion. Kommunal sygepleje tildeles derimod ifølge sundhedsloven på baggrund af en lægehenvielse samt en sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov⁴². Derfor tales der *formelt* ikke om visitation af sygepleje som en kommunal myndighedsafgørelse. Termen 'visitation' anvendes dog i mange tilfælde også om sygeplejeydelser⁴³. I denne rapport henviser ordet 'visitation' til tildelelse af sygeplejeydelser, uanset om den foregår i en myndighedsfunktion eller ej.

⁴² Det skal nævnes, at kommunerne i praksis også udfører sygeplejeindsatser, som ikke er lægeordnede, fx sygeplejeopgaver i relation til personlig pleje og ernæring. Se fx Vinge & Topholm (2021, s. 39).

⁴³ Se bl.a. KL (2014a) og KL & Sundhedskartellet (2011).

Levering af indsatser foretages af 'udførere', der har til opgave at styre driftsressourcer, planlægge og udføre visiterede indsatser samt dokumentere leverede indsatser. For indsatser efter serviceloven er visitationen til og leveringen af ydelser dermed organisatorisk adskilt, mens sygeplejeindsatser ofte visiteres og leveres af den samme organisatoriske enhed. Visitationskompetencen kan dermed være adskilt fra eller sammenfaldende med udførerfunktionen, når der er tale om sundhedslovsydelser.

Uanset om visitationskompetencen ligger centralt hos en myndighedsenhed eller decentralt hos udførerne, er ressourcetildeling en væsentlig del af en kommunes økonomiske styringsmodel. Ressourcetildelingen drejer sig om, hvorvidt tildelingen af ressourcer til de udførende enheder er baseret på aktivitets- eller rammestyning eller en blanding.

Beskrivelserne af deltagerkommunernes økonomiske styringsmodeller på sygeplejeområdet fokuserer således på to dimensioner – en ressourcetildelings- og en visitationsdimension:

- Ressourcetildelingsdimensionen omhandler, hvorvidt tildelingen af ressourcer til de udførende enheder er baseret på aktivitets- eller rammestyning eller evt. en blanding.
- Visitationsdimensionen omhandler, hvorvidt visitationen af indsatser sker centralt eller decentralt, dvs. i en myndighedsfunktion eller i udførerledet.

Ressourcetildelingen til de udførende enheder kan beskrives på et kontinuum, hvor det ene yderpunkt er en aktivitetsbaseret model, hvor der afregnes for de enkelte ydelser. Det vil sige, at myndighed tildeles et budget og derfra betaler udførerne en takst eller pris for de forskellige ydelser eller forløb. Udførernes budget reguleres således løbende i takt med de visiterede eller leverede ydelser. Det andet yderpunkt er en rammebaseret model, hvor udførerne får tildelt en fast ramme, inden for hvilken ydelserne leveres. I den 'rene' rammestyrede model reguleres udførernes budget ikke på kort sigt i takt med antallet og sammensætningen af de visiterede ydelser. Ressourcetildelingsdimensionen er tæt relateret til anvendelsen af aktivitetsdata i budgetlægningens disponering og tilpasning af delbudgetter samt i budgetopfølgning og løbende ressourcestyring (se kapitel 5 og 7).

Visitationsdimensionen kan ligeledes anskues ud fra et kontinuum, hvor der i det ene yderpunkt er central visitation i en myndighedsfunktion, mens der i det andet yderpunkt er en stærkt decentraliseret visitation placeret hos den enkelte udekørende sygeplejerske. Herimellem findes forskellige grader af centraliseret tildeling internt i udførerfunktionen. Visitationsdimensionen er tæt relateret til omfanget og karakteren af dialog mellem forskellige relevante aktører i forbindelse med visitation og levering af samt opfølgning på indsatser. Formålet med dialog og koordination i forhold til visitation og levering af sygepleje kan bl.a. være at understøtte samarbejdet om, at ressourcerne bliver brugt så hensigtsmæssigt som muligt, samt at sørge for, at borgeren får den rette indsats, givet sit aktuelle behov.

Tilsammen giver disse to dimensioner et samlet billede af, hvordan indsatser visiteres, leveres og betales. Kombinationsmulighederne er illustreret i Tabel 4.1, og der er givet eksempler på, hvilke delområder inden for ældre- og sundhedsområdet der typisk falder inden for hver kombination.

Table 4.1 Styring af visitation til, levering af og betaling for indsatser på ældre- og sundhedsområdet – modeller og eksempler på typisk anvendelse

Visitationskompetence			
Ressourcetildeling		Myndighed (central)	Udfører (decentral)
	Rammebaseret	Rammetildeling med central visitation	Rammetildeling med decentral visitation
		Fx plejecentre	Fx sygepleje*
	Aktivitetsbaseret	Aktivitetstildeling med central visitation	Aktivitetstildeling med decentral visitation
	Fx hjemmepleje	Fx overdraget sygepleje	

Note: *I en spørgeskemaundersøgelse fra 2014 blandt 51 kommuner angav 82 % af kommunerne, at deres hjemmesygepleje havde et fast budget (med eller uden afregning for overdraget sygepleje), mens 64 % angav, at hjemmesygeplejen var selvvisiterende (KL, 2014a).

En kommunes kombinerede placering på ressourcetildelings- og visitationsdimensionen giver således et billede af kommunens samlede styringsmodel på et område. De relevante parter i dialogen kan være forskellige, afhængig af visitationsmodel. I en model med central visitation er der behov for dialog mellem myndighed og udførere. I en model med decentral visitation er der behov for dialog internt i udførerfunktionen, eksempelvis mellem leder og visiterende koordinatore og mellem koordinatore og udekørende sygeplejersker. Desuden kan det konkrete indhold i dialogen mellem visiterende og leverende aktør være forskelligt, afhængigt af ressourcetildelingsmodel. I en aktivitetsafregnet model kan der være behov for løbende dialog om den enkelte borgers behov og om, hvordan visiterede ydelser skal leveres i praksis. I en rammostyret model kan der være behov for dialog om, hvordan man sikrer et passende aktivitetsniveau inden for rammen og om rammens størrelse i forhold til omfanget af aktiviteter.

I afsnit 4.3 til 4.6 behandles deltagerkommunernes ressourcetildeling for henholdsvis udekørende sygepleje, overdraget sygepleje til hjemmeplejen, sygeplejeklinikker og akutfunktion. Anvendelsen af aktivitetsdata berøres kort i dette kapitel, og behandles detaljeret i især kapitel 7 om budgetopfølgning og løbende ressourcestyring. Visitationsdimensionen, herunder dialog og samarbejde mellem relevante aktører, beskrives især i kapitel 6 om visitations- og opfølgingspraksis.

4.3 Ressourcetildeling til udekørende sygepleje

I dette afsnit kortlægges deltagerkommunernes ressourcetildeling til den udekørende sygepleje. Afslutningsvis foretages en vurdering af kommunernes praksis.

4.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Figur 4.1 viser en kategorisering af de fem deltagerkommuners ressourcetildelingsmodeller for den udekørende sygepleje. Kommunernes modeller uddybes nedenfor.

Figur 4.1 Ressourcetildeling til udekørende sygepleje

Aktivitetsstyret	Aktivitetsstyret med ramme til faste udgifter	Ramme med regulering	Rammestyret
	Næstved	Favrskov Aabenraa	Holstebro Sønderborg

Aktivitetsbaseret tildeling af ressourcer ←————→ Rammebaseret tildeling af ressourcer

Det fremgår af Figur 4.1, at Næstved Kommune anvender en aktivitetsbaseret ressourcetildeling til sygeplejen, hvor distrikterne løbende afregnes efter visiteret tid og en forudsat timepris for sygeplejeydelserne. Derudover har kommunen en mindre, fast rammetildeling til at dække faste udgifter i distrikterne, fx ledelse og administration. De øvrige deltagerkommuner har en rammebaseret ressourcetildeling til deres udekørende sygepleje. I Favrskov Kommune reguleres rammen til den udekørende sygepleje hvert år for demografi og forøges dermed ved en tilgang af ældre borgere til kommunen, jf. også afsnit 5.2. I Aabenraa Kommune disponeres årligt en skønsmæssig andel af demografimidlerne på ældreområdet til sygeplejen. I Holstebro og Sønderborg Kommuner reguleres rammen til sygeplejeområdet ikke efter faste principper for fx udviklingen i demografi.

Som nævnt er en kommunes samlede økonomiske styringsmodel en kombination af ressourcetildelings- og visitationsmodel. De fem deltagerkommuner er derfor placeret på de to dimensioner i Tabel 4.2. Det ses, at de fire kommuner med en rammebaseret ressourcetildelingsmodel har en decentral visitationsmodel, hvor udførerne både visiterer og leverer. Næstved Kommune, der har en aktivitetsbaseret ressourcetildelingsmodel, har en central visitationsmodel, hvor myndighed visiterer og udførerne leverer sygeplejeydelserne. Kommunernes visitationsmodeller er behandlet og beskrevet uddybende i kapitel 6 om visitation og opfølgning.

Tabel 4.2 Ressourcetildeling og visitationskompetence for udekørende sygepleje i deltagerkommunerne

		Visitationskompetence	
		Myndighed (central)	Udfører (decentral)
Ressourcetildeling	Rammebaseret		Favrskov Holstebro Sønderborg Aabenraa
	Aktivitetsbaseret	Næstved	

Deltagerkommunerne har forskellige erfaringer med de anvendte ressourcetildelingsmodeller for den udekørende sygepleje. Herunder peger de på mulige fordele og ulemper ved modellerne og beskriver, hvordan de arbejder med at kompensere for potentielle ulemper.

De fire deltagerkommuner med en rammebaseret tildelingsmodel peger på, at en fast ramme til sygeplejen kan have den fordel, at den sikrer en fast dimensionering af sygeplejen, så der altid er et passende beredskab til at udføre sygeplejeydelser. Det kan være hensigtsmæssigt på et område, hvortil der henvises mange borgere fra eksterne aktører, fx sygehuse og praktiserende læger. En fagchef fortæller:

Jeg tænker på en eller anden måde, at det hermed, at det er en fast ramme, det gør os jo på den måde fleksible. Jeg ved godt, at der kan være noget effektiviseringsproblematik i det, vil nogle synes. Men netop ved sundhedslovsydelser, som kan komme på minuttet – det er jo ikke noget med, at du får et varsel – der er jo en praktiserende læge, der ringer og siger sådan og sådan og sådan. Så der tænker jeg egentlig, at vi har behov for en eller anden form for rammestyring.

Deltagerkommunerne med rammetildeling peger dog også på, at modellen fordrer en opmærksomhed på, om der er et rimeligt forhold mellem rammens størrelse og aktivitetsniveauet. Det er en generel udfordring ved rammestyring at sikre denne overensstemmelse. Hvis der er for få aktiviteter i forhold til rammen, bliver produktiviteten lavere og omkostningen pr. ydelse højere, da der løses færre opgaver for de samme penge. Omvendt bliver det vanskeligt for personalet at nå at levere de visiterede ydelser, hvis rammen er for lille i forhold til aktivitetsniveauet og det forudsatte serviceniveau.

De fire deltagerkommuner med en rammebaseret tildelingsmodel (Favrskov, Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner) arbejder på forskellige måder med at skabe sammenhæng mellem aktivitetsniveauet og rammens størrelse. Det gør de eksempelvis ved at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen, således aktivitetsniveauet i sygeplejen kan holdes på et passende niveau, og aktiviteterne udføres til en lavere omkostning pr. ydelse, ved at nogle af disse udføres af hjemmeplejen. Se også kapitel 6. Kommunerne har også fokus på at øge produktiviteten ved at løse opgaver i sygeplejeklinik i stedet for i den udekørende sygepleje, jf. fx afsnit 2.3. Flere af kommunerne har endvidere fast praksis for, at akutteamet hjælper den udekørende sygepleje ved ledig kapacitet, hvilket kan ses som en ad hoc-tilpasning af ressourcerammen på tværs af akutteam og udekørende sygepleje. Se også afsnit 3.5. Et sidste eksempel handler om, at man i fx Holstebro Kommune har samlet indgående telefonhenvendelser til sygeplejen i kommunens to bydistrikter hos én person med henblik på en indledende vurdering, hvorved man bl.a. undgår gentagne forstyrrelser af de udekørende sygeplejersker med henblik på at øge de borgerrettede aktiviteter inden for rammen.

Deltagerkommunerne peger på, at målrettet anvendelse af aktivitetsdata kan være med til at styrke den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Eksempelvis kan aktivitetsdata muliggøre en løbende stillingtagen til udviklingen i aktivitetsniveauet for forskellige sygeplejeindsatser, fx ydelser leveret af den udekørende sygepleje, overdragede sygeplejeydelser og ydelser leveret i klinik. I Favrskov og Holstebro Kommuner anvender driftslederne fx oplysninger om antal visiterede eller planlagte timer, antal borgere og udviklingen i sygeplejeindsatser i deres løbende ressourcestyring. Desuden peger deltagerkommunerne på, at man ved hjælp af aktivitetsdata kan identificere perioder med større og mindre efterspørgsel for derved løbende at tilpasse sygeplejens personaleressourcer både samlet og på tværs af udførerenheder. Der kan fx være tale om, at man i et område undlader at genbesætte stillinger eller indkalde vikarer grundet en permanent nedgang i aktivitetsniveau, der eventuelt kan opvejes af stigende aktivitet og øget personalebehov i et andet område. Der kan også være tale om, at en uens udvikling i aktivitetsniveau på tværs af driftsområder medfører, at der i perioder kan udlånes medarbejdere på tværs af teams, sådan som det fx sker i Sønderborg Kommune. Se afsnit 7.4 for en nærmere gennemgang af kommunernes anvendelse af aktivitetsdata i den løbende ressourcestyring.

Derudover ser deltagerkommunerne et potentiale for, at aktivitetsdata kan give et faktisk grundlag for drøftelser og beslutninger fra år til år om tilpasninger i budgetrammens størrelse

ud fra den reelle udvikling i aktivitetsniveauet i sygeplejen. Dette potentiale handler således om forbedrede budgetforudsætninger, jf. også afsnit 5.4.

Næstved Kommune har en aktivitetsbaseret ressourcetildelingsmodel til sygeplejeindsatser. Dette hænger bl.a. sammen med kommunens samorganisering af den udekørende sygepleje og hjemmeplejen på niveau 3. Ifølge kommunen er det en fordel ved den aktivitetsbaserede tildeling til den udekørende sygepleje, at der sker en løbende tilpasning mellem aktivitet og ramme, hvorved man kan understøtte en stabil høj produktivitet i sygeplejen. Som en interviewperson fra Næstved Kommune forklarer:

Når vi får penge for de timer, der er visiteret, så bliver det jo tilpasset, både i forhold til, når vi har mange og få timer. Fordelen er, at vi ikke går og har ineffektive timer på den konto, fordi man hele tiden er inde og styre på det.

Derudover giver Næstved Kommune udtryk for, at man har ønsket at sammentænke sygepleje- og fritvalgsområdet, hvilket er med til at begrunde anvendelsen af den samme økonomiske styringsmodel for de to områder. En generel udfordring med en aktivitetsbaseret tildelingsmodel er omvendt at sikre, at myndighed og udførere får fulgt op på borgeres ydelser og forløb, så ydelser og dermed afregninger ikke løber i længere tid end nødvendigt, og man samtidig sikrer sig, at borgerne rent faktisk modtager den visiterede ydelse. Desuden er det væsentligt løbende at sikre sig, at aktivitetsafregningen er passende, så fx den forudsatte timepris kan realiseres. Næstved Kommune har derfor et særskilt fokus på at sikre en dialog om og opfølgning på de visiterede indsatser mellem den centrale visitation og udførerne. Kommunen følger desuden sygeplejens produktivitet i form af realiseret ATA-tid og timepris, som er differentieret for distrikter og teams. Den realiserede ATA-tid beregnes som forholdet mellem visiterede timer og forbruget af medarbejder i timer til at levere disse visiterede indsatser⁴⁴. Dette er behandlet uddybende i kapitel 7. Derudover fordrer en aktivitetsbaseret tildelingsmodel, at man har et retvisende datagrundlag at afregne ud fra, hvilket Næstved Kommune også har fokus på.

Endelig peger flere deltagerkommuner på, at det er væsentligt at anlægge et samlet blik på den økonomiske styringsmodel for den udekørende sygepleje, når man skal tage stilling til indretningen af ressourcetildeling i sygeplejen. Dette gælder fx sammenhængen mellem ressourcetildelingsmodel og visitationskompetence, hvor decentral visitation kan hænge sammen med en rammebaseret ressourcetildeling, så sygeplejen ikke kan forøge sit budget ved at visitere mere og derved opnå en højere afregning. Derudover kan det gælde sammenhængen mellem ressourcetildelingsmodel og tilgængelige aktivitetsdata. Således har Aabenraa Kommune fx foreløbigt valgt at rammestyre den udekørende sygepleje, fordi kommunen har vurderet, at datagrundlaget ikke var tilstrækkeligt retvisende til aktivitetsbaseret tildeling. Et andet eksempel er Holstebro Kommune, som i 2017 gennemførte en budgetanalyse, hvor man konkluderede, at sygeplejen i nogle sammenhænge var en 'black box' med få valide aktivitetsdata. Holstebro Kommune gik herefter i gang med at forbedre datagrundlaget for den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket gav anledning til ændringer i den måde som den udekørende sygepleje afregnede hjemmeplejen på (se afsnit 4.4) og incitamenterne til at henvise borgere til sygeplejeklinik (se afsnit 4.5).

⁴⁴ Konkret beregner Næstved Kommune den økonomiske ATA-tid ved at dividere de visiterede timer i en given tidsperiode med forbruget af stillinger udtrykt i timer (både forbrug af faste stillinger og vikarer). Dette forholdstal, omregnet til procent, udtrykker således, hvor stor en andel af medarbejdernes tid, som går med at levere de visiterede timer.

4.3.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at ressourcetildeling og visitationsmodel for den udekørende sygepleje hænger sammen i deltagerkommunerne. Fire kommuner har en rammebaseret tildelingsmodel kombineret med en decentral visitationsmodel, mens en kommune har en aktivitetsbaseret tildelingsmodel kombineret med en central visitationsmodel.

Det er ikke muligt ud fra analysen at pege på den mest fordelagtige ressourcetildelingsmodel for udekørende sygepleje. En ramme- og en aktivitetsbaseret tildelingsmodel har derimod forskellige fordele og forskellige udfordringer, man skal forholde sig til.

En rammebaseret tildelingsmodel understøtter en fast dimensionering af sygeplejen, så der altid er et passende beredskab til at udføre sygeplejeydelser. Modellen skaber dog behov for at være særligt opmærksom på, om der er et rimeligt forhold mellem rammens størrelse og aktivitetsniveauet. Man kan derfor med fordel lade oplysninger om aktivitetsniveau og produktivitet informere ressourcestyringen af den udekørende sygepleje. Det kan bidrage til arbejdet med at sikre, at gennemsnitsomkostningen pr. ydelse ikke bliver for høj, men at det samtidig er muligt at løse mængden af opgaver med det personale, der er ansat inden for rammen. Aktivitetsniveauet og gennemsnitsomkostningen kan bl.a. tilpasses løbende ved at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen, løse opgaver i sygeplejeklinik og lade akutteamet hjælpe den udekørende sygepleje ved ledig kapacitet.

En aktivitetsbaseret tildelingsmodel understøtter i udgangspunktet, at afregningen følger aktiviteten. Modellen skaber dog behov for at sikre, at myndighed og udførere får fulgt op på borgeres ydelser og forløb, så ydelser og dermed afregninger ikke løber i længere tid end nødvendigt, og man samtidig sikrer sig, at borgerne reelt modtager den visiterede ydelse. Man kan derfor med fordel sikre dialog om og opfølgning på de visiterede indsatser mellem den centrale visitation og udførerne, jf. også kapitel 6. Desuden er det væsentligt løbende at sikre sig, at aktivitetsafregningen er passende. Man kan derfor med fordel lade oplysninger om aktiviteter og produktivitet informere ressourcestyringen af den udekørende sygepleje.

Samlet set er det på baggrund af analysen VIVEs vurdering, at en målrettet anvendelse af aktivitetsdata kan understøtte den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje, uanset hvilken ressourcetildelingsmodel man har. Deltagerkommunernes brug af aktivitetsdata i budgetopfølgning og løbende ressourcestyring er uddybet i kapitel 7.

4.4 Afregningsmodel for overdragede sygeplejeydelser

I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes afregningsprincipper i forhold til sygeplejeydelser, der overdrages fra den udekørende sygepleje til hjemmeplejen. Overdragede sygeplejeydelser er sygeplejeindsatser, der overdrages fra den kommunale udekørende sygepleje til hjemmeplejen og dermed typisk leveres af en social- og sundhedsmedarbejder i stedet for af en sygeplejerske. Afregningen for overdragede sygeplejeydelser er tæt knyttet til ressourcetildelingsmodellen for den udekørende sygepleje og kan derfor have betydning for den økonomiske styring af sygeplejeområdet.

4.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Det fremgår af Tabel 4.3, hvordan de fem kommuner afregner for overdragede sygeplejeydelser, hvor midlerne til afregningen kommer fra, og hvordan der tildeles ressourcer til den udekørende sygepleje. Afregningsmetoden kan have en sammenhæng med, hvordan sygeplejen er organiseret i forhold til hjemmeplejen, hvilket derfor også fremgår af tabellen.

Tabel 4.3 Afregning for overdragede sygeplejeydelser

Model	Kommune	Afregning af overdragede sygeplejeydelser	Midler kommer fra	Ressource-tildeling sygeplejen	Organisering af sygepleje og hjemmepleje
1	Næstved	Aktivitet	Myndighedsbudget	Aktivitet	Fuldt samorganiseret
2	Favrskov Holstebro Aabenraa* (udvalgte ydelser siden 2020)	Aktivitet	Sygeplejens budget	Ramme	Delvist samorganiseret (niveau 2)
3	Sønderborg Aabenraa	Aktivitet	Myndighedsbudget	Ramme	Fuldt adskilt

Note: *Aabenraa Kommune begyndte i 2019 at afregne bestemte overdragede sygeplejeydelser fra sygeplejens budget, i form af såkaldte 'SUS-ydelser'. Aabenraa Kommune definerer SUS-ydelser som bestemte overdragede sygeplejeydelser, der skal udføres af social- og sundhedsassistenter (og ikke andre medarbejdere) i hjemmeplejen.

Alle de fem deltagerkommuner har en aktivitetsbaseret afregningsmodel for de overdragede sygeplejeydelser. Der er imidlertid forskel på, hvilket budget ressourcerne kommer fra, og hvordan ressourcerne tildeles i sygeplejen.

I Næstved Kommune tages midlerne fra myndighedsbudgettet, idet både sygeplejen og hjemmeplejen er aktivitetsafregnede (Model 1 i Tabel 4.3). Næstved Kommune har organiseret hjemmepleje og sygepleje sammen på både ledelsesniveau 2 og 3, jf. kapitel 3. Distrikterne afregnes ensartet for leverede sygeplejeydelser, uanset hvem der leverer sygeplejeindsatserne. I Næstved Kommune afgør distrikter og teams således selv, om ydelsen skal leveres af en sygeplejerske, eller om den skal overdrages. Distrikts- og teamledere i Næstved Kommune har dermed et økonomisk incitament til at placere opgaver hos den medarbejdergruppe, hvor ydelsen kan leveres på det lavest mulige omkostningsniveau, da dette vil medføre et lavere forbrug, uden at afregningen ændrer sig. Derudover påpeger kommunen, at organiseringen i tværfaglige teams gør, at det økonomisk incitament hos teamlederen også lettere kan realiseres, da andre medarbejdergrupper kan blive oplært og vejledt af den sygeplejerske, der er i deres team.

I to kommuner – Favrskov og Holstebro – afregnes de overdragede sygeplejeydelser med midler fra sygeplejens budget, der er tildelt som en fast, årlig ramme (Model 2 i Tabel 4.3). I Aabenraa Kommune er der i 2019 indført en afregning for bestemte overdragede sygeplejeydelser, der skal udføres af social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen. Sygeplejens rammebudget skal altså i disse kommuner betale, når sygeplejen overdrager disse sygeplejeydelser til hjemmeplejen. I Favrskov Kommune har man haft afregningsmodellen i mange år med henvisning til, at betalingsforpligtelse og visitationskompetence skal følges ad, hvilket ifølge kommunen sikrer et stærkere økonomisk incitament for sygeplejen til at følge op på de overdragede sygeplejeydelser. I Holstebro Kommune er man gået fra at afregne fra myndighedsbudgettet til at afregne fra sygeplejens budget, da kommunen havde en oplevelse af, at den tidligere adskillelse af finansiering og visitationskompetence var aktivitets- og udgiftsdrivende.

I Aabenraa Kommune begyndte man som nævnt i 2019 at afregne en delmængde af de overdragede sygeplejeydelser, de såkaldte 'SUS-ydelser', fra sygeplejens budget, bl.a. for at anvende LEON-princippet, og fordi kommunen har været udfordret af vanskeligheder ved at rekruttere et tilstrækkeligt antal sygeplejersker.

Der er forskellige økonomiske incitamenter forbundet med en afregningsmodel fra sygeplejens eget budget. På den ene side er de økonomiske konsekvenser af at overdrage ydelser synlige og mærkbare for sygeplejen i disse kommuner. Det medfører et reduceret økonomisk incitament til, at sygeplejen overdrager opgaver til hjemmeplejen uden at tage hensyn til, hvad det koster. Det reducerede incitament til overdragelse kan have den konsekvens, at sygeplejeydelser holdes i sygeplejen, selvom de kunne overdrages, og man dermed får løst opgaverne med dyrere medarbejdere. En måde at kompensere for dette på er bl.a. ved som i Favrskov og Holstebro Kommuner at følge op på overdragelsesgraden i deres styringsinformation. Favrskov og Holstebro Kommuner oplever dog ikke i praksis, at der på medarbejderniveau er en udfordring med incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen. Eksempelvis nævner Favrskov Kommune, at sygeplejerskerne gerne overdrager så mange sygeplejeydelser, de kan, og lederne derfor nogle gange må gøre medarbejderne opmærksomme på, at overdragelsen påvirker sygeplejens budget. Ifølge disse deltagerkommuner er det således i højere grad de udførende ledere i sygeplejen end medarbejderne, der har en opmærksomhed på, at overdragelsen påvirker sygeplejens budget.

På den anden side baserer den afregning for overdragede sygeplejeindsatser, der kommer fra sygeplejens budget, sig på den lavere hjemmeplejetimetakst og ikke på sygeplejetaksten. Det medfører et øget økonomisk incitament for sygeplejen til at overdrage, da der herved kan frigøres timer i sygeplejen til en lavere timepris, end den sygeplejen selv leverer til. Både i Favrskov og Holstebro Kommuner er sygeplejen og hjemmeplejen organiseret sammen under den samme budgetansvarlige leder på ledelsesniveau 2. Det betyder, at der for den budgetansvarlige leder er et samlet økonomisk incitament til at overdrage alle de sygeplejeydelser til hjemmeplejen, der vurderes at kunne overdrages, da dette vil medføre et lavere forbrug, uden at den samlede ramme reduceres.

I to deltagerkommuner – Sønderborg og Aabenraa – afregnes overdragede sygeplejeydelser med midler fra myndighedsbudgettet og ikke fra sygeplejens budget, der er tildelt som en fast, årlig ramme (Model 3 i Tabel 4.3). I Aabenraa Kommune gjaldt det al overdraget sygepleje før 2019, mens man i 2019 begyndte at afregne visse overdragede sygeplejeydelser fra sygeplejens budget med henblik på at give sygeplejen et økonomisk incitament til at stoppe ydelser, så snart det var forsvarligt. I disse kommuner skal sygeplejens rammebudget således ikke betale, når sygeplejen overdrager sygeplejeydelser til hjemmeplejen. Derfor er det mindre synligt og mærkbart for sygeplejen, hvad de økonomiske konsekvenser er af at overdrage (eller ikke overdrage) sygeplejeydelser. Det medfører et økonomisk incitament for sygeplejen til at overdrage flere ydelser, når der er et efterspørgselspres, da visitationskompetencen og betalingsansvaret er adskilt. Sønderborg Kommune fremhæver derudover, at det kan være en fordel ved afregningsmodellen, at sygeplejens budget ikke påvirkes af graden af overdragelse, da dette skaber budgetsikkerhed for sygeplejen og en stabilitet i ansættelsen af sygeplejersker, som ellers kan være svære at rekruttere. Omvendt kan afregningen fra myndighedsbudgettet gøre det sværere for myndigheden at styre ressourcerne og overholde myndighedsbudgettet. I Sønderborg og Aabenraa Kommuner forsøger man bl.a. at kompensere for dette ved at have ledelsesmæssigt fokus på sygeplejens opfølgning på overdragede sygeplejeydelser.

Deltagerkommunerne har oplyst, hvor stor en andel af kommunens sygeplejeydelser, der overdrages til hjemmeplejen. Dette fremgår af Tabel 4.4. Der skal tages forbehold for varierende registrerings- og opgørelsespraksis i kommunerne. Tabellen viser, at overdragelsesgraden varierer fra cirka 15 % af timerne i Favrskov Kommune til cirka 60 % af timerne i Sønderborg Kommune. De to kommuner med højest overdragelsesprocent er Sønderborg og Aabenraa Kommuner, som begge afregner de overdragede sygeplejeydelser med midler fra myndighedsbudgettet og ikke fra sygeplejens budgetramme (jf. Tabel 4.3). Aabenraa Kommune har dog i 2019 indført en afregning for bestemte overdragede sygeplejeydelser. Dette mønster er som forventet, jf. ovenfor.

Tabel 4.4 Andel af sygeplejeydelser, som leveres af hjemmeplejen

	Favrskov	Holstebro	Næstved	Sønderborg	Aabenraa
Overdragelsesgrad til hjemmepleje	Ca. 15 % (timer, 2019)	Ca. 40 % (modtagere, 2020)	-	Ca. 60 % (timer, 2019)	Ca. 50 % (timer, 2020)

Note: Der skal tages forbehold for varierende registrerings- og opgørelsespraksis i kommunerne.

Det er på tværs af deltagerkommunerne forskelligt, om overdragede sygeplejeydelser afregnes efter visiteret eller disponeret tid. Dette fremgår af Tabel 4.5. Visiteret tid er et udtryk for, hvor meget tid der er afsat til ydelsen. Når udføreren skal levere ydelserne til borgeren, kan den disponerede henholdsvis leverede tid afvige fra den visiterede. Afvigelsen kan fx skyldes borgerens dagsaktuelle tilstand, der kan medføre, at der disponeres eller leveres flere eller færre minutter til borgeren end det visiterede. I Næstved og Sønderborg Kommuner sker afregningen for overdraget sygepleje efter visiteret tid, mens Favrskov, Holstebro og Aabenraa Kommuner afregner efter disponeret tid.

Tabel 4.5 Grundlag for aktivitetsafregning for overdragede sygeplejeydelser

Grundlag for aktivitetsafregning	Kommune
Visiteret tid	Næstved Sønderborg
Disponeret tid	Favrskov Holstebro (10 min pr. borger pr. dag på dage med en planlagt ydelse) Aabenraa

Et argument for at afregne sygeplejeindsatser efter disponeret tid kan være, at afregningen til hjemmeplejen i højere grad passer med det, som rent faktisk leveres. Omvendt kan afregning til hjemmeplejen for overdragede sygeplejeydelser efter visiteret tid være med til at sikre, at der afregnes efter det visiterede serviceniveau, og det således ikke er muligt for hjemmeplejen at få yderligere budget ved at levere mere end det visiterede⁴⁵.

4.4.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at overdragede sygeplejeydelser til hjemmeplejen afregnes forskelligt i deltagerkommunerne. Selvom hjemmeplejen i alle fem kommuner aktivitetsafregnes for disse ydelser, kommer midlerne i nogle kommuner fra myndighedsbudgettet og i andre kommuner

⁴⁵ Dalsgaard et al. (2020a).

fra sygeplejens egen budgetramme. Desuden er der som nævnt i afsnit 4.3 forskel på kommunernes ressourcetildelingsmodel for den udekørende sygepleje.

På baggrund af kortlægningen er det VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan gennemtænke incitamentsstrukturen i sammenhængen mellem afregningsmodel til hjemmeplejen for overdraget sygepleje, herunder fra hvilket budget der afregnes, og ressourcetildelingsmodellen for den udekørende sygepleje.

For de kommuner, som har en selvvisiterende og rammestyret sygepleje, er det afgørende, om afregningen sker fra sygeplejens eget rammebudget eller fra myndighedsbudgettet.

Hvis afregningen sker fra sygeplejens eget budget, er de økonomiske konsekvenser af overdragelse synlige og mærkbare for sygeplejen. Det reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen. Det kan – formentlig især, når der er reduceret efterspørgsel – have den konsekvens, at sygeplejeydelser holdes i sygeplejen, selvom de kunne overdrages, og man dermed får løst opgaven til en højere timepris. Det skaber behov for løbende fokus på, om der sker et tilstrækkeligt niveau af overdragelse, så opgaverne løses så billigt som muligt. Dette kan bl.a. ske ved at følge styringsinformation på overdragelsesgraden.

Hvis overdragede sygeplejeydelser afregnes fra myndighedsbudgettet, er det mindre synligt og mærkbart for sygeplejen, hvad de økonomiske konsekvenser er af at overdrage eller ikke overdrage sygeplejeydelser. Det øger incitamentet for sygeplejen til at overdrage ydelser, hvilket kan gøre det sværere for myndighed at styre ressourcerne og overholde myndighedsbudgettet. Det reducerer desuden sygeplejens incitament til at følge op på borgeres sygeplejeydelser og forløb. Denne model medfører derfor et særligt behov for løbende at have fokus på, om der sker en tilstrækkelig opfølgning på de overdragede sygeplejeindsatser, og om niveauet af overdragede sygeplejeydelser udfordrer overholdelsen af myndighedsbudgettet. Dette kan bl.a., ske ved at have ledelsesmæssig fokus på opfølgning og afslutning af overdragede sygeplejeydelser.

For kommuner med central visitation og aktivitetsfinansieret sygepleje har driftslederne et økonomisk incitament til at placere opgaver hos den medarbejdergruppe, hvor ydelsen kan leveres på det lavest mulige omkostningsniveau, da dette vil medføre et lavere forbrug, uden at afregningen ændrer sig.

4.5 Ressourcetildeling til sygeplejeklinikker

I dette afsnit kortlægges deltagerkommunernes ressourcetildeling til sygeplejeklinikker. Afslutningsvis foretages en vurdering af kommunernes praksis.

4.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Man kan kategorisere kommunernes ressourcetildeling til sygeplejeklinikker efter to dimensioner: tildelingsmodel i forhold til udekørende sygepleje og internt afregningsprincip. Hvad angår tildelingsmodel kan man vælge at tildele sygeplejeklinikker ressourcer som en del af budgetrammen til den udekørende sygepleje eller at tildele sygeplejeklinikker en selvstændig budgetramme, der er adskilt fra den udekørende sygepleje. Hvad angår afregningsprincip kan man vælge at afregne internt for borgere, der henvises til klinik i en anden budgetramme, eller gøre det muligt at henvise til klinik i anden budgetramme uden afregning. Kombinationen af de to dimensioner er illustreret i Tabel 4.6 med en indplacering af deltagerkommunerne og en angivelse af styrken af det økonomisk incitament for den udekørende sygepleje til at henvise til klinik i de forskellige modeller.

Tabel 4.6 Ressourcetildeling og afregning af sygepleje i klinik - med angivelse af styrken af økonomisk incitament for den udekørende sygepleje til at henvise til klinik

		Afregning (Intern afregning for borgere, der henvises til klinik i anden budgetramme)	
		Nej	Ja
Ressourcetildeling	Integreret klinikbudget (Del af udekørende sygeplejes budgetramme)	Moderat-stærkt incitament (Favrskov, Sønderborg, Aabenraa og Holstebro – mindre klinikker)	
	Særskilt klinikbudget (Ikke del af udekørende sygeplejes budgetramme)	Stærkt incitament (Holstebro – stor klinik)	Moderat incitament (Næstved*)

Note: *Næstved Kommune har etableret en sygeplejeklinik som pilotprojekt i 2020 og forventer at etablere yderligere tre. Budgettet til klinikken i Næstved Kommune er integreret i den udekørende sygepleje på distriktsniveau, men ikke på teamniveau. Hvis et udekørende team i Næstved Kommune således fx henviser en borger til klinik flytter de visiterede timer og dermed afregningen med over i klinikken.

Det ses af Tabel 4.6, at fire af deltagerkommuner har ladet alle eller en del af kommunens sygeplejeklinikker indgå i de udekørende sygeplejeenheders ressourceramme. Dette skaber et incitament til at øge anvendelsen af klinik inden for enhedens egen ramme, da dette frigør ressourcer så længe leveringen af sygepleje til den samme borger er billigere i klinik end i eget hjem.

Derudover kan den udekørende sygepleje i nogle tilfælde også henvise til sygeplejeklinik i en anden ramme, fx til klinik i en anden enhed inden for den udekørende sygepleje eller til en større sygeplejeklinik med eget budget. Tabel 4.6 viser, at Holstebro Kommune, foruden at finansiere to af kommunens sygeplejeklinikker som en del af den udekørende sygeplejeramme, har placeret kommunens tredje og største klinik i en budgetramme, der er adskilt fra den udekørende sygepleje. Den udekørende sygepleje kan desuden henvise borgere til den store sygeplejeklinik uden intern afregning. Formålet med denne model har bl.a. været at skabe en øget tilskyndelse for den udekørende sygepleje til at henvise borgere til den store sygeplejeklinik, fordi den udekørende sygepleje har kunnet frigøre ressourcer uden påvirkning af eget budget. Sideløbende har Holstebro Kommune på ad hoc-basis flyttet budgetmidler fra den udekørende sygepleje til den store klinik for yderligere at øge incitamentet til at henvise borgere til klinik og for at tilpasse rammerne til aktivitetsændringerne. Eksempelvis har kommunen flyttet en stilling fra den udekørende sygepleje over i den store klinik. Holstebro Kommunes erfaringer med denne model har været, at omfanget af henvisninger til den store klinik er øget og at sygeplejen derved er blevet mere produktiv. Kommunen gør opmærksom på, at modellen skaber behov for at have fokus på, at ikke-klinikegnede borgere ikke henvises til sygeplejeklinik og at der løbende er fokus på at tilføre klinikken ressourcer, hvis antallet af brugere af sygeplejeklinik stiger. Borgere, som ikke er egnede til at komme i klinik, kan ifølge kommunen fx være borgere, som ikke kan huske deres aftale. Holstebro Kommune nævner, at de håndterer udfordringen med ikke-klinikegnede borgere ved dialog med den udekørende sygepleje.

Det er kun i Næstved Kommune, at der foretages en intern afregning, såfremt en enhed henviser en borger til klinik, fx mellem et udekørende team og en sygeplejeklinik. Dette følger af

kommunens aktivitetsbaserede tildelingsmodel, hvor en flytning af de visterede timer, via den centrale visitation, fra en enhed til en anden påvirker afregningen. I denne model er der stadig et positivt økonomisk incitament til at henvise borgere til sygeplejeklinik for den overordnede budgetansvarlige distriktsleder via højere produktivitet, men for den enkelte teamleder er incitamentet lidt mindre stærkt end en model uden intern afregning, da henvisningen til klinik både frigør ressourcer og reducerer egen afregning.

4.5.2 Vurdering

Det er på baggrund af kortlægningen VIVEs samlede vurdering, at kommunerne med fordel kan overveje, hvordan deres ressourcetildelingsmodel understøtter anvendelse af sygeplejeklinik og dermed et mål om at opnå en højere produktivitet. Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan tage stilling til, om budgettet til sygeplejeklinikker skal være en del af den udekørende sygeplejeramme, om klinikken skal tildeles en særskilt budgetramme, eller om man skal have en kombination af de to modeller for forskellige klinikker. Hvis man vælger at tildele en eller flere klinikker en særskilt budgetramme, er det relevant at tage stilling til, om der skal være en intern afregning eller ej, når den udekørende sygepleje henviser borgere til disse klinikker.

Der kan skabes et særligt stærkt økonomisk incitament til anvendelse af sygeplejeklinik ved at tildele visse sygeplejeklinikker en selvstændig økonomisk ramme, som den udekørende sygepleje kan henvise til uden intern afregning. Hvis man ikke afregner internt, kan man med fordel overveje, om den udekørende sygeplejes ramme skal reduceres, hvis der er en nedgang i de udekørende aktiviteter i sygeplejen. Det kan understøtte den samlede økonomiske styring af sygeplejeområdet og medvirke til at øge produktiviteten, samlet set. En sådan model kan med fordel bygge på gennemsigtige budgetforudsætninger i relation til reduktioner af rammen, jf. også kapitel 5. Desuden fordrer den et særligt fokus på aktivitetsniveauet i klinik, herunder om den udekørende sygepleje henviser ikke-egnede borgere til klinik.

4.6 Ressourcetildeling til akutfunktionen

4.6.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Endelig har analysen i nærværende afsnit kortlagt deltagerkommunernes ressourcetildeling til deres akutfunktion, herunder udekørende akutsygepleje og eventuelle akutpladser, jf. Tabel 4.7. Af Tabel 4.7 fremgår det, at akutfunktionerne i Favrskov, Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner er rammestyrede, mens den i Næstved Kommune er aktivitetsstyret.

Tabel 4.7 Ressourcetildeling til akutfunktion i deltagerkommunerne

Udekørende akutsygepleje		
Akutpladser	Rammebaseret tildeling	Aktivitetsbaseret tildeling
Rammebaseret tildeling	Holstebro Favrskov	
Aktivitetsbaseret tildeling		Næstved
Ingen akutpladser	Sønderborg Aabenraa	

Deltagerkommunernes ressourcefordeling til akutfunktionen hænger sammen med deres organisering af akutfunktionen, jf. afsnit 3.5. Næstved Kommune, der har en aktivitetsbaseret tildeling til akutfunktionen, er således også den eneste deltagerkommune med integreret udekørende akutfunktion. De øvrige deltagerkommuner med rammebaseret tildeling til akutfunktionen har derimod organiseret sig med et særskilt akutteam. I analysen er der dermed også et overlap i nogle af de hensyn, som kommunerne bør være opmærksomme på i deres organisering henholdsvis deres ressourcefordeling til akutfunktionen. For eksempel er understøttelsen af høj kapacitetsudnyttelse et særligt opmærksomhedspunkt for kommuner med både særskilt akutteam og rammestyring.

For den udekørende akutsygepleje er det sådan, at de fire deltagerkommuner med et særskilt akutteam – Favrskov, Holstebro, Sønderborg og Aabenraa – har valgt at tildele akutteamet en særskilt økonomisk ramme, der ikke i udgangspunktet er en del af den øvrige udekørende sygeplejeramme. I Favrskov Kommune reguleres rammen til akutteamet årligt, jf. kommunens demografimodel for sygeplejeområdet (se afsnit 0). Flere af deltagerkommunerne begrundede rammestyningen af akutteamet med karakteren af akutteamets opgaver. Deltagerkommuner med akutteam fremhæver således, at rammestyningen giver en budgetsikkerhed, som er hensigtsmæssig for akutteamets opgaver, der er præget af stor omskiftelighed og varierende aktivitetsniveau. Medarbejdere i akutteam har fx ikke faste kørelister, da de skal sikre sig, at de har ledige ressourcer til at udføre sygepleje, når de fx kontaktes akut af læger og den udekørende sygepleje. Som en leder af et akutteam fortæller:

Det ligger jo lidt i begrebet at være en akutfunktion, at man ved aldrig, hvad der kommer ind. Der kan være nogle dage, hvor det er en stille dag, og der kan være andre dage, hvor der er travlt.

Rammestyningen af akutteamet giver således ifølge flere deltagerkommuner en budgetsikkerhed, der gør, at teamet rent faktisk kan håndtere den akutte efterspørgsel. En interviewperson nævner i den sammenhæng, at en udfordring ved en aktivitetsbaseret tildeling til akutteamet kunne bestå i, at man som leder af akutteamet kan blive nødsaget til at afskedige og senere genansætte specialiserede akutsygeplejersker under vanskelige rekrutteringsbetingelser.

Rammestyningen medfører dog også en risiko for uudnyttet kapacitet inden for rammen i perioder med lav aktivitet, hvilket deltagerkommunerne bl.a. håndterer ved at arbejde med, at akutteamets sygeplejersker har andre opgaver, de kan tage sig til i stille perioder. Dette kan fx dreje sig om at hjælpe til i den udekørende sygepleje samt udføre administrativt arbejde, planlægge undervisning mv. Se også afsnit 3.5.

I Næstved Kommune varetages den udekørende akutsygepleje af den almindelige udekørende sygepleje og er dermed aktivitetsstyret, jf. afsnit 4.3. En fordel ved denne tildelingsmodel er ifølge kommunen den automatiske tilpasning af rammen til aktiviteter.

Der kan med andre ord identificeres to tildelingsmodeller, der hænger tæt sammen med kommunernes organisering af akutfunktionen, jf. afsnit 3.5. I den ene model ligger den udekørende akutsygepleje i et akutteam med en fast, særskilt ramme. Dette understøtter muligheden for altid at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje, men skaber behov for at være opmærksom på at få udnyttet kapaciteten bedst muligt, dvs. at have et tilstrækkeligt aktivitetsniveau inden for rammen. I den anden model er den udekørende akutsygepleje både organisatorisk og økonomisk en integreret del af den udekørende sygepleje, der er aktivitetsfinansieret. Det understøtter kapacitetsudnyttelsen for den samlede sygepleje, men skaber behov for at være opmærksom på at sikre et tilstrækkeligt beredskab af akutsygeplejefaglige kompetencer, dvs. et passende niveau af ledige ressourcer og kompetencer til akutte aktiviteter. Se også afsnit 3.5 om organisering af akutfunktionen.

Også i relation til akutpladser er der forskel på tildelingen i de tre deltagerkommuner, der har akutpladser. Holstebro og Favrskov Kommuner har en rammebaseret tildelingsmodel, hvor der er en fast, særskilt budgetramme til enheden for akutpladser. Næstved Kommune har derimod en aktivitetsbaseret tildelingsmodel, hvor enheden for akutpladser får en afregning i forhold til belægningsprocenten, dvs. en afregning med en fastsat takst pr. belagt plads. I Holstebro Kommune understøtter rammestyningen, at kommunen fast kan have 10 akutpladser, som kan håndtere et behov for hurtigt at placere en borger på en sengeplads. En udfordring ved rammestyningen er, at de 10 akutpladser ofte ikke vil være besat, hvilket kommunen bl.a. håndterer ved at stille ledige akutpladser til rådighed for øvrige borgere med et midlertidigt pladsbehov. I Næstved Kommune understøtter den aktivitetsbaserede tildeling til akutpladser en god ressourceudnyttelse, idet en belægning på færre end de 24 definerede akutpladser medfører færre tildelte ressourcer og et direkte incitament til at reducere eller omprioritere personaleresourcer. Omvendt kan en udfordring ved den aktivitetsbaserede tildeling til akutpladser ifølge Næstved Kommune være, at det er sværere at styre økonomien, hvis belægningen på akutpladserne, og dermed afregningen, svinger meget. Næstved Kommune peger på, at kommunen bl.a. håndterer dette ved i perioder med lav belægning at udlåne medarbejdere fra akutpladserne til andre driftsområder.

4.6.2 Vurdering

Det er ikke muligt på baggrund af analysen at pege entydigt på det mest hensigtsmæssige valg af ressourcefordelingsmodel for kommunernes akutfunktion. Det ser dog ud til, at ressourcefordelingsmodeller for den udekørende akutsygepleje i deltagerkommunerne hænger tæt sammen med organiseringen af akutfunktionen jf. afsnit 3.5. Kortlægningen viser således, at der i deltagerkommunerne findes to modeller for ressourcefordelingen til den udekørende sygepleje:

1. Udekørende akutsygepleje i akutteam med fast, særskilt budgetramme
2. Udekørende akutsygepleje organisatorisk og økonomisk integreret del af den udekørende sygepleje med en samlet, aktivitetsbaseret ressourcefordeling.

Analysen peger på, at Model 1 understøtter muligheden for altid at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje, men skaber behov for at være særligt opmærksom på at sikre et tilstrækkeligt aktivitetsniveau og en god kapacitetsudnyttelse inden

for rammen. Model 2 understøtter kapacitetsudnyttelsen for den samlede sygepleje, men skaber behov for at være særligt opmærksom på at sikre tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje, dvs. et passende niveau af ledige ressourcer og kompetencer til akutte aktiviteter. Se også afsnit 3.5 om organisering af akutfunktionen og kapitel 7 om bl.a. aktivitetsopfølgning.

Kortlægningen viser endvidere, at der blandt de tre deltagerkommuner, som har akutpladser, findes to modeller for ressourcefordelingen til akutpladser:

1. Rammefinansierede akutpladser
2. Aktivitetsfinansierede akutpladser baseret på belægning.

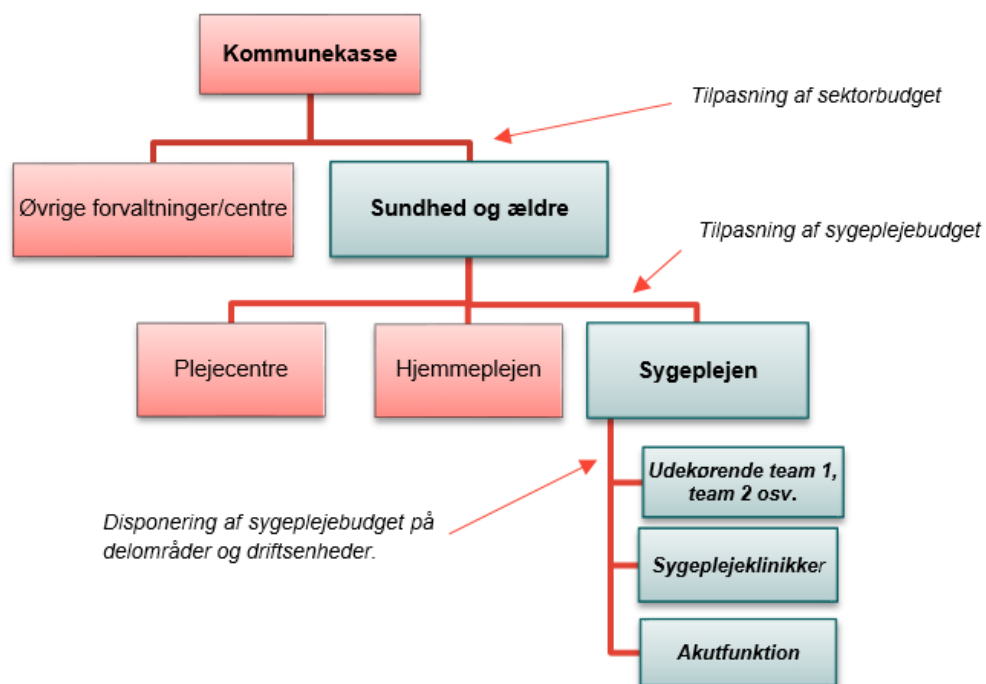
Et økonomisk formål med akutpladser kan ifølge nogle deltagerkommuner være at stabilisere borgere på en akutplads, så eksempelvis forløb i borgerens hjem ikke når at udvikle sig til meget komplekse og dyre forløb samt at forhindre hospitalsindlæggelser. I model 1, hvor akutpladserne rammefinansieres, vil der være et særligt behov for sikre en god kapacitetsudnyttelse. Dette kan fx opnås ved, at akutpladser ikke står tomme, men kan konverteres til andre midlertidige pladser, når de ikke er fyldte. I model 2, hvor akutpladserne aktivitetsfinansieres, tilpasses rammen automatisk belægningen på pladserne, og et opmærksomhedspunkt er at tilpasse personaleresourcerne det aktivitetsbestemte budget. Det kan fx gøres ved at udlåne medarbejdere fra akutpladserne til andre driftsområder ved aktivitetsnedgang.

5 Budgetlægning og budgetansvar

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes budgetlægning på sygeplejeområdet, dvs. hvordan sygeplejebudgettet årligt tilpasses og disponeres ved budgetårets start. Desuden kortlægges og vurderes deltagerkommunernes placering og fordeling af budgetansvar. Kapitlet vedrører flere trin i den årlige tilpasning og disponering af sygeplejens budget, jf. Figur 5.1.

Først ser vi i afsnit 5.2 og 5.3 nærmere på, hvordan sygeplejens budget tilpasses fra år til år. I afsnit 5.2 afdækkes kommunernes praksis for at tilpasse sygeplejens årlige budgetramme efter den demografiske udvikling. I afsnit 5.3 behandles deltagerkommunernes arbejde med effektiviseringer som led i den årlige budgettilpasning. Dernæst ser vi i afsnit 5.4 nærmere på, hvordan sygeplejens samlede budget disponeres på delområder og driftsenheder ved budgetårets start, herunder hvordan budgetforudsætninger anvendes. Endelig kortlægges og vurderes i afsnit 5.5 deltagerkommunernes placering og håndtering af formelt budgetansvar og økonomisk medansvar på sygeplejeområdet.

Figur 5.1 Eksempel på tilpasning og disponering af budgettet til kommunal sygepleje



Kilde: VIVEs egen tilvirkning

5.1 Konklusioner

Boks 5.1 Konklusioner – budgetlægning

- **Tag stilling til håndtering af demografisk udvikling i sygeplejens budget**

Analysen peger på, at det er en fordel for den økonomiske styring, at der i budgetlægningen er taget stilling til, hvordan de budgetmæssige konsekvenser af et stigende antal ældre borgere håndteres over tid. En eventuel demografiregulering af sygeplejebudgettet kan ske efter en løbende konkret vurdering eller ved at anvende en demografimodel, der omfatter sygeplejen, som grundlag for en stillingtagen til en eventuel regulering af budgettet. Anvendes en demografimodel, nævner en af deltagerkommunerne, at det er væsentligt nøje at overveje principperne i modellen, herunder især hvilke forudsætninger der sikrer en så retvisende demografimodelberegning som muligt, så man hverken under- eller overvurderer de forventede økonomiske konsekvenser af demografiændringer.
- **Systematiser arbejdet med effektiviseringer – løbende og i budgetprocessen**

Analysen viser, at det systematiske arbejde med effektiviseringer fx kan ske ved med jævne mellemrum at gennemføre større og mindre analyser som et led i budgetprocessen samt løbende have fokus på at optimere driften og derigennem udvikle tiltag, der kan blive en del af budgetprocessen. Derudover indikerer analysen, at kommunerne med fordel kan arbejde systematisk med at inddrage inspiration fra andre kommuner i budgetprocessen. I den konkrete udarbejdelse af effektiviseringsforslag i budgetprocessen peger analysen på, at forslagene bør bygge på realistiske og gennemregnede forudsætninger.
- **Disponer sygeplejens budget klart på underområder og driftsenheder**

En klar disponering af sygeplejens budget på driftsenheder giver driftslederne et grundlag for den løbende økonomiske styring. Analysen viser, at disponeringen fx kan bestå af forudsatte udgiftsrammer eller af forudsætninger vedrørende aktivitet og produktivitet. En fordel ved at disponere budgettet efter forudsætninger om aktivitet (fx visiterede timer) og produktivitet (fx timepris) kan være, at det bidrager til gennemsigtighed i den politiske styringskæde, idet det tydeliggøres, hvad eksempelvis en ændring af serviceniveauet eller en effektivisering har af budgetmæssige konsekvenser.
- **Placer et entydigt formelt budgetansvar**

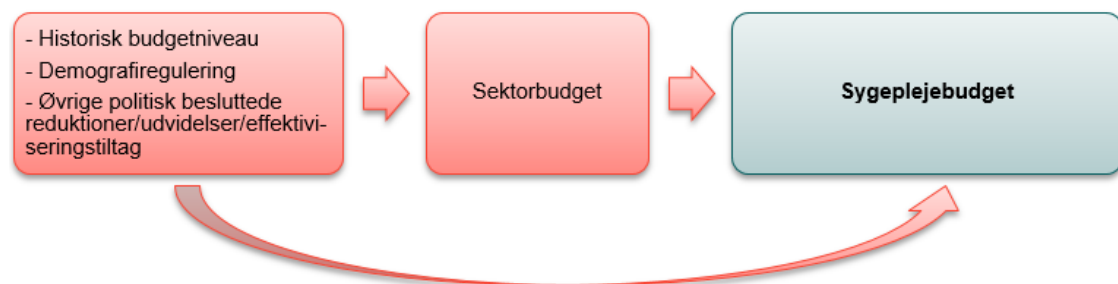
Analysen viser, at kommunerne med fordel kan have en entydig placering af det formelle budgetansvar, hvilket gør det klart, hvem der har ansvaret for, at et budget overholdes og pligt til at forsøge at rette op, hvis der konstateres problemer i løbet af året. I alle deltagerkommuner ligger det formelle ansvar for driftsbudgetterne på ledelsesniveau 2.
- **Fokus på at udvikle medansvarlighed for budgettet på lederniveauet under de formelt budgetansvarlige**

Analysen viser, at kommunerne med fordel kan arbejde for at understøtte en høj grad af økonomisk medansvarlighed hos lederne på niveauet under de formelt budgetansvarlige (ledelsesniveau 3). Dette kan bidrage til udgiftsstyring og budgetoverholdelse i sygeplejeområdet, da en betydelig del af de daglige forbrugsbeslutninger træffes på ledelsesniveau 3. Den økonomiske ansvarsfølelse hos ledere på niveau 3 kan styrkes ved at gøre lederne ansvarlige for individuelle og afgrænsede økonomiske delrammer og dermed medansvarlige for at overholde det samlede sygeplejebudget.

5.2 Tilpasning af sygeplejens budget og demografiregulering

Det samlede budget til sygeplejen dækker typisk udekørende sygepleje, akutfunktion og sygeplejeklinikker. Sygeplejens budget justeres fra et budgetår til det næste ved, at sidste års budget pris- og lønfremskrives. Herefter tilpasses budgettet en række forhold, eksempelvis politisk besluttede budgetudvidelser og -reduktioner, effektiviseringer samt ofte også forventede økonomiske konsekvenser af den demografiske udvikling, dvs. udviklingen i antallet af typisk ældre borgere. Dette er illustreret i Figur 5.2, hvoraf det også fremgår, at sygeplejebudgettet i nogle kommuner reguleres direkte og i andre kommuner indirekte. Ved indirekte regulering af sygeplejens budget menes, at sygeplejebudgettet ved den samlede budgettildeling ikke er adskilt fra øvrige delbudgetter på ældreområdet, fx budgettet til hjemmepleje- og plejecenterområdet.

Figur 5.2 Tilpasninger af sygeplejens årlige samlede budgetramme



Note: Den nederste store pil indikerer en direkte tildeling af økonomiske midler til sygeplejen i en kommune ifm. budgetlægningen, fx hvis kommunen har en demografimodel udelukkende for sygeplejeområdet. De to små øverste pile indikerer til sammenligning en indirekte tildeling af midler til sygeplejen ifm. budgetlægningen, fx hvis kommunen har en samlet demografimodel, der regulerer sektorbudgettet på hele ældreområdet (herunder sygeplejen), hvorefter der så i sektorbudgettets disponering kan tildeles midler specifikt til sygeplejen. Se også Dalsgaard et al. (2020b).

Kilde: VIVEs egen tilvirkning.

De følgende afsnit afdækker, om og hvordan deltagerkommunerne demografiregulerer budgettet på sygeplejeområdet, herunder om de anvender demografimodeller i budgetlægningen. Analysen beskriver udvalgte elementer i de konkrete modeller, men giver ikke mulighed for at vurdere, i hvilket omfang en eventuel demografiregulering i den enkelte kommune afspejler det faktiske udgiftsbehov.

5.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Kommuner kan tænke de økonomiske konsekvenser af en ændret demografi med flere ældre ind i deres budgetlægning på flere måder. Én metode er at anvende en demografimodel, dvs. en model, der efter fastlagte principper og som led i budgetprocessen beregner de udgiftsændringer på det samlede ældreområde eller sygeplejeområdet særskilt, der forventes at følge af demografiske ændringer i kommunen.⁴⁶ I en undersøgelse af kommunernes brug af demografimodeller i budget 2020 oplyser 86 % af kommunerne, at de har en demografimodel. I 88 % af disse kommuner omfatter demografimodellen sygeplejeområdet. I alt er det således 74 % af landets kommuner, der har en demografimodel, der inkluderer sygeplejen. I samme undersøgelse fremgår også nogle af de overvejelser og principper for demografiberegning på ældreområdet, som kommunerne kan tage udgangspunkt i.⁴⁷

⁴⁶ Dalsgaard et al. (2020a).

⁴⁷ Dalsgaard et al. (2020a).

Tabel 5.1 viser en oversigt over de fem deltagerkommuners brug af demografimodeller, der også omfatter sygeplejens budget.

Tabel 5.1 Oversigt over deltagerkommunernes anvendelse af demografimodeller på sygeplejeområdet

Ja Deltagerkommuner med en demografimodel, der omfatter sygeplejeområdet	Deltagerkommuner, som ikke har en demografimodel, der omfatter sygeplejeområdet
Favrskov Næstved Aabenraa	Holstebro Sønderborg

Det ses af Tabel 5.1, at Favrskov, Næstved og Aabenraa Kommuner anvender demografimodeller, der omfatter sygeplejeområdet. Holstebro og Sønderborg Kommuner anvender derimod ikke demografimodeller i reguleringen af sygeplejens budget. Det betyder dog ikke, at Holstebro og Sønderborg Kommuner ikke forholder sig til den demografiske udvikling i budgetlægningen. Disse to kommuner illustrerer således, hvilke andre metoder – ud over en decideret demografimodel – kommunerne anvender til at tænke forventede økonomiske konsekvenser af demografiske ændringer ind i deres budgetlægning.

Sønderborg Kommune har en demografipulje, som primært skal dække aktivitetsudviklingen i hjemmeplejen, herunder de overdragede sygeplejeydelser. Sygeplejen i Sønderborg Kommune kan også skønsmæssigt modtage midler fra demografipuljen. For eksempel modtog sygeplejen i 2020 ekstra midler fra demografipuljen grundet økonomiske udfordringer bl.a. som følge af ekstra opgaver til levering af sygepleje på det specialiserede socialområde. Demografipuljemidlerne tildeles ved politisk beslutning i forbindelse med den årlige budgetlægningsproces. Sønderborg Kommune ser dog ikke nogen grund til fast at demografiregulere den kommunale sygepleje. Dette begrundes kommunen bl.a. med, at sygeplejen løbende kan tilpasse sit aktivitetsniveau ved at overdrage flere sygeplejeydelser til hjemmeplejen, når der kommer flere opgaver i sygeplejen. En sådan stigning i overdragede sygeplejeydelser vil så til gengæld kunne trække på demografipuljen i hjemmeplejen.

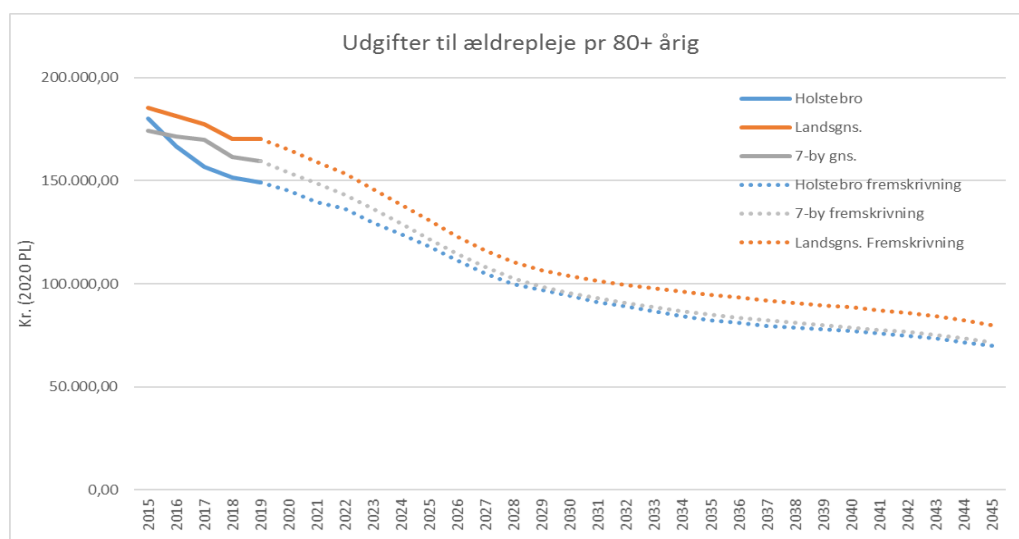
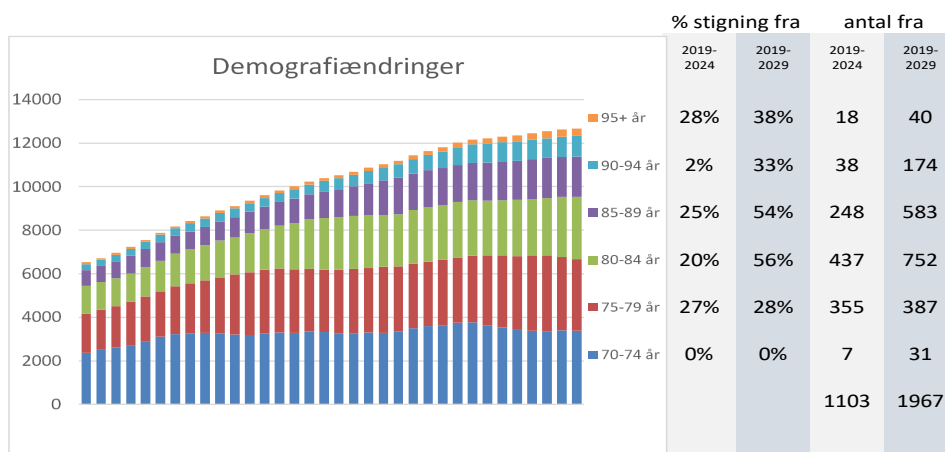
I Holstebro Kommune er der ikke en demografimodel, men politikerne forholder sig til de forventede budgetmæssige konsekvenser af den demografiske udvikling for sygeplejen i forbindelse med den årlige budgetproces. Som årsag til, at kommunen ikke har en demografimodel, som omfatter sygeplejeområdet, peger Holstebro Kommune bl.a. på usikkerheden om den reelle sammenhæng mellem den demografiske udvikling og udgiftspresset på sygeplejen. En interviewperson i Holstebro Kommune fortæller:

Det, vi gør opmærksom på, er, at der er en demografisk udvikling. Vi illustrerer det på forskellig vis i noget af det materiale, som bliver brugt på budgetseminaret [...]. Men det er måske et af de områder, hvor vi kan udvikle på vores befolkningsprognose og se, om man kan lægge Finansministeriets skøn ind og se, hvad har det så af konsekvenser. Så man kan få et mere præcist skøn for, hvad er det, den her demografi egentlig koster. Man kan meget hurtigt bare skalere sit budget op med antallet af ældre, og så kommer man sandsynligvis til at overvurdere udgiftsbehovet, og det går lidt ud over troværdigheden, hvis man gør det på den måde. Men det er et svært område.

I budgetprocessen præsenteres politikerne bl.a. for demografiske prognoser og kommunens udgiftsniveau sammenlignet med andre kommuners. Boks 5.2 viser et eksempel på materiale

fremlagt ved budgetseminaret i Holstebro Kommune ved budgetlægningen for 2021. Det fremgår, at kommunalpolitikere i Holstebro Kommune som baggrund for deres prioriteringer forelægges prognoser for antallet af ældre de næste 5, 10 og 25 år samt en tilsvarende fremskrivning af kommunens udgifter pr. borger over 80 år.

Boks 5.2 Eksempel på, hvordan det politiske niveau præsenteres for den demografiske udvikling – Holstebro Kommune



Kilde: Holstebro Kommune. Plancher til budgetseminar for Social- og Sundhedsudvalget i Holstebro Kommune i 2020.

Til forskel fra Holstebro og Sønderborg Kommuner er sygeplejen i Favrskov, Næstved og Aabenraa Kommuner omfattet af en demografimodel. Tabel 5.2 viser en oversigt over, hvor bredt demografimodellerne i de tre kommuner dækker, hvilke aldersintervaller der indgår i modellen og beregningsmetoden for taksten pr. borger i hvert aldersinterval. I alle tre kommuner beregner demografimodellen for sygeplejen en budgetregulering på baggrund af forventede ændringer i antallet af borgere i nogle bestemte aldersintervaller og ikke på baggrund af fremskrivninger for ændringer i antal modtagere af sygepleje eller modtagernes tyngde. Det er dog en bagvedliggende antagelse, at forventede ændringer i antallet af borgere inden for bestemte aldersintervaller også påvirker det fremtidige antal modtagere og dermed behovet for sygepleje.

Ændringer i antallet af borgere i forskellige aldersintervaller ganges herefter med beregnede takster pr. borger i de pågældende aldersintervaller. I Næstved Kommune er taksten pr. borger opdelt på et antal aldersopdelte timer pr. borger og en timepris, der er den samme for alle aldersintervaller. I Næstved og Aabenraa Kommuner korrigeres demografiberegningen desuden for estimater for 'sund aldring'.

Tabel 5.2 Demografimodeller på sygeplejeområdet – Favrskov, Næstved og Aabenraa Kommuner

	Modellens bredde	Antal borgere	Takst pr. borger	
Favrskov	Sygeplejen (udeområde)	Befolkningsprognose i aldersintervaller (Aldersintervaller: 0-40, 41-50, 51-60, herefter 5-årige intervaller op til 95+)	Takst pr. borger i aldersintervaller (Metode: budget fordelt på aldersintervaller pba. visiterede timer til sygepleje året før)	
	Ældreområdet	Befolkningsprognose i aldersintervaller (Aldersintervaller: 0-67, 68, 69-79, herefter 1-årige intervaller op til 99+)	Timer pr. borger i aldersintervaller X (gange) (Metode: budget nedbrudt til timer og fordelt på aldersintervaller pba. fordelingen af visiterede timer på ældreområdet året før. Korrektion for 'sund aldring' for aldersintervallet 68-89 år)	Timepris
Aabenraa	Ældreområdet	Befolkningsprognose i aldersintervaller (Aldersintervaller: 65-74, 75-84, 85+)	Takst pr. borger i aldersintervaller (Metode: budget fordelt på aldersintervaller pba. fordelingen af visiterede timer til hjemmepleje året før. Korrektion for 'sund aldring' på 0,3 %)	

Kilde: VIVEs egen tilvirkning med udgangspunkt i deltagerkommunernes dokumenter og beskrivelse af praksis.

Det ses af Tabel 5.2, at sygeplejens budget i Næstved og Aabenraa Kommuner fremskrives som en del af det samlede ældrebudget. I Næstved Kommune disponeres den visiterede del af ældrebudgettet ud på de forskellige ydelser (sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp, midlertidige pladser og øvrige) baseret på fordelingen af de visiterede timer sidste år, hvorved sygeplejens årlige timebudget dannes (se også afsnit 5.4). I Aabenraa Kommune disponeres årligt en skønsmæssig andel af demografimidlerne på ældreområdet til sygeplejen.

Favrskov Kommune anvender en særskilt demografimodel til sygeplejen på udeområdet, dvs. den udekørende sygepleje, sygeplejeklinikkerne og akutteamet. I Favrskov Kommune fordeles det samlede budget til sygeplejen årligt på aldersintervallerne på baggrund af de visiterede sygeplejetimer sidste år. Der fremskrives herefter foreløbigt med befolkningsprognosen og endelig ved genberegning med de reelle befolkningstal i forbindelse med 1. budgetopfølgning. Som baggrund for at anvende en særskilt demografiregulering af sygeplejen i Favrskov Kommune peger kommunen på, at det er opfattelsen, at en fastholdelse af sygeplejens serviceniveau som udgangspunkt forudsætter en løbende demografiregulering. Denne opfattelse deles grundlæggende af Næstved og Aabenraa Kommuner, som også demografiregulerer sygeplejen. En interviewperson fra Favrskov Kommune fortæller:

Da det primært er lægerne, der beslutter, om du er berettiget til hjælp i form af sygepleje, og der er øget tilgang af borgere, så vil der også være et øget pres på sygeplejen. For at vi kan fastholde serviceniveauet, er det politisk besluttet, at budgettet skal reguleres i form af demografitildeling.

5.2.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at tre af deltagerkommunerne anvender demografimodeller, der omfatter sygeplejens budget. To deltagerkommuner anvender ikke demografimodeller, men foretager en løbende vurdering af behovet for demografiregulering af sygeplejens budget. Et argument for at anvende en demografimodel på sygeplejens budget kan være, at man på den måde søger at fastholde kommunens serviceniveau på området. Et argument for ikke at anvende en demografimodel kan være, at der er usikkerhed om sammenhængen mellem den demografiske udvikling på den ene side og udviklingen i behovet for kommunale sygeplejeindsatser på den anden side. Ligeledes kan det være et argument for ikke at demografiregulere sygeplejen, at sygeplejen har mulighed for at tilpasse sig et ændret aktivitetsniveau ved at overdrage flere eller færre opgaver til hjemmeplejen.

På baggrund af kortlægningen af deltagerkommunernes praksis er det VIVEs vurdering, at det er en fordel for den økonomiske styring, at der i budgetlægningen er taget stilling til, hvordan de budgetmæssige konsekvenser af et stigende antal ældre borgere håndteres over tid. En eventuel demografiregulering af sygeplejen kan med fordel tage udgangspunkt i en vurdering af, om sygeplejens budget i udgangspunktet er afstemt med det forudsatte aktivitets- og serviceniveau, og om der er den nødvendige viden om sammenhængen mellem demografisk udvikling, behov, aktiviteter og udgifter. En demografiregulering af sygeplejebudgettet kan herefter bidrage til at sikre, at budgettet fortsat er afstemt med aktivitets- og serviceniveauet, når antallet af (ældre) borgere ændres.

Demografireguleringen af sygeplejebudgettet kan ske efter en løbende konkret vurdering eller ved at anvende en demografimodel, der omfatter sygeplejen, som grundlag for en stillingtagen til en eventuel regulering af budgettet. Såfremt man vælger at anvende en demografimodel, nævner en af deltagerkommunerne, at det er væsentligt nøje at overveje principperne i modellen, herunder især hvilke forudsætninger der sikrer en så retvisende demografimodelberegning som muligt, så man hverken under- eller overvurderer de forventede økonomiske konsekvenser af demografiændringer. Hvis kommunen vælger at anvende en demografimodel, kan kommunen fx tage udgangspunkt i de overvejelser og principper for demografiberegning på ældreområdet, der findes i Dalsgaard et al. (2020a).

5.3 Arbejdet med konkrete effektiviseringstiltag

Som led i budgetprocessen udarbejdes typisk forslag til konkrete effektiviseringstiltag, dvs. forslag til fx at frigøre ressourcer uden at reducere serviceniveauet. Forslag til effektiviseringstiltag indgår ofte i budgetprocessen som business cases, dvs. forslag til tiltag på sygeplejeområdet med tilhørende beregning af forventede økonomiske konsekvenser. I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes arbejde med forslag til konkrete effektiviseringstiltag i budgetprocessen.

5.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Overordnet vedrører indholdet af effektiviseringstiltag på sygeplejeområdet i deltagerkommunerne temaer, som også er behandlet andre steder i denne rapport, fx i kapitel 6 om visitation og opfølgning på borgeres ydelser og forløb og i kapitel 7 om budgetopfølgning og styringsinformation. Eksempelvis nævner kommunerne en række konkrete indsats typer i sygeplejen, som de har haft fokus på at omlægge og effektivisere, herunder:

- Medicinhåndtering, herunder brug af dosispakket medicin og elektronisk medicinhusker
- Kompressionsbehandling, så fx hyppigheden af hjælp i hjemmet til at tage kompressionsstrømper på kan reduceres ved at anvende et alternativt forbindingsprodukt (se fx Boks 5.3)
- Brug af velfærdsteknologi, fx øget brug af skærmbesøg i sygeplejen
- Brug af sygeplejeklinik, fx øget andel nyvisterede borgere, som modtager hjælp i sygeplejeklinik frem for i borgerens eget hjem.

Ifølge deltagerkommunerne foregår udviklingen af effektiviseringstiltag ikke kun i forbindelse med budgetprocessen, men også som en del af andre styringsprocesser, fx i forbindelse med udmøntning af generelle rammereduktioner og den løbende ressourcestyring. Se også afsnit 7.4 om løbende ressourcestyring. Dette afsnit fokuserer på de effektiviseringstiltag, som på den ene eller anden måde bliver en del af budgetprocessen.

Boks 5.3 beskriver tre konkrete eksempler på effektiviseringsforslag i deltagerkommunerne, hvor formålet er at reducere den tid, kommunen anvender på sygeplejeydelser til den enkelte borger, uden at serviceniveauet reduceres. De økonomiske konsekvenser af effektiviseringsforslagene kan herefter beregnes ved at omsætte den forventede tidsbesparelse til en reduceret udgift (fx ved at antage en timepris). I forbindelse med udarbejdelsen af disse forslag peger kommunerne generelt på vigtigheden af, at de bygger på realistiske forudsætninger, fx ved at der er gennemført grundige og realistiske beregninger. Sådanne beregninger kan fx ske med udgangspunkt i en analyse af de visiterede eller leverede timer i et geografisk område i en defineret periode, konkrete tidsmålinger, forudgående pilotprojekter mv.

Boks 5.3 Eksempler på business cases i deltagerkommunerne

Omlægning af medicindosering hos borgere – Favrskov Kommune

I dag modtager ca. 145 borgere dosispakket medicin fra apoteket. Det foreslås, at yderligere ca. 60 borgere overgår til denne ordning, og at antallet af borgere, der får doseret deres medicin på sundhedsklinikkene, øges. Forslaget indebærer en besparelse på 450.000 kr. årligt.

Kompressionsbehandling – Næstved Kommune

Ved at borgeren går fra bevilling af støttestrømper med daglig hjælp til fremover at blive bevilliget ugentlig hjælp til at tage et forbindingsprodukt på, kan der årligt spares 3.358 kr. pr borger. Det vurderes, at der hos 70 % af borgerne, visiteret til støttestrømper (svarende til 153 borgere), kan opnås samme kompressionseffekt ved at anvende et forbindingsprodukt. Såfremt alle disse potentielle borgere i 2021 overgår til et forbindingsprodukt, vil der være besparelsespotentiale for 513.733 kr. i 2021.

Karrusel-medicinæske – Sønderborg Kommune

For en borger, der i dag får besøg af hjemmeplejen til medicinadministration 4 gange dagligt, er prisen 263 kr. pr. dag. Omlægges indsatsen således, at borgeren herefter modtager 2 besøg dagligt, og 'karrusel-medicinæsken' erstatter de 2 øvrige besøg, er tilbagebetalingstiden 24 dage. Herved er den halvårslige besparelse 23.688 kr. pr. borger svarende til 710.640 kr. ved 30 borgere.

Forslag til konkrete effektiviseringstiltag i deltagerkommunernes budgetlægning bliver til gennem forskellige processer. Overordnet kan der skelnes mellem de effektiviseringsforslag, der udvikles systematisk som en del af budgetprocessen, og de tiltag, der opstår løbende i driften via et fokus på vedvarende at driftsoptimere sygeplejeområdet, og som senere bliver til effektiviseringsforslag i budgetprocessen.

I forhold til afsættet for de effektiviseringsforslag, der opstår som en systematisk del af budgetprocessen, nævner deltagerkommuner bl.a. en systematisk ledelsesdialog, igangsættelse af budgetanalyser og indhentning af inspiration fra andre kommuner. I forhold til effektiviserings tiltag, der opstår løbende i driften, peger deltagerkommunerne på, at disse fx kan være affødt af ad hoc-analyser i forbindelse med den løbende ressourcestyring samt løbende driftsoptimering og nytænkning hos ledere og medarbejdere.

Deltagerkommunerne peger på, at de effektiviseringsforslag, der bliver til som en systematisk del af budgetprocessen, typisk udvikles gennem en systematisk inddragelse af ledelseshierarkiet. En fagchef fortæller:

Budgetprocessen starter på den måde, at jeg har en drøftelse med distriktslederne om, hvor det kunne være en god idé at sætte ind henne. Og det drøfter vi selvfølgelig også med vores direktør, og så sker der så en modellering i sådan en proces, og vi finder frem til, at det er de her ting, vi går med.

Flere deltagerkommuner nævner derudover større budgetanalyser på sygeplejeområdet som et tiltag i forbindelse med budgetprocessen, der har givet anledning til konkrete effektiviseringsforslag. Både Holstebro, Næstved og Aabenraa Kommuner peger således på, at større analyser af sygeplejeområdet har udgjort et afsæt for konkrete omstillinger og effektiviseringer af sygeplejen. Næstved Kommune har fx udarbejdet budgettema-analyser på ældreområdet, hvor kommunen har identificeret effektiviseringsforslag for sygeplejen vedrørende dosisdispensering, kompressionsbehandling, skærmbesøg og sygeplejeklinik. Tilsvarende lavede Aabenraa Kommune i 2018 en analyse på sygeplejeområdet, som førte til dels et øget fokus på anvendelse af sygeplejeklinik, dels en omorganisering af medarbejdere i sygeplejen i danselsen af 'Team Connect', jf. også afsnit 6.2.

Som endnu et eksempel på, hvordan budgetprocessen har givet anledning til konkrete effektiviseringsforslag, peger nogle deltagerkommuner på, at de systematisk sammenligner sig med og henter inspiration fra andre kommuner. For eksempel sammenligner Holstebro Kommune sig i deres budgetmateriale med syv kommuner og landsgennemsnittet på udvalgte nøgletal. En interviewperson i en anden deltagerkommune nævner i den sammenhæng, at praksis hos andre kommuner generelt indgår som en blandt flere inspirationskilder i udarbejdelsen af effektiviseringsforslag på sygeplejeområdet:

Som forvaltning laver vi et katalog med forslag til effektiviseringer og besparelser til vores politikere, som gennemgår kataloget og finder ud af, hvilke forslag vi skal arbejde videre med, og hvilke vi ikke skal. I sådan en proces søger vi inspiration fra andre kommuner og kigger på, hvad vi kan arbejde videre med hos os.

Ud over de tiltag, som er direkte affødt af budgetprocessen, nævner flere deltagerkommuner, at de har et fokus på vedvarende at driftsoptimere og udvikle sygeplejeområdet. Dette bidrager ifølge deltagerkommunerne til, at de løbende, fx i den løbende ressourcestyring, kan identificere forbedringspotentialer, som på et tidspunkt kan blive til konkrete effektiviseringsforslag i budgetprocessen. Se også afsnit 7.4 om løbende ressourcestyring. Et eksempel på dette kan være mindre ad hoc-analyser i forbindelse med den løbende ressourcestyring, jf. nedenstående citat fra en økonomileder:

Vi er rigtig gode til at lave små analyser hele tiden. Når vi ser udsving eller afvigelser i vores data, som giver anledning til at kigge nærmere ind i det, sætter vi det i gang. Lige nu arbejder vi faktisk med en business case omkring kompressionsstrømper – kan vi gøre noget andet her? Så på den måde synes jeg, vi er ret gode til at fange, når vi ser afvigelser og dykke ned i dataene – det kan være både små og store analyser. Her har jeg to konsulenter, der kan arbejde i dybden med henholdsvis økonomi- og aktivitetsdata for sygeplejen.

5.3.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at alle deltagerkommunerne i deres økonomiske styring af sygeplejen har gode erfaringer med at identificere og udarbejde konkrete effektiviseringsforslag og business cases i budgetprocessen. Effektiviseringsforslagene kan være et resultat af to typer af processer. For det første en systematisk tilgang i budgetprocessen, hvor der fx igangsættes budgetanalyser og hentes inspiration fra andre kommuner. For det andet et løbende fokus på at optimere driften og derigennem udvikle tiltag, der også kan blive en del af budgetprocessen.

I udarbejdelsen af konkrete effektiviseringsforslag og business cases lægger deltagerkommunerne vægt på vigtigheden af, at forslagenes beregnede økonomiske potentiale bygger på realistiske og gennemregnede forudsætninger. De kan fx tage udgangspunkt i visiterede eller leverede timer i et geografisk område i en defineret periode, konkrete tidsmålinger og forudgående pilotprojekter.

På den baggrund er det VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan systematisere deres arbejde med forslag til effektiviseringstiltag i budgetprocessen, ligesom de med fordel kan arbejde målrettet for løbende at gøre effektiviseringstiltag til en integreret del af praksis på sygeplejeområdet. Dette kan fx ske ved med jævne mellemrum at gennemføre større og mindre analyser, have et løbende fokus på driftsoptimering og udvikling, have en systematisk praksis for at søge inspiration hos andre kommuner samt sikre, at effektiviseringsforslag bygger på realistiske og gennemregnede forudsætninger.

5.4 Disponering af sygeplejebudgettet

I afsnit 0 blev det beskrevet, hvordan størrelsen af det samlede sygeplejebudget årligt bliver tilpasset i deltagerkommunerne, herunder om og hvordan kommunerne regulerer budgettet for forventede økonomiske konsekvenser af demografiske ændringer og effektiviseringstiltag. Dette afsnit fokuserer på, hvordan det samlede sygeplejebudget er fordelt ud på delområder og driftsenheder, dvs. hvordan det er disponeret på udekørende sygeplejedistrikter, sygeplejeteams, sygeplejeklinikker og akutfunktion.

5.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Alle fem deltagerkommuner disponerer deres samlede sygeplejebudget på en række underområder og driftsenheder baseret på kommunens konkrete organisering (se kapitel 3). Deltagerkommunerne har dog varierende praksis for at disponere det samlede sygeplejebudget, herunder for at bruge budgetforudsætninger om fx antal timer og timepris i disponeringen.

En overordnet forskel består i, at deltagerkommunerne med decentral visitation og rammestyret sygepleje (se også kapitel 4), dvs. Favrskov, Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommu-

ner, fra årets start disponerer en række udgiftsrammer til underliggende områder og driftsenheder. Fordelingen af disse udgiftsrammer kan fx være baseret på det historiske udgifts- og aktivitetsniveau i de enkelte områder og driftsenheder. Til sammenligning disponerer Næstved Kommune, som har en central visitation og en aktivitetsstyret sygepleje, fra året start budgettet ud fra et forudsat antal sygeplejetimer i myndighed og en forudsat timepris i udførerleddet. De enkelte kommuners praksis uddybes nedenfor.

For så vidt angår deltagerkommunerne med rammestyret sygepleje, disponerer Favrskov Kommune hele sygeplejebudgettet til de to distriktsledere på ledelsesniveau 2 samt akutteamet⁴⁸, som hver især får deres forholdsmæssige andel af den eventuelle budgettilskrivning fra demografimodellen⁴⁹ (se afsnit 5.2). Budgettet til de to distriktsledere er disponeret i månedsvise udgiftsrammer, hvis størrelse varierer fra måned til måned baseret på forudsætninger om tidligere års fluktuationer i sygeplejens forbrug over et år. De månedsvise udgiftsrammer udgør budgettet fra årets start, som der løbende følges op på. Foruden at styre efter de disponerende udgiftsrammer styrer driftslederne efter, hvordan det månedsvise tal for visiterede timer og antal brugere ser ud i forhold til de månedsvise tal for tidligere år samt andre perioder, som driftslederne selv kan vælge i deres ledelsesinformationssystem (se også kapitel 7).

I Sønderborg Kommune opdeles sygeplejens budget i en fællesramme hos den budgetansvarlige områdeleder og en række lønbudgetter til de fire teams og akutteamet. Lønbudgetterne for driftslederne i Sønderborg Kommune er disponeret månedsvist i 12 lige store dele, hvilket fra årets start udgør det budget, som teamlederne kan styre efter. En del af lønbudgettet til de udekørende sygeplejeteams er fordelt efter fordelingen af leverede timer mellem teamsene året før.

I Aabenraa Kommune opdeles sygeplejens samlede budget ligeledes i en fællesramme hos områdelederen og en række lønbudgetter, omregnet til en normering, til de tre teams vedrørende den udekørende sygepleje samt akutteamet og de tværgående funktioner. I Holstebro Kommune er sygeplejens budget disponeret i udgiftsrammer til henholdsvis akutfunktionen og de to udekørende teams, hvoraf de to udekørende teams har en fælles økonomisk ramme. De to kommuner har ikke som udgangspunkt disponeret deres sygeplejebudget efter eksplicite forudsætninger om aktivitet eller produktivitet. I stedet bygger fordelingen af udgiftsrammerne primært på tidligere års forbrug og den politisk afsatte ramme.

I de fire rammestyrede deltagerkommuner er budgettet til de overdragede sygeplejeindsatser enten disponeret som en del af sygeplejens budget (Favrskov og Holstebro Kommuner) eller disponeret som en del af myndighedsbudgettet (Sønderborg og Aabenraa⁵⁰ Kommuner) jf. også afregningsmodellen for overdraget sygepleje i afsnit 4.4.

Næstved Kommune har som tidligere nævnt central visitation og aktivitetsstyret sygepleje. I Næstved Kommune disponeres budgettet fra årets start ud på et antal sygeplejetimer i myndighed og en forudsat timepris i udførerleddet. Dermed er Næstved Kommune den af deltagerkommunerne, som mest direkte anvender forudsætninger om leverede timer og produktivitet i disponeringen af sygeplejens budget samt følger op på disse i den løbende økonomiske styring (kapitel 7 om budgetopfølgning og styringsinformation). Som det fremgår af Tabel 5.3, har Næstved Kommune disponeret myndighedsbudgettet efter et forudsat antal visiterede sygeplejetimer pr. uge. På driftssiden er sygeplejebudgettet disponeret ud på de fire distrikter via en timepris, der er forudsat fra årets start og differentieret på distriktsniveau for at tage hensyn

⁴⁸ En af distriktslederne i Favrskov Kommune er også budgetansvarlig leder for Akutteamet.

⁴⁹ Baseret på de lønsummer, som ligger i de to distrikter og akutteamet i forvejen.

⁵⁰ Dog er budgettet for de overdragede 'SUS-ydelser' i Aabenraa Kommune disponeret som del af sygeplejens budget.

til forskellige produktionsvilkår mellem distrikterne, herunder fordelingen af ude- og indeteams samt geografi. Den distriktsvise timepris er nedbrudt yderligere til en forudsat ATA-tid, der er forskellig mellem de enkelte teams. Dette giver, ifølge kommunen, den enkelte teamleder et godt styringsgrundlag for løbende at tilpasse sit personaleforbrug til ændringer i de visiterede timer fra myndighed, da den faktiske ATA-tid eksempelvis vil falde til under niveauet for den forudsatte ATA-tid, hvis antallet af visiterede timer falder, uden at teamets personaleforbrug reduceres tilsvarende.

Table 5.3 Forudsætninger i disponeringen af sygeplejens budget i Næstved Kommune

Visitationsbudget (Forventede timer)						
	Sygepleje	Personlig pleje	Praktisk hjælp	Midlertidig plads	Øvrige	Total
Uge 1						
Uge 2 osv.						
Total (uge 1-54)						
Driftsbudget (Forventet ATA, timepris og budget)						
		Forudsat fra årets start		Estimeret fra årets start		
		Forudsat ATA (Differentieret for teams)	Forudsat timepris (Differentieret for distrikter)	Visiterede timer	Visiterede stillinger	Visiteret budget (kr.)
Distrikt 1						
	Team 1					
	Team 2					
Distrikt 2						
	Team 3 osv.					
Total (distrikt 1-4)						

Kilde: VIVEs egen tilvirkning med udgangspunkt i dokumenter fra Næstved Kommune samt kommunens beskrivelse af praksis.

Ud over til disponering anvender Næstved Kommune budgetforudsætninger om timer, timepris (differentieret for distrikter) og ATA-tid (differentieret på teams) som grundlag for den løbende opfølgning på sygeplejens budget. Kommunen peger på, at opdelingen af forudsætninger i forudsat aktivitet (timer) og forudsat produktivitet (timepris og ATA-tid) kan være med til at klarlægge, hvad en eventuel budgetafvigelse skyldes, og hvordan der kan handles på den. Dette er uddybet i kapitel 7 om budgetopfølgning og styringsinformation. Derudover peger kommunen på, at disponeringen af sygeplejebudgettet efter timer og timepris også kan gøre det nemmere at beregne konsekvensen af forslag til effektiviseringer, budgetreduktioner og budgetudvidelser. Som en interviewperson fra Næstved Kommune fortæller:

Det er jo der – nogen vil kalde det minuttyranniet – er hjælpsomt. Altså det, at vi visiterer så specifikt, det gør, at når politikerne siger: ”Kan I ikke bare lige gøre lidt ekstra corona-rent”, så er det meget nemt at sige, at hvis I vil have en halv time ekstra hos hver borger hver anden uge, så koster det sådan og sådan. Hvis I vil spare på noget, så kan vi fuldstændigt beskrive, hvad er det for et serviceniveau, I kan få.

5.4.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at deltagerkommunerne har varierende praksis for at disponere deres samlede sygeplejebudget på underområder og driftsenheder. En grundlæggende forskel består i, at deltagerkommuner med decentral visitation og rammebaseret tildeling disponerer en række udgiftsrammer til underliggende områder og driftsenheder, typisk fordelt på enheder ud fra udgifts- og/eller aktivitetsniveauet året før og derefter fordelt efter en månedlig forventet forbrugsprocent. Udgiftsrammerne er i nogle kommuner omregnet til en normering. Deltagerkommunen med central visitation og aktivitetsbaseret tildeling disponerer sygeplejebudgettet efter et forudsat antal sygeplejetimer i myndighed og en forudsat timepris i udførerleddet, differentieret på distrikts- eller teamniveau.

Ifølge Næstved Kommune kan klare budgetforudsætninger være med til at skabe en sammenhæng mellem budget og forudsat service- og aktivitetsniveau. Budgetforudsætninger kan endvidere bidrage til gennemsigtighed i den kommunalpolitiske styringskæde, da det kan synliggøres, hvad en ændring af serviceniveauet (fx ændring af aktiviteter) eller en ændring af produktiviteten (fx timepris) har af budgetmæssige konsekvenser. Endelig kan klare budgetforudsætninger understøtte en detaljeret ressourcestyring og budgetopfølgning i løbet af året. Det skal dog nævnes, at den løbende ressourcestyring og budgetopfølgning også kan understøttes på andre måder, fx ved at kommunerne i stedet systematisk anvender data til at informere den løbende økonomiske styring. Se også kapitel 7.

På baggrund af analysen er det dermed VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan disponere det samlede sygeplejebudget på underområder og driftsenheder, så driftslederne på niveau 2 og 3 har et solidt grundlag for den løbende økonomiske styring ved indgangen til budgetåret. Disponeringen kan fx tage form af udgiftsrammer, der er disponeret på driftsenheder efter udgifts- og/eller aktivitetsniveau året før og fordelt efter en månedlig forventet forbrugsprocent. Den kan også bygge på forudsætninger om antal visiterede timer, timepris og ATA-tid. Brug af sådanne forudsætninger i disponeringen af budgettet giver et godt udgangspunkt for den løbende ressourcestyring og for at synliggøre sammenhængen mellem budget og aktiviteter.

5.5 Placering og håndtering af budgetansvar

I dette afsnit afdækkes og vurderes deltagerkommunernes placering og håndtering af budgetansvar, dvs. den måde, hvorpå kommunerne arbejder med at overholde og realisere sygeplejens driftsbudgetter og det eventuelle myndighedsbudget til sygepleje.

5.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

I kommuner med central visitation kan man tale om to bundlinjer, som kommunen skal holde øje med for at sikre budgetoverholdelse for sygeplejeområdet som helhed, nemlig myndighedsbudgettet og driftsbudgettet. Overholdelse af myndighedsbudgettet kræver, at der ikke visiteres flere timer, end det er forudsat ved budgetlægningen. Overholdelse af driftsbudgettet kræver, at udgifterne i sygeplejen ikke overstiger indtægterne, dvs. aktivitetsafregningen, som følger den forudsatte timepris.⁵¹ I kommuner med decentral visitation er der ikke i udgangspunktet et myndighedsbudget til sygeplejen. Hele sygeplejens budget er derimod tildelt driften.

⁵¹ De to bundlinjer er uddybende beskrevet i Dalsgaard et al (2020a, s. 63-64).

Tabel 5.4 viser placeringen af det formelle budgetansvar for driftsbudgetterne henholdsvis det eventuelle myndighedsbudget i deltagerkommunerne. Endvidere viser tabellen placeringen af et økonomisk medansvar for driftsbudgetterne.

Det fremgår, at det formelle budgetansvar for driftsbudgetterne i sygeplejen i alle fem deltagerkommuner er placeret hos driftslederen på niveau 2 i henhold til kommunens organisering. I Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner er budgetansvaret således placeret hos områdelederen, mens det i Favrskov og Næstved Kommuner er placeret hos et antal sideordnede distriktsledere (jf. også kapitel 3).

Næstved Kommune har som den eneste deltagerkommune central visitation til sygeplejeydelser. Dermed eksisterer der i kommunen et dobbelt budgetansvar, hvor fagchefen, med de to ledere i myndighed som medansvarlige, er formelt budgetansvarlig for myndighedsbudgettet. De fire distriktsledere har budgetansvar for driftsbudgetterne, jf. ovenfor. Det betyder, at de budgetansvarlige distriktsledere for den aktivitetsstyrede del af budgettet skal levere det visiterede antal timer til den forudsatte timepris. Desuden skal distriktslederne overholde den mindre, rammebaserede del af deres driftsbudget⁵². Driftslederne på niveau 2 og 3 har derudover et medansvar for myndighedsbudgettet i den forstand, at de i et samarbejde med visitationen skal være med til at sikre, at der meldes tilbage, og at sager afsluttes. Se også afsnit 6.4.

Tabel 5.4 Budgetansvarlige og økonomisk medansvarlige ledere i deltagerkommunernes to overordnede visitationsmodeller

	Decentral visitation	Central visitation
Deltagerkommuner	Favrskov, Holstebro, Sønderborg, Aabenraa	Næstved
Driftsbudgetter		
Formelt budgetansvar, driftsbudget(ter)	Driftsledere, niveau 2	Driftsledere, niveau 2
Medansvar for driftsbudgetter	Teamledere, niveau 3	Teamledere, niveau 3
Eventuelt myndighedsbudget		
Formelt budgetansvar, myndighedsbudget	-	Fagchef, niveau 1
Medansvar for myndighedsbudget	-	Driftsledere på niveau 2 og 3

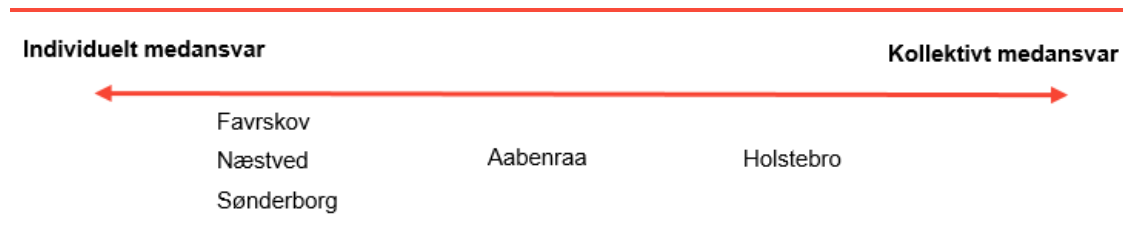
Flere deltagerkommuner understreger vigtigheden af, at der er klarhed om placeringen af budgetansvaret og en ansvarsfølelse for økonomien hos de budgetansvarlige ledere. Selvom dette kan forekomme indlysende, er det ikke altid tilfældet i praksis. Flere deltagerkommuner har eksempelvis erfaringer med, at der i nogle situationer kan opstå en opfattelse af, at økonomifunktionen er ansvarlig for at overholde budgettet.

Ud over placeringen af det formelle budgetansvar på niveau 2 har deltagerkommunerne i varierende grad og på forskellige måder forankret et økonomisk medansvar for dele af driftsbudgettet hos lederne på niveau 3. Her har man bl.a. taget stilling til, om lederne på niveau 3 skal gøres ansvarlige for egne ressourcerammer, hvad rammerne skal bestå i (fx budget, lønramme eller normering), hvordan rammerne fordeles, og om ansvaret skal være individuelt eller kollektivt. Det ser ud til, at der her er en forskel mellem de tre deltagerkommuner, som over en længere periode har udvist gode økonomiske resultater, og de to øvrige deltagerkommuner. Favrskov, Næstved og Sønderborg Kommuner synes således i højere grad at have arbejdet

⁵² Den mindre rammebaserede del af budgettet i Næstved Kommune vedrører fx udgifter til ledelse og administration, driftsplanlægning og køkkendrift.

med at gøre niveau 3-lederne individuelt ansvarlige for definerede dele af driftsbudgettet. Forskellen er illustreret i Figur 5.3, hvor kommunerne skønsomt er indplaceret på et kontinuum efter graden af individuelt henholdsvis kollektivt medansvar for et delbudget.

Figur 5.3 Tildeling af individuelt eller kollektivt medansvar for budget til ledere på niveau 3



I Næstved Kommune holdes teamlederne ansvarlige for, hvor mange personaleressourcer der anvendes til at levere de visiterede timer, udtrykt ved en realiseret ATA-tid. Den realiserede ATA-tid sammenholdes med en forudsat ATA-tid, der er differentieret på tværs af ude-teams for at tage hensyn til forskellige produktionsvilkår, fx varierende kørselsafstande.

I Sønderborg Kommune har teamlederne tilsvarende ansvaret for et individuelt lønbudget. Sønderborg Kommune arbejder samtidig med at sikre en objektiv og transparent ressourcefordeling mellem de fire udekørende sygeplejeteams. Fordelingsmodellen er under udvikling og baserer sig pr. ultimo 2020 på sidste års fordeling af leverede timer mellem enhederne og den relative størrelse af faste udgifter til fx dækning af nattevagt. I Sønderborg Kommune er man desuden gået fra at have en fast normering på teamniveau til at tildele teamlederne et individuelt lønbudget. Det har ifølge kommunen bidraget til at ansvarliggøre teamlederne økonomisk.

I Favrskov Kommune har teamlederne på niveau 3 ligeledes et individuelt økonomisk ansvar i den forstand, at distriktsledernes budgetter kan nedbrydes på de underliggende teams, og teamlederne holdes op på og følger med i aktivitetsudviklingen.

De budgetansvarlige ledere på niveau 2 i Favrskov, Næstved og Sønderborg Kommuner har erfaring for, at det er væsentligt for den økonomiske styring, at lederne på niveau 3 tildeles og påtager sig et individuelt og afgrænset økonomisk medansvar, fx for lønforbruget i deres team. Tildelingen af et individuelt og afgrænset økonomisk medansvar kan medvirke til at understøtte ledernes økonomiske bevidsthed. Samtidig fremhæver flere deltagerkommuner, at det ved siden af et individuelt og afgrænset økonomisk medansvar til lederne på niveau 3 kan være befordrende for en god økonomisk styring, at der hos lederne på niveau 3 også er en kultur for at hjælpe hinanden og dække hinanden økonomisk ind. Dette fremhæves ud fra en betragtning om, at alle på et tidspunkt kan opleve økonomiske udfordringer, og at sygeplejeområdet i sidste ende har et fælles budget.

Endelig peger deltagerkommunerne på, at det er vigtigt med en stærk økonomiunderstøttelse for at hjælpe de budgetansvarlige ledere til at løfte deres budgetansvar. Dette er behandlet i kapitel 7.

5.5.2 Vurdering

På baggrund af deltagerkommunernes praksis er det VIVEs vurdering, at det er væsentligt for den økonomiske styring af sygeplejen, at det formelle budgetansvar for driftsbudgetterne og det eventuelle myndighedsbudget er entydigt placeret. Dermed er det klart, hvem der har an-

svaret for, at et budget overholdes og pligt til at forsøge at rette op, hvis der konstateres problemer i løbet af året. I alle deltagerkommuner ligger det formelle ansvar for driftsbudgetterne på ledelsesniveau 2.

Deltagerkommunernes erfaringer giver desuden VIVE grundlag for at vurdere, at man med fordel kan arbejde for at understøtte en høj grad af økonomisk ansvarlighed hos lederne på niveau 3. Det kan bidrage til ressourcestyringen og budgetoverholdelsen i sygeplejen, da en betydelig del af de daglige forbrugsbeslutninger træffes på niveau 3, fx beslutninger om personaleressourcer, vagt- og ruteplanlægning samt tildeling og opfølgning på sygeplejeydelser. Den økonomiske ansvarsfølelse hos ledere på niveau 3 kan styrkes ved at gøre lederne ansvarlige for individuelle og afgrænsede økonomiske delrammer og dermed medansvarlige for at overholde det samlede sygeplejebudget.

6 Visitation og opfølgning

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes styring af visitation til og opfølgning på sygeplejeydelser. Først behandles i afsnit 6.2 organiseringen af visitationen i deltagerkommunerne. Herefter ser vi i afsnit 6.3 på visitationsprocessens indhold og arbejdsdeling, og endelig behandler vi i afsnit 6.4 deltagerkommunernes praksis for opfølgning på borgernes sygeplejeydelser og -forløb.

Som nævnt adskiller kommunal sygepleje sig fra de fleste andre kommunale indsatser på social- og sundhedsområdet ved, at de leveres efter sundhedsloven og ikke efter serviceloven. Derfor tildeles kommunale sygeplejeydelser ifølge lovgivningen på baggrund af en lægehenvi- sning samt en sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov⁵³. Servicelovsydelser tildeles derimod på baggrund af en udredning, vurdering og afgørelse i kommunens myndighedsfunk- tion. Derfor tales der formelt ikke om visitation af sygepleje som en kommunal myndighedsaf- gåelse, men derimod om henvisning til eller tildeling af sygepleje. Kommunerne har dog for- skellig praksis for tildeling af sygepleje, og i mange tilfælde anvendes begreberne visitation og bestiller-udfører-model også for sygeplejeydelser.⁵⁴ VIVE følger denne anvendelse, idet 'visi- tation' henviser til tildeling af sygeplejeydelser, uanset om tildelingen foregår i en myndigheds- funktion eller ej.

6.1 Konklusioner

Boks 6.1 Konklusioner – visitation og opfølgning

▪ Tag stilling til organisering af visitationen til sygepleje

Der kan ikke peges entydigt på den mest fordelagtige organisering af visitationen til sygepleje. I deltagerkommunerne ses følgende modeller:

- **Model 1 – decentral visitation med decentraliseret tildeling:** De udførende medarbejdere i sygeplejen er selvvisiterende.
- **Model 2 – decentral visitation med centraliseret tildeling:** Visitation foretages af sygeple- jefaglige koordinatore i samarbejde med de udførende medarbejdere i sygeplejen.
- **Model 3 – central visitation:** Visitationskompetencen er placeret i myndighedsenhed.

De tre visitationsmodeller har hver deres fordele og ulemper i forhold til en række hensyn med betydning for den økonomiske styring. Disse hensyn er at:

1. understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse hos udførende medarbejdere i sygeplejen
2. minimere administrativt arbejde i forbindelse med visitation til indsatser
3. understøtte sammenhæng mellem borgerens behov og den visiterede indsats
4. understøtte ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og fælles forståelse af, hvordan kom- munens serviceniveau udmøntes i praksis
5. understøtte god udnyttelse af udførende personaleressourcer via en effektiv tilrettelæggelse og planlægning af sygeplejeopgaver i kommunen
6. understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger.

⁵³ Det skal nævnes, at kommunerne også udfører sygeplejeindsatser, som ikke er lægeordnede, fx sygeplejeopgaver i relation til personlig pleje og ernæring (se fx Vinge & Topholm, 2021).

⁵⁴ Se bl.a. KL (2014a) og KL & Sundhedskartellet (2011).

Boks 6.1 Konklusioner – visitation og opfølgning

Analysen peger på, at den mest decentraliserede visitationsmodel (Model 1) bedst understøtter hensyn 1), 2) og 3), mens den mest centraliserede visitationsmodel (Model 3) bedst understøtter hensyn 4), 5) og 6). Model 2 kan i nogen grad opnå de samme fordele som Model 1, samtidig med at den i et vist omfang kan understøtte de samme hensyn som Model 3.

- **Model 1: Overvej at samle administrative opgaver og visitationskompetence hos sygeplejefaglige koordinatore**

Analysen peger på, at kommuner med Model 1 med fordel kan samle de administrative og planlægningsmæssige opgaver på få medarbejdere og dermed lave én indgang til sygeplejen i kommunen ('gatekeeper-funktion'). En sådan organisering kan understøtte en effektiv tilrettelæggelse og koordinering af sygeplejeopgaverne samt friholde det udførende personale for forstyrrelser i løbet af arbejdsdagen.

Desuden peger deltagerkommunernes erfaringer på, at man med fordel kan overveje at placere visitationskompetencen hos sygeplejefaglige koordinatore, dvs. organisere tildelingen af sygepleje ud fra **Model 2**. Det kan bl.a. medvirke til at fremme en ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og en fælles forståelse af udmøntningen af serviceniveauet. Desuden kan en samling af visitationskompetencen hos koordinatore understøtte et overblik over den samlede mængde af bevilgede sygeplejeydelser.

- **Model 3: Fokus på tæt, løbende dialog og samarbejde mellem myndighed og udfører**

Analysen peger i retning af, at kommuner med central visitation med fordel kan have fokus på at understøtte en tæt, løbende dialog og samarbejde mellem myndighed og udfører om den enkelte borgers tilstand og behov som grundlag for visitation til sygepleje, så der sikres sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen. Se i øvrigt punkt om opfølgning.

- **Fokus på etablering af fælles forståelse af udmøntning af serviceniveauet**

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan have fokus på at understøtte udviklingen af en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet i kommunen udmøntes i visitationspraksis – inden for lovgivningens rammer og ud fra en sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov. Det kan bidrage til at sikre budgetoverholdelse, forudsat at budgettet afspejler det vedtagne serviceniveau, jf. også kapitel 5. Det kan bl.a. ske gennem etablering af et fælles administrations- og styringsgrundlag (fx kvalitetsstandard) samt ved at etablere en systemiseret dialog mellem visiterende og udførende medarbejdere (Model 2 og 3). I kommuner med en decentral visitationsmodel (Model 1) kan man understøtte ensartet visitationspraksis for sygeplejen på anden vis, jf. afsnit 6.4.

- **Skab klarhed over, hvem der må udføre hvilke sygeplejeopgaver**

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan udarbejde et skriftligt grundlag og eventuelt tilhørende arbejdsgange for beslutning om overdragelse af sygeplejeydelser til hjemmeplejen. Fastlæggelse af rammer for, hvilke ydelser de enkelte faggrupper må udføre, kan understøtte udmøntningen af LEON-princippet, så sygeplejeydelser leveres så omkostningseffektivt som muligt.

- **Opstil retningslinjer for brug af sygeplejeklinik**

De foreløbige erfaringer fra deltagerkommunerne peger i retning af, at man med fordel kan udarbejde klare retningslinjer for visitation til sygeplejeklinik. Faste kriterier for henvisning til sygepleje i klinik kan være med til at øge klinik anvendelsen og fremme en ensartet visitationspraksis i sygeplejen. Se også afsnit 2.3.

Boks 6.1 Konklusioner – visitation og opfølgning

▪ **Prioriter løbende, systematisk opfølgning på borgeres ydelser**

Ved opfølgning på individuelle borgeres sygeplejeydelser vurderes det, om igangværende sygeplejeindsatser skal fortsætte, ændres eller afsluttes. Analysen peger på, at det er væsentligt for den økonomiske styring på sygeplejeområdet, at kommunerne prioriterer løbende, systematisk dialog om opfølgning på individuelle borgeres ydelser. Det kan fx være dialog mellem visiterende, koordinerende og udførende medarbejdere, mellem udførende medarbejdere og ledere eller mellem udførende medarbejdere i henholdsvis hjemme- og sygeplejen. I opfølgningen er det væsentligt, at de udførende medarbejdere løbende observerer (Model 1) og eventuelt oplyser visiterende medarbejdere (Model 2 og 3) om ændringer i borgerens tilstand, så den aktuelle indsats kan vurderes og eventuelt justeres på et oplyst grundlag. En sådan praksis kan bidrage til at sikre, at indsatser tages op til overvejelse, hvis borgerens tilstand ændrer sig. Overensstemmelse mellem behov og indsats bidrager til at understøtte realiseringen af det forudsatte udgifts- og aktivitetsniveau og dermed budgetoverholdelse, hvis der er sammenhæng mellem serviceniveau og budget, jf. også kapitel 5.

▪ **Prioriter supplerende, fokuseret opfølgning med jævne mellemrum**

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan prioritere medarbejderressourcer til at foretage supplerende opfølgning med jævne mellemrum. Med supplerende opfølgning menes en systematisk opfølgning på sygeplejeindsatser, som ligger ud over den løbende opfølgning. Til eksempel kan denne type opfølgning indebære gennemgang af kørelister i en vurdering af, om de enkelte visitationer stemmer overens med niveauet angivet i indsatskataloget. Sådanne opfølgningsrunder er i deltagerkommunerne et vigtigt supplement til den løbende opfølgning. Supplerende opfølgningsrunder kan være med til at sikre en bedre sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov for sygepleje og indsatsen. Samtidig skal man være opmærksom på, at det administrative ressourcetræk, som er forbundet med en sådan praksis, står mål med gevinsten af indsatsen.

6.2 Organisering af visitation til sygepleje

I dette afsnit afdækkes og vurderes deltagerkommunernes organisering af visitationen til sygepleje, dvs. placeringen af ansvaret for på baggrund af henvisninger og henvendelser at foretage en løbende sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov og dermed opgavens karakter og omfang.

6.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

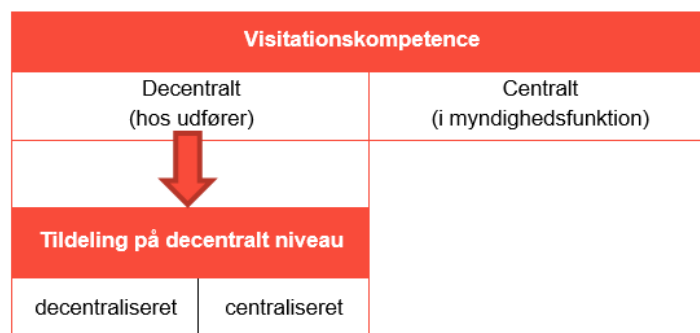
Visitationsmodeller

Som beskrevet i afsnit 4.2 kan visitationskompetencen være placeret centralt – i en samlet myndighedsfunktion – eller decentralt – hos udførerne. Derudover kan man organisere tildelingen af sygeplejeydelser forskelligt, hvis visitationskompetencen er placeret i udførerledet. Også her kan man tale om en centraliseret og en decentraliseret model. De to niveauer er illustreret i Figur 6.1. Kombinationen af de to niveauer giver tre visitationsmodeller for sygeplejeydelser:⁵⁵

⁵⁵ De tre visitationsmodeller er inspireret af KL (2014a).

- Model 1: Decentral visitation med decentraliseret tildeling
- Model 2: Decentral visitation med centraliseret tildeling
- Model 3: Central visitation.

Figur 6.1 Placering af visitation til sygeplejeydelser – to niveauer



Kilde: VIVE med inspiration fra KL (2014a).

Model 1 – decentral visitation med decentraliseret tildeling – indebærer, at udførende medarbejdere i sygeplejen er selvvisiterende, dvs. selv foretager den sygeplejefaglige vurdering af borgerens behov. Visitationsmodellen er således karakteriseret ved, at de udførende medarbejdere på baggrund af henvisninger og henvendelser selv vurderer borgerens behov og dermed opgavens karakter og omfang, allokere personaleresourcer til den og opretter den i systemet. Der er lokale variationer mellem deltagerkommunerne i fordelingen af disse opgaver mellem administrative og udførende medarbejdere, jf. nedenfor.

Model 2 – decentral visitation med centraliseret tildeling – indebærer, at visitationskompetencen – eller dele heraf – er placeret hos en eller flere sygeplejefaglige koordinatore i sygeplejen. I denne model er det sygeplejefaglige koordinators ansvar at foretage den sygeplejefaglige vurdering af borgerens behov og visitere til sygeplejeydelser, herunder allokere ressourcer. Dette sker i løbende samarbejde og dialog med de udførende medarbejdere i sygeplejen. Typisk har de sygeplejefaglige koordinatore også ansvar for at udarbejde kørelister og håndtere vagttelefon.

Model 3 – central visitation – indebærer, at visitationskompetencen er placeret i en myndighedsfunktion, der er organisatorisk adskilt fra de udførende medarbejdere i sygeplejen. Det er således en central myndighedsfunktion, der foretager den sygeplejefaglige vurdering af borgerens behov på baggrund af henvisninger og henvendelser vedrørende sygepleje. Myndighed tildeler således sygeplejeydelser, herunder allokere ressourcer til den enkelte borger.⁵⁶

De to modeller med decentral visitation (Model 1 og 2) har det fællestræk, at der ikke er en formel adskillelse af bestiller- og udførerfunktionen, som tilfældet er med central visitation (Model 3). Tabel 6.1 indplacerer de tre modeller på et kontinuum fra mest centraliseret til mest decentraliseret model, ligesom tabellen indeholder en summarisk beskrivelse af de tre modeller.

⁵⁶ Der skelnes i nogle sammenhænge mellem to typer af central visitation af sygepleje: 1) central visitation og 2) central visitation med decentral udmøntning. Sidstnævnte – central visitation med decentral udmøntning – er en slags kombinationsmodel mellem central visitation og selvvisiterende sygeplejersker. Denne model kan tilrettelægges forskelligt, men målsætningen er typisk, at den centrale visitation har overblikket, mens de udførende medarbejdere har den faglige viden om borgeren. Et eksempel kan være, at den centrale visitation bestemmer rammen for type af sygeplejeydelser og mål, mens udmøntningen af indsatserne ligger hos de udførende medarbejdere (KL, 2014a, s. 10).

Tabel 6.1 Tre visitationsmodeller for sygepleje – mere og mindre centraliseret

Kontinuum	Mest decentraliseret		Mest centraliseret
Visitationsmodel	Model 1: Decentral visitation med decentraliseret tildeling	Model 2: Decentral visitation med centraliseret tildeling	Model 3: Central visitation
Indhold	De udførende medarbejdere i sygeplejen er selvvisiterende	Visitation foretages af sygeplejefaglige koordinators i sygeplejen i samarbejde med de udførende medarbejdere i sygeplejen	Visitationskompetencen er placeret i central myndighedsfunktion, adskilt fra de udførende medarbejdere i sygeplejen

Deltagerkommunernes organisering af visitationen til sygepleje

Deltagerkommunernes organisering af visitationen til sygepleje er vist i Tabel 6.2. To deltagerkommuner – Holstebro og Sønderborg – har decentral visitation med decentraliseret tildeling. To kommuner – Favrskov og Aabenraa – har decentral visitation med centraliseret tildeling, mens den femte og sidste deltagerkommune – Næstved – har central visitation. Deltagerkommunernes placering i tabellen angiver kommunernes nuværende visitationsmodel. Tre kommuner – Favrskov, Holstebro og Aabenraa – har ændret eller justeret deres visitationsmodel inden for de sidste 2 til 5 år (markeret med kursiv i Tabel 6.2), jf. beskrivelsen nedenfor.

Det generelle mønster er, at decentrale visitationsmodeller findes i de fire deltagerkommuner, der har en rammebaseret tildelingsmodel for sygeplejen, og hvor sygeplejen er organiseret adskilt fra hjemmeplejen i niveau 3. Central visitation findes i den deltagerkommune, der har en aktivitetsbaseret tildelingsmodel for sygeplejen, og hvor hjemmeplejen og sygeplejen er organiseret sammen i niveau 3 (se afsnit 3.3 og 4.3).

Tabel 6.2 Visitationsmodeller for sygepleje i de fem deltagerkommuner

Mest decentraliseret		Mest centraliseret
Model 1: Decentral visitation med decentraliseret tildeling	Model 2: Decentral visitation med centraliseret tildeling	Model 3: Central visitation
Holstebro (landdistrikter) Sønderborg (2018-) <i>Favrskov (-2014)</i>	Favrskov (2015-) Aabenraa (2018-) Holstebro (bydistrikter fra 2019) <i>Sønderborg (-2018)</i>	Næstved <i>Aabenraa (-2018)</i>

Note: Kursiveret skrift markerer den visitationsmodel, kommunen havde før ændringen (inden for de sidste 2 til 5 år).

I det følgende uddybes organiseringen af visitationen til sygepleje i de fem kommuner og eventuelle større forandringer af visitationsformen inden for de senere år.

Holstebro og Sønderborg Kommuner har organiseret visitationen til sygepleje ud fra en decentral visitation med decentraliseret tildeling. I begge kommuner er de udførende medarbejdere i sygeplejen således selvvisiterende.

Holstebro Kommune har dog fra efteråret 2019 organiseret visitationen i henholdsvis by- og landdistrikterne forskelligt. Således er de udførende medarbejdere i kommunens to landdistrikter selvvisiterende, mens dele af visitationen i kommunens to bydistrikter foretages af en sygeplejefaglig koordinator (typisk en sygeplejerske). Ifølge kommunen har der i bydistrikterne vist sig behov for at samle opgaven med at visitere til og koordinere og planlægge sygeplejeindsatser til nye borgere i dagtimerne på få hænder (3-4 medarbejdere i hvert distrikt). Efter at

den sygeplejefaglige koordinator har foretaget en visitation, overtager den udførende medarbejder den sygeplejefaglige opgave, herunder løbende vurderer og eventuelt justerer opgaven. Formålet med denne ændring i visitationen til sygepleje var bl.a. at understøtte en ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og skærme udførende medarbejdere fra forstyrrelser i opgavevaretagelsen, fx telefonopkald fra sygehus eller læger.

I Sønderborg Kommune er decentraliseret tildeling indført for relativt nylig (2018/2019). De udførende medarbejdere i sygeplejen er i dag (2020) selvvisiterende. Ifølge kommunen er ændringen af visitationsmodellen for sygepleje gennemført bl.a. for at understøtte implementeringen af Fælles Sprog III⁵⁷, fjerne et ekstra led i visitationen (sygeplejefaglige koordinators) samt styrke sammenhængen mellem borgerens behov og de ydelser, der visiteres til borgeren, ved at placere visitationskompetencen tættere på praksis. Før 2019 var visitationen placeret hos sygeplejefaglige koordinators. Visitation til sygepleje for visse borgergrupper, fx terminale borgere, er dog fortsat placeret hos koordinators i sygeplejedistrikterne. Flere af de interviewede personer i kommunen giver udtryk for, at den nuværende, decentraliserede visitationsmodel udfordrer medarbejderne i driften, fx i forhold til kendskab til og anvendelse af ydelseskatalog, brug af it-systemer og fyldestgørende dokumentation, hvilket har resulteret i flere fejlvisiteringer. Kommunen havde på interviewtidspunktet igangsat en analyse af fordele og ulemper ved den eksisterende model med henblik på vurdering af fremtidig organisering af visitationen.

I Favrskov og Aabenraa Kommuner er visitation til sygepleje organiseret ud fra decentral visitation med centraliseret tildeling. I begge kommuner er visitationskompetencen placeret hos sygeplejefaglige koordinators i tæt samarbejde og dialog med de udførende medarbejdere i sygeplejen. Til eksempel kan der være dialog – telefonisk og/eller skriftligt – om, hvorvidt der reelt er behov for en sygeplejefaglig indsats, hvor en sygeplejerske i en periode aflægger hyppige besøg hos borgeren, eller om borgerens behov for hjælp og støtte kan dækkes på anden vis, fx via hjemmepleje eller en socialpædagogisk indsats. I Favrskov Kommune er der en sygeplejefaglig koordinator i hvert af kommunens fire sygeplejeteams. Aabenraa Kommune har samlet visitationskompetencen hos cirka 10 sygeplejefaglige koordinators (Team Connect), som er distriktsfordelt og i det daglige arbejde refererer til en af kommunens 2 distriktsledere i sygeplejen.

Både Favrskov og Aabenraa Kommuner har inden for de senere år ændret organiseringen af visitationen til sygepleje. I Favrskov Kommune blev de faglige koordinators opgaveportefølje ændret for 4-5 år siden, således at de ud over administrative opgaver nu også har ansvaret for visitation til sygepleje. Til gengæld varetager de ikke længere udførende opgaver. Aabenraa Kommune har tidligere haft en visitationsmodel med central visitation til sygepleje i en myndighedsfunktion. Med etablering af Team Connect i 2018 har kommunen decentraliseret tildelingen af sygeplejeydelser, således at sygeplejefaglige koordinators i dag har ansvar for visitation til sygeplejeydelser og administrative opgaver. Fælles for Favrskov og Aabenraa Kommuner er således, at de i dag har en decentral visitation med centraliseret tildeling (Model 2), om end kommunernes udgangspunkter har været forskellige (henholdsvis Model 1 og 3). I både Favrskov og Aabenraa Kommuner er en væsentlig bevæggrund for organisationsændringerne at samle visitations-, planlægnings- og koordineringsopgaven på få hænder i sygeplejen for at understøtte en god anvendelse af personaleresourcerne og planlægning af de sygeplejefaglige opgaver samt fremme en mere ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis. Disse hensyn er uddybet i afsnit om fordele og ulemper nedenfor.

⁵⁷ Fælles Sprog III er en fælleskommunal metode og standard for dokumentation af den kommunale opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet. FSIII skal bidrage til bedre sammenhæng og mere datagenbrug i kommunernes it-baserede omsorgsjournaler.

Næstved Kommune har som den eneste af de fem deltagerkommuner central visitation. Myndighedsfunktionen er organiseret under fagchefen med ansvar for sundheds- og ældreområdet og delt i to afdelinger med hver sin leder. Den ene myndighedsafdeling (Afklaring og Rehabilitering, TAR) har ansvar for nye borgere, udskrivelser mv., mens den anden myndighedsafdeling (Omsorg og Rehabilitering, TOR) har ansvar for kendte borgere, midlertidige pladser (undtagen akutpladser) samt dele af hjælpemiddelområdet. Visitatorerne er organiseret i teams ud fra kommunens distriktsopdeling (se afsnit 3.2 og 3.3.). Visitatorerne arbejder som hovedregel tværgående, hvilket betyder, at de dækker flere paragrafområder eller målgrupper. Dog varetager visitatorer med specialistviden bestemte opgaver, fx bevilling af handicappil og sager om magtanvendelse. Visitatorerne fastlægger omfang, frekvens og længden af sygeplejeydelser.

Fordele og ulemper ved visitationsmodellerne

Deltagerkommunerne oplever både fordele og ulemper ved de forskellige visitationsmodeller. Tabel 6.3 viser eksempler på fordele og ulemper, som kan have betydning for den økonomiske styring af sygeplejen.

Tabel 6.3 Eksempler på fordele og ulemper ved decentraliseret henholdsvis centraliseret visitationsmodel for sygepleje

Visitationsmodel	Fordele	Ulemper
Model 1: Decentral visitation med decentraliseret tildeling	<p>Kan understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse for de udførende medarbejdere</p> <p>Kan reducere administrativt arbejde i forbindelse med visitation (især sammenlignet med Model 3)</p> <p>Kan sikre bedre sammenhæng mellem borgerens behov og de ydelser, der visiteres (især sammenlignet med Model 3)</p>	<p>Kan indebære mindre ensartethed i de visiterede ydelser og risiko for, at selvvisiterende medarbejdere leverer et højere ydelsesniveau end nødvendigt</p> <p>Kan indebære mindre effektiv opgaveløsning og tilrettelæggelse af sygeplejeopgaverne i kommunen samlet set</p> <p>Kan resultere i mindre helhedsorienteret og koordineret indsats</p>
Model 2: Decentral visitation med centraliseret tildeling	<p>I stort omfang samme mulige fordele som Model 3. Kan dog i højere grad understøtte sammenhæng mellem borgerens behov og visiterede ydelser</p>	<p>I stort omfang samme mulige ulemper som i Model 3. Kan dog indebære mindre helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger og mindre effektiv opgaveløsning i kommunens sygepleje samlet set</p>
Model 3: Central visitation	<p>Kan understøtte en ensartet visitationspraksis og fælles forståelse af, hvordan serviceniveau udmøntes i praksis</p> <p>Kan understøtte en effektiv opgaveløsning og tilrettelæggelse af sygeplejeopgaverne i kommunen samlet set</p> <p>Kan understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats</p>	<p>Kan svække sammenhæng mellem borgerens behov og visiterede ydelser</p> <p>Kan øge mængden af administrativt arbejde i forbindelse med visitation (især sammenlignet med Model 1)</p>

I relation til de beskrevne fordele og ulemper har VIVE identificeret en række hensyn, som det er væsentligt at være opmærksom på, når man træffer beslutning om valg eller tilpasning af visitationsmodel for sygeplejen. Der er fokus på seks hensyn, der knytter sig til den økonomiske styring af sygeplejen:

1. Understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse hos udførende medarbejdere i sygeplejen
2. Minimere administrativt arbejde i forbindelse med visitation til indsatser
3. Understøtte sammenhæng mellem borgerens behov og den visiterede indsats
4. Understøtte ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i praksis

5. Understøtte god udnyttelse af udførende personaleressourcer via en effektiv tilrettelæggelse og planlægning af sygeplejeopgaver i kommunen
6. Understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger.

Nogle deltagerkommuner peger på, at en mulig fordel ved decentral visitation med decentraliseret tildeling (Model 1) kan være, at ændringer i en eksisterende sygeplejeydelse eller tilføjelse af en ny ikke kræver en godkendelse fra visitatorer eller sygeplejefaglige koordinators. I stedet foretager de selvvisiterende, udførende medarbejdere i sygeplejen selv den sygeplejefaglige vurdering af borgeren og planlægger og udfører herefter indsatsen. Den praksis kan give mulighed for en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse for de udførende medarbejdere. Desuden kan modellen indebære, at kommunen bruger færre ressourcer på administrativt arbejde i forbindelse med visitation til sygeplejeindsatser, end modeller, hvor visitationen er mere centraliseret, dvs. Model 2 og (især) 3. En tredje mulig fordel ved modellen er, at de selvvisiterende medarbejdere er placeret tæt på praksis og dermed har indsigt i den enkelte borgers situation og tilstand. Dette kan styrke sammenhængen mellem borgerens behov og de ydelser, der visiteres til borgeren, og understøtte, at borgeren hverken bliver over- eller underkompenseret for sit behov for hjælp.

Omvendt peger flere deltagerkommuner på, at en mulig ulempe ved Model 1 kan være en uensartet vurderingspraksis, da der er risiko for, at de selvvisiterende medarbejdere anlægger forskellige, individuelle faglige linjer i deres sygeplejefaglige vurderinger. Her peger en interviewperson i Holstebro Kommune på, at der i et af kommunens landdistrikter, hvor de udførende medarbejdere er selvvisiterende, eksisterer en form for selvregulerende mekanisme blandt medarbejderne, som er med til at understøtte en ensartethed i vurderingspraksis. Ifølge interviewpersonen er der i dette distrikt en arbejdskultur blandt de udførende medarbejdere, hvor der kommunikeres eksplicit og åbent om vurderingspraksis:

Og derude i de små distrikter, hvis der er en sygeplejerske, der stikker afsted med visitationerne, så skal de andre nok sige noget til hende. Det gør de selv.

En anden mulig ulempe er, at de visiterende og udførende medarbejdere ikke har et samlet overblik over de indsatser, borgeren modtager. Det kan vanskeliggøre blikket for sammenhæng og helhedssyn i borgerens samlede indsats, hvilket kan forringe kvaliteten af indsatsen samt være fordyrende og unødigt ressourcekrævende. Se også afsnit 2.2. En tredje ulempe ved Model 1 kan være en risiko for, at de selvvisiterende medarbejdere visiterer og leverer ydelser, som gennemsnitligt er på et højere niveau end det, der er tilstrækkeligt i henhold til kommunens serviceniveau på området. For eksempel visitationspraksis for levering af sygepleje i henholdsvis borgerens eget hjem eller klinik. Det kan gøre det vanskeligere at styre ressourcer og aktiviteter og dermed at overholde sygeplejens samlede budgetramme. I et enkelt distrikt i Sønderborg Kommune har man arbejdet med at nedbringe denne risiko, ved at en souschef løbende har fokus på de daglige kørelister og identificerer mulige afvigelser mellem visitation til sygepleje og kommunens ydelseskatalog. Se også afsnit 6.4. Endelig kan Model 1 som den mest decentraliserede indebære en risiko for en mindre effektiv opgavefordeling og arbejdstilrettelæggelse af sygeplejeopgaverne i kommunen samlet set. I Holstebro og Sønderborg Kommuner har man derfor en administrativ, sygeplejefaglig koordinatorfunktion ('gatekeeper'), der bl.a. håndterer kommunikationen eksternt (fx med læger, sygehuse og borgere), laver kørelister og varetager vagttelefon. Formålet med dette har bl.a. været at reducere løbende forstyrrelser og administrative opgaver hos de udekørende medarbejdere.

Decentral visitation med centraliseret tildeling (Model 2) kan ligeledes have fordele. Her peger flere af deltagerkommunerne særligt på placeringen af visitationskompetencen hos sygeplejefaglige koordinatore. Det fremmer ifølge kommunerne en mere ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis på sygeplejeområdet. I både Favrskov og Aabenraa Kommuner, som organiserer visitationen efter Model 2, har de sygeplejefaglige koordinatore – som i Holstebro og Sønderborg Kommuner – desuden ansvaret for en række administrative opgaver, herunder især udarbejdelse af kørelister. Ifølge kommunerne kan denne opgavefordeling understøtte en effektiv tilrettelæggelse og koordinering af sygeplejeopgaverne samt friholde de udførende medarbejdere fra forstyrrelser i løbet af arbejdsdagen, fx telefonopkald fra praktiserende læger, sygehus, borgere, pårørende mv.

Deltagerkommunerne peger på, at Model 2 kræver, at der er et tæt samarbejde og en løbende dialog mellem de visiterende sygeplejefaglige koordinatore og de udførende medarbejdere for at understøtte, at den visiterede ydelse er afstemt med borgerens aktuelle behov. Se også afsnit 6.4 om opfølging.

Endelig kan også central visitation (Model 3) have fordele. Nogle deltagerkommuner peger på, at central visitation kan understøtte en fælles forståelse blandt visitatorerne af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i praksis. Det sker ifølge kommunerne ved, at et begrænset antal medarbejdere med særlige kompetencer visiterer, og at visitationen sker ud fra ensartede, klare kriterier og procedurer. Derudover kan central visitation have den fordel, at visitatorerne i den centrale myndighedsfunktion har et samlet overblik over borgerens situation og de indsatser, borgeren modtager. Dette giver visitationen gode forudsætninger for at sikre en sammenhængende og koordineret indsats, hvor faglige og økonomiske hensyn tænkes sammen. Se også afsnit 2.2. Endelig kan Model 3, som den mest centraliserede, understøtte en mere effektiv opgavefordeling og arbejdstilrettelæggelse af sygeplejeopgaverne i kommunen samlet set.

Deltagerkommunerne peger også på potentielle ulemper ved central visitation. En mulig ulempe ved modellen er, at den kan blive rigid og administrativt ressourcekrævende for både myndighed og udfører, da sygeplejeydelser i mange tilfælde reguleres hyppigt og akut. Dette kan, ifølge en deltagerkommune, *"give en del trafik frem og tilbage"* mellem myndighedsfunktionen og udførerdelen. En anden ulempe kan være, at visitationen til sygepleje foretages af medarbejdere placeret længere fra praksis, som ikke har indsigt i den enkelte borgers situation og tilstand, hvilket kan svække sammenhængen mellem borgerens behov og ydelser, der visiteres til borgeren, og øge risikoen for, at borgeren under- eller overkompenseres for sit hjælpebehov. For at kompensere for denne mulige ulempe har Næstved Kommune organiseret visitationen i geografiske enheder, så visitatorerne kender borgerne og de udførende medarbejdere i sygeplejen bedre. Det synes således væsentligt i en central visitationsmodel at have samarbejde og koordination mellem visiterende og udførende medarbejdere med henblik på bl.a. at styrke sammenhængen mellem borgerens behov og indsatsen. Se også afsnit 6.4.

6.2.2 Vurdering

De fem deltagerkommuner har organiseret visitationen til sygeplejen forskelligt. I deltagerkommunerne ses følgende tre visitationsmodeller for sygepleje, hvor Model 1 er den mest decentraliserede, og Model 3 er den mest centraliserede:

- Model 1: Decentral visitation med decentraliseret tildeling, hvor de udførende medarbejdere i sygeplejen er selvvisiterende.

- Model 2: Decentral visitation med centraliseret tildeling, hvor visitation foretages af sygeplejefaglige koordinatore i driften i samarbejde med de udførende medarbejdere i sygeplejen.
- Model 3: Central visitation, hvor visitationskompetencen er placeret i en samlet myndighedsfunktion, adskilt fra driften.

Flere af deltagerkommunerne har gennemført ændringer eller foretaget justeringer af deres visitationsmodel i de senere år. Der kan ikke ud fra deltagerkommunernes praksis peges entydigt på det økonomistyringsmæssigt mest fordelagtige valg af organisering af visitation til kommunal sygepleje. På baggrund af kortlægningen har VIVE dog identificeret en række væsentlige, økonomistyringsmæssige hensyn, som det er vigtigt som kommune at overveje i valg af visitationsmodel:

1. Understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse hos udførende medarbejdere i sygeplejen
2. Minimere administrativt arbejde i forbindelse med visitation til indsatser
3. Understøtte sammenhæng mellem borgerens behov og den visiterede indsats
4. Understøtte ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i praksis
5. Understøtte god udnyttelse af udførende personaleressourcer via en effektiv tilrettelæggelse og planlægning af sygeplejeopgaver i kommunen
6. Understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger.

Analysen peger på, at den mest decentraliserede visitationsmodel (Model 1) bedst understøtter hensyn 1), 2) og 3), mens den mest centraliserede visitationsmodel (Model 3) bedst understøtter hensyn 4), 5) og 6). Model 2 kan i nogen grad opnå de samme fordele som Model 1, samtidig med at modellen i et vist omfang understøtter de samme hensyn som Model 3.

Deltagerkommunernes erfaringer peger på, at man i Model 1 med fordel kan samle de administrative, planlægningsmæssige opgaver på udvalgte medarbejdere, fx udarbejdelse af kørelister og varetagelse af vagttelefon, og dermed lave en 'gatekeeper-funktion' som én indgang til sygeplejen i kommunen. Det kan understøtte en effektiv tilrettelæggelse og planlægning af sygeplejeopgaverne.

Desuden peger deltagerkommunernes erfaringer på, at man med fordel kan overveje at placere dele af visitationskompetencen hos sygeplejefaglige koordinatore, dvs. organisere tildelingen af sygeplejeydelser ud fra Model 2. Det kan bl.a. medvirke til at fremme en ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og en fælles forståelse af udmøntningen af serviceniveauet. Desuden kan en samling af dele af visitationskompetencen hos koordinatore sikre et overblik over den samlede mængde af bevilgede sygeplejeydelser, hvilket bl.a. kan understøtte effektiv tilrettelæggelse og koordinering af sygeplejeopgaverne.

Endelig peger analysen i retning af, at det i Model 3 er væsentligt at have en tæt, løbende dialog og samarbejde mellem myndighed og udfører om den enkelte borgers tilstand og behov som grundlag for visitation til sygepleje, så der sikres sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen. Se i øvrigt afsnit 6.4 om opfølgning på borgeres ydelser.

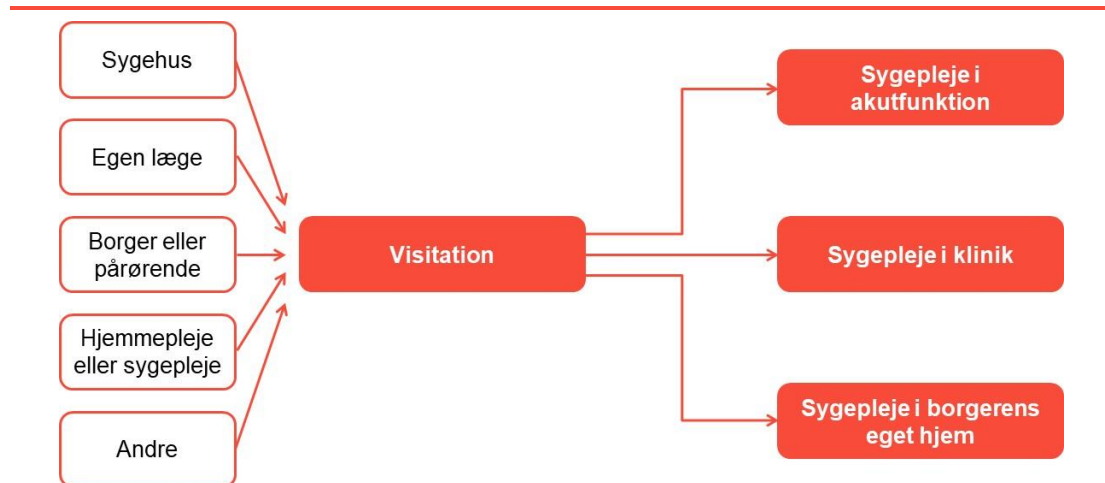
6.3 Proces for visitation til sygepleje

Ifølge vedledning om hjemmesygepleje⁵⁸ er formålet med sygepleje at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes proces for visitation til de sygeplejeydelser, der leveres af kommunen. Visitationsprocessen skal ses i sammenhæng med bl.a. kommunernes visitationsmodel (afsnit 6.2) samt deres generelle strategi (kapitel 2), organisering (kapitel 3) og tildelingsmodel (kapitel 4).

Levering af sygepleje sker på baggrund af en henvisning fra en læge og en sygeplejefaglig vurdering af borgeren fra kommunens sygeplejeenhed eller myndighedsafdeling. I modsætning til ydelser efter serviceloven er der i sundhedsloven ikke krav om nogen form for skriftlig myndighedsafgørelse. Der ligger altid en konkret henvisning eller henvendelse til grund for visitation til sygepleje. Henvisninger og henvendelser kan have forskellig form (skriftlige og mundtlige) og komme fra forskellige kilder, herunder sygehus, egen læge, hjemmeplejen eller sygeplejen, borgeren eller dennes pårørende mv.

Figur 6.2 illustrerer, hvilke indgange der kan være for en borger, når vedkommende bliver henvist til kommunens visitation til sygepleje. Som beskrevet i afsnit 6.2 om visitationsmodeller, kan visitation ske via en myndighedsfunktion, sygeplejefaglige koordinatore eller det udførende personale i sygeplejen. Figuren illustrerer desuden de forskellige mulige kommunale sygeplejeindsatser med relevans for analysen.

Figur 6.2 Indgange til visitation til kommunal sygepleje og forskellige kommunale sygeplejeindsatser



Note: Elementet 'Visitation' illustrerer, at der på baggrund af en henvisning eller henvendelse sker en konkret sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov for kommunal sygepleje. Hvordan denne visitation foregår, afhænger af visitationsmodellen, jf. afsnit 6.2.

Kilde: VIVE.

6.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Fælles for deltagerkommunernes visitationspraksis er, at visitation til sygepleje altid foretages ud fra en konkret sygeplejefaglig vurdering af borgerens tilstand og behov samt under hensyn-

⁵⁸ Sundheds- og Ældreministeriet (2006).

tagen til de overordnede rammer for sygepleje i kommunen. Kvalitetsstandarden og ydelseskataloget fastlægger serviceniveauet for sygeplejeindsatser, fx om sygepleje leveres i hjemmet eller i klinik, og er retningsgivende for arbejdet i sygeplejen, både i visitationen og blandt de udførende medarbejdere i sygeplejen. Mens det politisk fastlagte serviceniveau fremgår af deltagerkommunernes kvalitetsstandarder i forholdsvist generelle vendinger, indeholder ydelseskataloget en specificering af de mere overordnede beskrivelser af serviceniveauet.

Ydelseskataloget er bygget nogenlunde ensartet op i deltagerkommunerne. Således indeholder kataloget typisk en beskrivelse af indholdet af ydelsen eller ydelsespakken, vejledende tider for ydelsen og/eller ydelsespakken, frekvens/hyppighed samt kompetencekrav til de udførende medarbejdere. I Holstebro Kommune adskiller tildelingen af sygeplejeydelser sig dog fra tildelingspraksis i de øvrige deltagerkommuner på den måde, at alle sygeplejebesøg i udgangspunktet har en vejledende tid på ti minutter pr. dag. Det er herefter den enkelte udførende medarbejders ansvar at vurdere kompleksiteten af borgerens tilstand og eventuelt foretage justeringer af den visiterede tid. Boks 6.2 viser eksempler fra ydelseskataloger vedrørende sygepleje i Favrskov og Næstved Kommuner.

Boks 6.2 Eksempler på uddrag af ydelseskatalog vedrørende sygepleje – Favrskov og Næstved Kommuner

Nedenfor er vist eksempler på, hvordan sårbehandling er beskrevet i ydelseskataloget i to deltagerkommuner (Favrskov og Næstved).

Favrskov:

Sårbehandling (niveau 3)	
Sundhedslovens §138	
Indsatsen omfatter typisk	Skift af forbinding, sårbehandling og hudpleje. Indsatsen kan fx også omfatte trykaflastning og VAC-behandling.
Målgruppe for indsatsen	Borgere, som har brug for ovenstående behandling efter lægeordination.
Vejledende tid	30 min.
Særlige forhold	
Opgaveoverdragelse	

Farverne grøn og blå angiver, at der er tale om en sygeplejefaglig opgave, som kan delegeres til SOSU-assistenten efter borgerspecifik oplæring. Den kan ikke leveres af SOSU-hjælpere og ufaglærte medarbejdere. Ifølge kommunen vil det dog i langt de fleste tilfælde være en sygeplejerske, der varetager denne opgave.

Boks 6.2 Eksempler på uddrag af ydelseskatalog vedrørende sygepleje – Favrskov og Næstved Kommuner

Næstved:

Indsats 4.1 Sårbehandling

Kvalitetsmål	Formålet med indsatsen sårbehandling er at sikre optimale betingelser for sårheling og forebygge infektion.
Aktiviteter i indsatsen	<ul style="list-style-type: none">• Observation.• Sårbehandling.
Kriterier for tildeling	Lægeordination eller sygeplejefaglig vurdering.
Varighed – tidsbegrænsning	Variabel.
Særlige forhold	<ul style="list-style-type: none">• Det kan i enkelte tilfælde være nødvendigt at hjælpe borger at rengøre instrumenter.• Egenbetaling af sårprodukter <i>kan</i> forekomme.

Kilde: Favrskov og Næstved Kommuner.

Et andet fællestræk ved deltagerkommunernes visitationspraksis er udmøntningen af det strategiske pejlemærke om en rehabiliterende tilgang og princippet om ”mindst muligt indgribende indsats”, jf. også afsnit 2.2. I flere af deltagerkommunerne er målsætningen om mindst mulig indgribende indsats anført i ydelseskataloget for sygeplejeydelser. Eksempelvis fremgår det af ydelseskataloget i Næstved Kommune, at:

Myndigheden altid arbejder på at kompensere ud fra mindste indgrebsprincip, og med sigte på at give alle borgere med behov for hjælp, mulighed for at genvinde færdigheder, som understøtter, at de kan opnå uafhængighed af hjælp og delta-gelse i hverdagslivet.

I Næstved Kommune betyder målsætningen bl.a., at borgeren i det omfang, det er muligt, skal oplæres og vejledes for selv at blive i stand til at løse konkrete sygeplejeopgaver, fx øjendrypning og insulinbehandling. Denne sundhedspædagogiske indsats er en integreret del af den måde, indsatsen skal tilrettelægges og udføres på i Næstved Kommune.

Et andet eksempel stammer fra Sønderborg Kommune, hvor der arbejdes ud fra en såkaldt ’screeningsmodel’, som indeholder følgende elementer: 1) rehabilitering, 2) sygeplejeklinik, 3) hjemmepleje og 4) blive i hjemmesygeplejen. I denne tilgang ligger, at kommunen har forholdt sig til, hvilke mulige indsatser der er de mindst indgribende, og at der ligger en klar prioritering af, at de mindst indgribende indsatser som udgangspunkt skal afprøves, hvis det er muligt, før man eventuelt benytter mere indgribende indsatser.

Det gælder endvidere, at deltagerkommunernes visitationspraksis i kommuner med en mere centraliseret visitation (Model 2 og 3), jf. afsnit 6.2, er karakteriseret ved en løbende dialog mellem de visiterende og de udførende medarbejdere i sygeplejen om forudsætningerne for ydelsen og den enkelte borgers aktuelle tilstand og behov. Ifølge deltagerkommunerne er dialog og samarbejde mellem visiterende og udførende medarbejdere med til understøtte sammenhængen mellem den enkelte borgers behov og indsatsen samt fremme en fælles forståelse af udmøntningen af serviceniveauet, jf. også afsnit 6.4 om opfølgning.

Der er dog forskel på, hvordan dialogen og samarbejdet finder sted i kommunerne, og hvad det konkrete indhold er. Forskellene hænger bl.a. sammen med den måde, hvorpå kommunerne har organiseret visitationen til sygepleje, jf. afsnit 6.2. I Holstebro Kommune (landdistrikterne) og Sønderborg Kommune er det de udførende medarbejdere i sygeplejen, som visiterer til sygeplejeydelser (Model 1). I disse kommuner foregår dialogen og samarbejdet primært på tværs af udførende medarbejdere i sygeplejen og deres ledere. I Favrskov og Sønderborg Kommuner – og Holstebro Kommunes bydistrikter – er det sygeplejefaglige koordinators, som foretager visitationen i tæt samspil med de udførende medarbejdere i sygeplejen (Model 2). I Næstved Kommune er det visitatorer i den centrale myndighedsafdeling, der visiterer i samarbejde og dialog med de udførende medarbejdere (Model 3).

Overdragede sygeplejeydelser

Der er ifølge deltagerkommunerne flere grunde til, at sygepleje overdrages til hjemmeplejen. Ud fra et økonomisk perspektiv kan det være en fordel, at opgaver løses på laveste effektive omkostningsniveau, jf. LEON-princippet, hvilket indebærer, at den mindst omkostningsfulde medarbejder varetager opgaven, såfremt medarbejderens kompetencer matcher opgavens indhold. Se også afsnit 2.2.

Sygeplejeydelser kan overdrages til personalet i hjemmeplejen af både visiterende medarbejdere (fx sygeplejefaglige koordinators, jf. Model 2) og udførende medarbejdere i sygeplejen. I alle deltagerkommuner sker overdragelsen ud fra en konkret vurdering af borgerens situation, opgavens kompleksitet og medarbejderens formelle kompetencer samt ud fra øvrige rammer, opsat af ledelsen i kommunen (fx ydelseskatalog).

Beskrivelserne af, hvem der må udføre en given sygeplejeydelse – dvs. rammerne for fordelingen af sygeplejeydelser på forskellige medarbejdergrupper – kaldes noget forskelligt i deltagerkommunerne, fx delegationsplan, faglige kompetenceprofiler, kompetenceskema mv. I flere af deltagerkommunerne er retningslinjerne for fordelingen af sygeplejeydelser på forskellige medarbejdergrupper integreret i ydelseskataloget, så det tydeligt fremgår af kataloget, om og til hvem den konkrete ydelsestype kan overdrages. Figur 6.3 viser et eksempel på angivelse af kompetencekrav fra Sønderborg Kommunes ydelseskatalog vedrørende sygepleje.

Figur 6.3 Eksempel på kompetencekrav (Sønderborg Kommune)

I Sønderborg Kommune er kompetenceniveauet for overdragelse af sygeplejeydelser angivet i ydelseskataloget for sygepleje. Som det fremgår af nedenstående skema fra kommunens ydelseskatalog, er kompetenceniveauet angivet med forskellige farvekoder og symboler (se kolonne markeret med pil).

Eksempelvis fremgår det af skemaet, at intravenøs medicinsk behandling skal udføres af sygeplejen, mens inkontinensbehandling også kan udføres af SOSU-assisterenter. Som et andet eksempel ses det, at lttbehandling kan udføres af de fleste personalegrupper, såfremt der er foretaget oplæring.

Ydelse	Maks. tider	Døytid	Vejledende tider	Frekvens	kompetenceniveau	Bemærkning
FORFLYTNING OG MOBILISERING	10	Forflytning	5		X X X X X	Visiteres ved borgere, der er tilmeldt Terminalordning. Personale ansvarlig for at tegne sig forflytningsteknikker og anvende relevante hjælpemidler.
Indsatsen omfatter forflytning og/eller mobilisering. Forflytning omfatter fx træk, skub og flytning vha. hjælpemidler. Mobilisering omfatter fx støtte til at bære og rulle vha. gangstativ.		Vending og lejrning	5		X X X X X	Visiteres ved borgere tilmeldt Terminalordning. Seneliggende borgere.
ILTBEHANDLING	15	Rengøring af lttapparat	10	Maks. 1 gang pr. uge	X X X X X	Rengøring af filter bagpå, samt normal afføring af apparatet.
Indsatsen omfatter saturationsmåling, indstilling af lttmængde ltt, ordination, skift og rengøring af lttkatetre og andet udstyr samt vejledning i korrekt håndtering af lttudstyr.		Justering af ltt op og ned	0		X X X X X	Ydelsen udløser ingen tid, men fortæller hvem der må varetage opgaven
		Pleje / Forbindelse med ltt	5		X X X X X	Ydelsen udløser ingen tid, men fortæller hvem der må varetage opgaven
		Til- og frakobling af ltt	0		X X X X X	
		Skift af lttkateter	5	Maks. 1 gang pr. uge	X X X X X	Skift af næsekateter ved lttbehandling.
		Skift af lttkateter	2	Maks. 1 gang pr. uge	X X X X X	Ydelsen udløser ingen tid, men fortæller hvem der må varetage opgaven
		Skift af transportabel lttbombe / lttflaske	0		X X X X X	* Ydelsen ligger ved kontinenssygeplejerskerne
INKONTINENSBEHANDLING	10	Kontinensudredning	0		X X X X X	Blæretømning, bækkenbundstræning, toiletvaner
Indsatsen omfatter typisk kontinensudredning, bækkenbundstræning, vejledning i blære- og tarmtømning, toiletvaner og brug af kontinenshjælpemidler.		Vejledning	10		X X X X X	
INTRAVENØS MEDICINSK BEHANDLING	60	Intravenøs medicinsk behandling	30	60	X X X X X	Opstart af IV antibiotika varetages af akutteamet. Tyngden afhænger af antal præparater eller ordineret indløbstid.
Indsatsen omfatter dispensering og administration af medicin, der skal gives intravenøst. Ved 'medicin' forstås ordinerede lægemidler, naturlægemidler og kosttilskud. Indsatsen omfatter typisk behandling og pleje af iv-adgang og indstiksted samt indgift af medicin. Indsatsen kan også omfatte anslæggelse af iv-adgang.		Pleje af PICC - line	20	Maks. 1 gang pr. uge	X X X X X	Pleje af hud omkring indgang, herunder skift af forbindelse
		Anslæggelse af perifer vevsflon	5		X X X X X	Sygeplejersker med kompetensen

Kilde: Sønderborg Kommune.

I Næstved Kommune, som har central visitation, og hvor sygeplejen er integreret i hjemmeplejen, visiterer myndighedsfunktionen til sygepleje i det enkelte distrikt, hvorefter distriktet selv udmønter de visiterede ydelser, herunder fastlægger, hvilken faggruppe og hvilke medarbejdere der udfører ydelserne. Konkret sker det ud fra kompetencekort og delegeringsaftaler. Eventuel overdragelse af sygeplejeydelser sker altså i det enkelte distrikt.

I de fire deltagerkommuner med decentral visitation (Model 1 og 2) spiller de sygeplejefaglige koordinatore en vigtig rolle i relation til overdraget sygepleje. Det gælder både visitation til og opfølgning på overdragede sygeplejeydelser, jf. også afsnit 6.4. Udover at koordinatorene i 2 af de 4 kommuner (Model 2) har dele af visitationskompetencen, herunder til overdragede ydelser, har koordinatorene i alle fire kommuner et overblik over den samlede mængde af ydelser og de enkelte medarbejders kørelister inden for distriktet. Derfor har de sygeplejefaglige koordinatore mulighed for at følge udviklingen i overdragede ydelser og gå i dialog med de udførende medarbejdere om behovet for at justere i visitationspraksis i relation til overdraget sygepleje.

Deltagerkommunerne har generelt en målsætning om at overdrage sygepleje, hvor det er hensigtsmæssigt og muligt ud fra både en faglig og økonomisk betragtning. Der er dog også eksempler på, at deltagerkommunerne har taget overdragede sygeplejeydelser tilbage til sygeplejen. For eksempel trak man i Aabenraa Kommune i 2019 sygeplejeopgaver tilbage til sygeplejen, da det viste sig uhensigtsmæssigt at overdrage opgaver til hjemmeplejen, bl.a. fordi det gav for meget vejtid (transport) for SOSU-assisterenter i hjemmeplejen at løse specifikke sygeplejefaglige opgaver.

Sygeplejeklinik

Alle deltagerkommuner har en målsætning om at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker og har på forskellig vis opsat mere eller mindre konkrete mål for anvendelsen, jf. afsnit 2.3. Alle deltagerkommunerne arbejder for, at alle borgere, som er visiteret til sygepleje, som udgangspunkt tilbydes sygepleje i klinik. Deltagerkommunerne understreger samtidig, at visitation til sygepleje i klinik naturligvis afhænger af borgerens vurderede behov, og at visitation til sygepleje altid sker i dialog med borgeren og de udførende medarbejdere i sygeplejen.

Selvom alle deltagerkommunerne har en målsætning om at øge klinikanvendelsen, ser der ud til i nogle af kommunerne at være et stærkere fokus på visitation til sygeplejeklinik end i andre. Det følger bl.a. af strategiske dokumenter og målsætninger, jf. afsnit 2.3, og kommer bl.a. til udtryk i de formaliserede retningslinjer for visitationsarbejdet. Der ser således ud til at være forskel mellem deltagerkommunerne i relation til, hvor formaliserede retningslinjerne er for visitation til sygeplejeklinik. Eksempelvis har Sønderborg og Aabenraa Kommuner formuleret faste kriterier for henvisning til sygeplejeklinik, som ifølge kommunerne skal være styrende for visitationspraksis, jf. Boks 6.3.

Boks 6.3 Eksempel på kriterier for henvisning til sygeplejeklinik – Sønderborg og Aabenraa

Sønderborg

For at få tilbudt sygepleje i borgerklinikken skal borgeren være vurderet til:

- selv eller ved hjælp af pårørende at kunne møde op i borgerklinikken
- at være i stand til at forflytte sig selv.

Aabenraa

Henvisning til klinik foregår efter følgende kriterier:

- Borger skal have et fysisk funktionsniveau, der gør, at de kan transportere sig til klinik, enten ved egen transport, pårørendes hjælp eller ved hjælp af flexitur, taxa eller anden offentlig transport. Hvis borger fx er i stand til at komme til egen læge, er borger også i stand til at komme i klinik.
- Borger skal have tilstrækkeligt kognitivt niveau til at komme i klinik.

Praksis for fælles forståelse af udmøntning af serviceniveauet

Deltagerkommunerne arbejder generelt på at udvikle og understøtte en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i visitationspraksis – inden for lovgivningens rammer og ud fra en individuel, sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov. Som omtalt tidligere i rapporten, jf. fx afsnit 1.2, omtaler deltagerkommunerne bl.a. serviceniveau i sygeplejen i relation til, om sygepleje leveres i borgerens eget hjem eller i klinik. Etableringen af en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet omsættes til praksis, kan være med til at sikre, at det forudsatte udgiftsniveau realiseres, og budgettet dermed overholdes, hvis der er sammenhæng mellem kommunens serviceniveau og budgettet, jf. afsnit 5.4. Afdækningen af deltagerkommunernes praksis viser, at forskellige former for systemiseret praksis kan fremme en sådan fælles forståelse.

For det første har deltagerkommuner med en mere centraliseret visitation (Model 2 og 3) erfaringer med, at ændringer af deres visitationsmodel har været med til at understøtte en mere ensartet visitationspraksis på sygeplejeområdet. Erfaringen er, at beslutninger om at samle

visitation, planlægning og koordinering af sygeplejeydelser hos sygeplejefaglige koordinatore har afstedkommet en mere gennemskuelig og kvalificeret visitationsprocedure samt en mere tydelig rolle- og ansvarsfordeling og dermed skabt forudsætninger for en mere ensartet visitationspraksis.

For det andet peger deltagerkommuner med Model 2 og 3 på, at faglig dialog og sparring blandt visitatorer i myndighedsafdelingen eller visiterende sygeplejefaglige koordinatore kan understøtte etableringen af en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet udmøntes i praksis. Der er dog forskelle mellem kommunerne på, om de faglige drøftelser mellem visitatorerne eller de sygeplejefaglige koordinatore er sat i system eller foregår på mere ad hoc-basis. Eksempelvis er der i Favrskov Kommune fast praksis for, at de sygeplejefaglige koordinatore inden for hvert distrikt mødes to til fire gange om året for at drøfte og afstemme praksis for visitation til sygepleje. Koordinatorerne mødes desuden på tværs af distrikter. Koordinatorerne mødes også, hvis oplysninger i månedlige rapporter om udviklingen i aktiviteter på sygeplejeområdet kræver det, jf. også kapitel 7. Koordinatorerne mødes dog ikke fast på tværs af distrikter.

For det tredje peger deltagerkommuner med visitationsmodel 2 og 3 på, at de også arbejder på at udvikle og understøtte en fælles forståelse af udmøntning af serviceniveauet gennem løbende dialog mellem visitatorer eller sygeplejefaglige koordinatore på den ene side og de udførende medarbejdere i sygeplejen på den anden. Ifølge kommunerne bidrager dialogen mellem visitation og udfører til, at der hele tiden er fokus på at sikre den bedst mulige sammenhæng mellem borgerens behov, den visiterede indsats, den leverede indsats og kommunens serviceniveau. Eksempelvis fortæller en sygeplejefaglig koordinator i en af deltagerkommunerne, at der er en løbende dialog med de udførende medarbejdere i sygeplejen om, hvad kerneopgaven i sygeplejen er:

Vi kender jo vores ydelseskatalog, så vi ved, hvad vi har at tilbyde, og hvad det er for nogle ydelser, der skal til hvilke sygeplejefaglige udfordringer; og hvilke der måske ikke hører derind. Og vi øver os meget i at sige: "Hvad er sygepleje?" Hele tiden vende tilbage til det, for vi kan godt møde nogle, som tænker: "Hold da op, her kan vi gøre en kæmpe forskel." Og i og med, at vi har også har ansat assistenter her i vores gruppe, der kan vi godt mærke, at der er forskel på, hvad de gerne vil have visiteret af ydelser i forhold til, hvad sygeplejerskerne gerne vil. Og dem er jeg nok nødt til at spørge ind til: "Hvad er sygeplejen i det her?"

Også i deltagerkommuner med en decentraliseret visitation (Model 1) findes der eksempler på, hvordan der arbejdes med at skabe en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet omsættes til praksis. Eksempelvis drøftes der løbende konkrete visitationer på ledermøder i Holstebro Kommune, og i Sønderborg Kommune gennemgår en souschef kørelister i ét af kommunens sygeplejeområder for at vurdere de enkelte visitationer. Begge eksempler er beskrevet mere uddybende i afsnit 6.4.

6.3.2 Vurdering

Fælles for deltagerkommunerne er, at visitation til sygepleje foretages ud fra en konkret sygeplejefaglig vurdering af borgerens behov og de overordnede rammer for sygepleje i kommunen, herunder fx LEON-princippet og en målsætning om at visitere til den eller de mindst indgribende indsatser, som kan opfylde borgerens behov, jf. også afsnit 2.2.

I alle deltagerkommuner sker overdragelse af sygeplejepersonalet i hjemmeplejen ud fra formaliserede, nedskrevne krav til den udførende medarbejders kompetencer og en konkret sygeplejefaglig vurdering af borgeren. Overdragelse af sygeplejeydelser i henhold til kommunens kompetenceskema kan understøtte LEON-princippet og forbedre ressourceudnyttelsen i sygeplejen. Det er på den baggrund VIVEs vurdering, at man med fordel kan have faste kompetenceplaner for overdragelse af sygeplejeydelser til hjemmeplejen.

Deltagerkommunerne har organiseret visitationen til sygepleje forskelligt, jf. afsnit 6.2, og derfor er der også forskelle på kommunernes visitationspraksis. I kommuner med visitationsmodel 2 og 3 er det erfaringen, at en tæt, løbende dialog mellem visiterende og udførende medarbejdere kan understøtte sammenhængen mellem den enkelte borgers behov og indsatsen samt en fælles forståelse af udmøntningen af serviceniveauet. Det er på den baggrund VIVEs vurdering, at man med fordel kan etablere en systemiseret dialog mellem visiterende og udførende medarbejdere, hvis visitation og udførelse af sygepleje er delt på forskellige personer som i Model 2 og 3. I kommuner med en decentral visitationsmodel (Model 1) kan man understøtte ensartet visitationspraksis mv. i sygeplejen, fx ved at styrke dialogen på tværs af udførende medarbejdere og foretage supplerende, opsamlende opfølgingsrunder, jf. afsnit 6.4.

Kortlægningen viser desuden, at alle deltagerkommuner giver udtryk for, at de arbejder for som udgangspunkt at tilbyde sygepleje i klinik, afhængig af borgerens vurderede behov og i dialog med borgeren. Ifølge kommunerne kan øget klinikanvendelse være med til at forbedre ressourceudnyttelsen og understøtte budgetoverholdelse, jf. afsnit 2.3. I nogle deltagerkommuner er der et stærkere fokus på visitation til sygeplejeklinik end i andre, og i nogle kommuner er der formuleret faste kriterier for henvisning til sygeplejeklinik. På den baggrund er det VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan overveje at udarbejde klare retningslinjer for, hvilke borgere som skal tilbydes sygepleje i klinik frem for sygepleje i eget hjem. Faste kriterier for henvisning til sygepleje i klinik kan være med til at øge klinikanvendelsen og fremme en ensartet visitationspraksis i sygeplejen.

6.4 Opfølgning på borgeres ydelser

I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes praksis for opfølgning på den bevilgede og leverede sygepleje. Formålet med opfølgning er løbende at sikre, at de visiterede sygeplejeydelser imødekommer borgerens aktuelle behov og de fastsatte mål for indsatsen. Et sigte med opfølgning er desuden at sikre, at sygeplejen tilrettelægges og udføres på den mest omkostningseffektive måde, herunder at opgaver overdrages til hjemmeplejen i passende omfang. Afsnittet fokuserer på, hvordan der sker opfølgning i deltagerkommunerne, samt hvilke redskaber kommunerne har til rådighed i den forbindelse. Der ses både på den løbende, individuelle opfølgning og på supplerende, opsamlende opfølgingsrunder.

6.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Løbende, individuel opfølgning på borgeres ydelser

Ved opfølgning på sygeplejeydelser vurderes det, om den forventede, forbedrede tilstand hos borgeren er opnået, og hvorvidt igangværende indsatser skal fortsættes, ændres, afsluttes – eller om borgerens behov skal vurderes på ny. Ved opfølgningen er der brug for, at oplysninger om borgeren er opdaterede. De udførende medarbejdere skal derfor løbende vurdere og dokumentere samt eventuelt videregive oplysninger om borgerens aktuelle tilstand til visiterende

medarbejdere, som revurderer og eventuelt justerer indsatsen (Model 2 og 3).⁵⁹ Opfølgningen kan i praksis være tilrettelagt forskelligt, bl.a. afhængig af visitationsmodel for sygeplejen.

I forbindelse med opstart af en sygeplejeydelse, herunder en overdraget ydelse, skal den visiterende medarbejder fastlægge en dato for planlagt opfølgning på indsatsen. I Sønderborg Kommune, hvor de udførende medarbejdere er selvvisiterende, er der dog truffet beslutning om, at koordinatorene i relation til nye borgere lægger opfølgende besøg ind i kørelisterne. Alle deltagerkommunerne har mere eller mindre faste retningslinjer for, hvor ofte der skal foretages opfølgning, hvis der ikke er oplysninger om ændringer i borgerens tilstand. Eksempelvis er der i Sønderborg Kommune retningslinjer for planlagt opfølgning for sygeplejeydelser for forskellige målgrupper, jf. boks 6.4.

Boks 6.4 Retningslinjer for opfølgning på sygeplejeydelser – Sønderborg

Der skal planlægges en opfølgning:

- efter 3 uger ved nye borgere
- efter 3 uger ved borgere, der er udskrevet fra sygehus
- hver 3. måned ved kronikere eller komplekse borgere
- hver 6. måned ved øvrige borgere og ved borgere, hvor alle ydelser er opgaveoverdraget til hjemmeplejen, også private leverandører.

Den almindelige, løbende kommunikation mellem visiterende og udførende medarbejdere om den enkelte borgers tilstand og ydelser i deltagerkommuner med en mere centraliseret visitationsmodel (Model 2 og 3) foregår både skriftligt og mundtligt, fx via advis'er i fagsystemet, e-mails og telefon. I deltagerkommuner med selvvisiterende sygepleje (Model 1) er der i sagens natur en anden praksis, da de udførende medarbejdere selv foretager den sygeplejefaglige vurdering samt visiterer og afsætter tid til opgaven. Som et eksempel skal de udførende medarbejdere i sygeplejen i Sønderborg Kommune have teamlederens godkendelse for at opjustere besøg hos konkrete borgere ud over de vejledende tider i ydelseskataloget.

Ud over den løbende kommunikation om aktuel vurdering af enkeltborgere er der i nogle deltagerkommuner etableret mere eller mindre systematiseret dialog og samarbejde om opfølgning med fokus på udvalgte borgere på tværs af forskellige visiterende og udførende medarbejdere. Tabel 6.4 viser eksempler herpå.

Tabel 6.4 Eksempler på deltagerkommunernes systematiserede dialog og samarbejde mellem personalegrupper om opfølgning på sygeplejeydelser til udvalgte borgere

Kommune	Eksempler på systematiseret dialog og samarbejde mellem personalegrupper om konkrete borgere
Holstebro	Borgerkonferencer 1-2 gange om ugen mellem sygepleje- og hjemmeplejepersonale, terapeuter, visitator mv.
Næstved	Visitator deltager månedligt i miniteammøder mellem sygepleje- og hjemmeplejepersonale
Aabenraa	Ugentlige tværfaglige møder mellem sygepleje- og hjemmeplejepersonale

⁵⁹ KL (2010).

Eksempelvis er der i Holstebro Kommune fast praksis for tværfaglige borgerkonferencer, hvor medarbejdere i sygeplejen og hjemmeplejen, terapeuter, visitatorer mv. i hvert distrikt mødes en til to gange om ugen for at drøfte borgerrelaterede problemstillinger. Typisk drøftes to til tre borgere pr. møde. Ifølge kommunen skal borgerkonferencerne understøtte, at der ydes en mere sammenhængende og tværfaglig indsats i ældreplejen, og at hjemmeplejen på et så tidligt tidspunkt som muligt opdager og reagerer på en ændret helbredstilstand og funktions- evne hos borgeren.

Som et andet eksempel afholdes der i Næstved Kommune såkaldte 'metamøder', hvor visitator på månedsbasis mødes med sygepleje- og hjemmeplejepersonalet i det pågældende geografiske område og drøfter udvalgte borgere. Det er typisk borgere, hvor visitator eller det udførende personale vurderer, at der er behov for en vurdering af den aktuelle situation, fx som følge af en ændring i borgerens tilstand eller mangel på fremdrift i den planlagte indsats. Det kan være, at der skal ændres i omfanget af den eksisterende indsats, eller at der skal ændres i typen af indsatser, herunder fx overveje rehabiliteringspotentialet hos en borger, som modtager kompenserende pleje. Ifølge kommunen understøttes opfølgingsarbejdet af den tværfaglige teamsammensætning, ligesom tværfagligheden fremmer en mere sammenhængende indsats med fokus på rehabilitering og tidlig opsporing. Se også afsnit 2.2 og 3.3.

Det skal understreges, at møderne om udvalgte borgere er ét element blandt flere i det samlede opfølgingsarbejde i deltagerkommunerne. Det er således VIVEs indtryk, at der i alle deltagerkommunerne sker en løbende vurdering af og opfølgning på modtagere af sygeplejeydelser, både i det daglige arbejde blandt de visiterende og udførende medarbejdere i sygeplejen og på ledelsesniveau. I forhold til sidstnævnte fortæller en teamleder i Holstebro Kommune eksempelvis, at konkrete visitationer lejlighedsvis efter behov drøftes på ledermøder med områdelederen af sygeplejen, og at teamlederne selv løbende følger med i udviklingen af visiterede ydelser via ledelsesinformationssystemet på området, herunder undersøger individuelle visitationer. Flere af deltagerkommunerne fortæller også, at enkeltsager drøftes efter behov, fx på et fagligt møde eller blandt de medarbejdere, som er involveret i indsatsen til den pågældende borger.

Flere deltagerkommuner med visitationsmodel 2 og 3 har erfaring for, at visitatorer og sygeplejefaglige koordinatore spiller en væsentlig rolle i opfølgingsindsatsen på sygeplejeområdet. Som omtalt i afsnit 6.3 har visitatorer og koordinatore et samlet overblik over aktuelle sygeplejeydelser og de enkelte medarbejders kørelister. De har derfor mulighed for at følge udviklingen i visiterede ydelser og løbende drøfte situationen med ledelsen og de udførende medarbejdere, herunder behovet for at justere, afslutte eller overdrage eksisterende ydelser.

Selvom alle deltagerkommuner således har en mere eller mindre fast opfølgingspraksis for sygeplejen, peger flere af kommunerne samtidig på, at der ikke til enhver tid og i alle situationer bliver fulgt op i henhold til det planlagte. Det gælder særligt overdragede sygeplejeydelser. Deltagerkommunerne anfører forskellige begrundelser for, at det kan være vanskeligt at fastholde en struktureret opfølgingspraksis for overdraget sygepleje. For det første peger kommunerne på, at visiterede, planlagte opfølgingsbesøg i visse tilfælde nedprioriteres eller ændres grundet anden planlagt sygepleje eller akut opståede opgaver. Eksempelvis kan det ske, at en udførende medarbejder i sygeplejen prioriterer at levere egne ydelser frem for at lave opfølgning på overdragede ydelser. Derudover anfører kommunerne, at udførende medarbejdere i sygeplejen og hjemmeplejen ikke altid løbende får fulgt op på indsatser og adviseret visiterende medarbejdere om ændringer i borgerens tilstand med henblik på revurdering. Ifølge kommunerne kan manglende opfølgning være et udtryk for travlhed eller opgaveprioritering

blandt medarbejderne i driften. Det kan også hænge sammen med, at sygeplejen ikke altid har en økonomisk tilskyndelse til at følge op på overdragede sygeplejeydelser, afhængig af afregningsmodel, jf. også afsnit 4.4.

Alle deltagerkommuner peger således på vigtigheden af, at der både hos visiterende og udførende medarbejdere er en løbende opmærksomhed på og prioritering af opfølgingsarbejdet, især i relation til overdraget sygepleje. Et muligt redskab i den forbindelse er supplerende, opsamlende opfølgingsrunder, som behandles i næste afsnit.

Supplerende, opsamlende opfølgingsrunder

Ekstraordinær opfølgning, fx på udvalgte sagstyper eller fokusområder, er i mange af deltagerkommunerne en praksis, som supplerer den løbende opfølgning på individuelle borgers tilstand og ydelser. Med ekstraordinær opfølgning menes en systematisk opfølgning på sygeplejeindsatser, som ligger ud over den løbende opfølgning på sygeplejeindsatser, som varetages af udførende medarbejdere. Deltagerkommunerne peger på, at initiativet til supplerende opfølgning kan komme fra såvel udførende medarbejdere som visitatorer, sygeplejefaglige koordinatore og ledere i sygeplejen.

Ifølge deltagerkommunerne er der flere fordele ved at foretage supplerende opfølgning. For det første kan der ved supplerende opfølgning opnås en bedre sammenhæng mellem den enkelte borgers aktuelle behov og indsatsen. Det kan fx hænge sammen med, at man i nogle af deltagerkommunerne med jævne mellemrum drøfter konkrete borgere i en tværfaglig kontekst, hvor man ud fra forskellige perspektiver vurderer sammenhængen mellem borgerens behov og indsatsen. For det andet kan supplerende opfølgning være et redskab til at få bragt budgettet i balance i tilfælde af et konstateret merforbrug eller ved udsigt til en budgetoverskridelse, såfremt igangværende indsatser kan afsluttes eller ændres. Det er vigtigt at understrege, at ekstraordinære opfølgingsrunder både kan resultere i, at ydelser reduceres eller afsluttes, og at ydelser ændres eller opjusteres, alt efter borgerens aktuelle tilstand.

Tabel 6.5 indeholder nogle eksempler på supplerende opfølgning, som deltagerkommunerne har gennemført inden for de senere år.

Tabel 6.5 Eksempler på supplerende opfølgingsrunder i deltagerkommunerne

Kommune	Eksempler på supplerende opfølgning
Favrskov	Fokusområder med jævne mellemrum, fx medicindispensering og sårskift
Næstved	Systematisk revisitation med jævne mellemrum
Sønderborg	Souschef analyserer og koordinerer kørelister og går i dialog med de sygeplejefaglige koordinatore og det udførende personale
Aabenraa	Gennemgang af visitation til psykisk støtte Gennemgang af overdragede sygeplejeydelser

Eksempelvis har man i et af sygeplejeområderne i Sønderborg Kommune en praksis, hvor en souschef løbende gennemgår kørelisterne i området for at vurdere, om de enkelte visitationer stemmer overens med niveauet angivet i indsatskataloget og for at optimere kørelisterne. Eventuel justering af ydelser og kørelister foregår i dialog med de sygeplejefaglige koordinatore og det udførende personale. Kommunen oplyser, at denne ekstraordinære investering i opfølgning på sygeplejeydelser er tænkt som en tidsbegrænset indsats.

Et andet eksempel stammer fra Favrskov Kommune. Her laver man med jævne mellemrum med bistand fra økonomikonsulenten listeudtræk over borgere, hvor sygeplejepersonalet dispenserer medicin, dvs. optæller eller tilbereder den ordinerede medicin. På baggrund af disse data og ud fra en individuel, sygeplejefaglig vurdering af den enkelte borgers tilstand vurderes det, om der er borgere, som kan modtage dosisdispenseret medicin⁶⁰, dvs. medicin, der er pakket i doser til den enkelte borger. Dette kan være med til at understøtte hensynet til at udnytte personaleresressourcer bedst muligt.

Et tredje eksempel er fra Aabenraa Kommune, hvor en medarbejder har gennemgået sager med borgere, som er visiteret til psykisk støtte. I Aabenraa Kommune gives der bl.a. psykisk støtte til borgere, som har været udsat for en akut krise eller fået en diagnose på en uhelbredelig sygdom. Ud fra listeudtræk over borgere, som er tildelt psykisk støtte, har medarbejderen vurderet, om de enkelte visitationer er i overensstemmelse med niveauet, beskrevet i indsatskataloget, og undersøgt, om den visiterede indsats blev leveret som aftalt. I nogle tilfælde har det vist sig, at borgere samtidig var visiteret til socialpædagogisk støtte efter serviceloven for at dække de samme behov. I disse tilfælde har der ifølge kommunen været grundlag for en vurdering af, om der også fortsat skulle leveres psykisk støtte fra sygeplejen.

6.4.2 Vurdering

Ved opfølgning på individuelle borgeres sygeplejeydelser vurderes det, om den visiterede sygepleje imødekommer borgerens aktuelle behov og opfylder fastsatte mål for indsatsen. Desuden er sigtet med opfølgning at sikre, at sygeplejen er tilrettelagt og leveret på den mest omkostningseffektive måde. I alle fem deltagerkommuner er der løbende dialog på tværs af visiterende og udførende medarbejdere samt ledere om individuelle modtagere af sygepleje. Der er dog forskel mellem deltagerkommunerne på, hvor systematiseret denne dialog er, og hvem der deltager i den.

På baggrund af deltagerkommunernes erfaringer vurderer VIVE, at det er væsentligt for den økonomiske styring på sygeplejeområdet, at kommunerne prioriterer løbende, systematisk dialog om opfølgning på individuelle borgeres ydelser. Det kan fx være dialog mellem visiterende, koordinerende og udførende medarbejdere, mellem udførende medarbejdere og ledere eller mellem udførende medarbejdere i henholdsvis hjemmepleje og sygepleje. I opfølgningen er det væsentligt, at de udførende medarbejdere løbende observerer (Model 1) og eventuelt oplyser visiterende medarbejdere (Model 2 og 3) om ændringer i borgerens tilstand, så den aktuelle indsats kan vurderes og eventuelt justeres på et oplyst grundlag. Ud fra deltagerkommunernes erfaringer er det desuden VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel – ved siden af den løbende opfølgning – kan lave supplerende opfølgning på eksempelvis udvalgte fokusområder med jævne mellemrum.

En systematisk opfølgningspraksis kan bidrage til at sikre, at indsatsen til borgeren tages op til overvejelse, hvis der er en ændring i borgerens tilstand. Dermed kan både løbende og supplerende opfølgning være med til at skabe sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen. Det gælder både, når indsatsen kan reduceres eller ophøre, og når indsatsen kan ændres eller opjusteres. Sammenhængen mellem behov og indsats kan være med til at understøtte, at det forudsatte udgiftsniveau realiseres, og budgettet dermed overholdes, forudsat at der er sammenhæng mellem kommunens serviceniveau og budgettet, jf. kapitel 5. Samtidig er det vigtigt at sikre sig, at de administrative omkostninger, som er forbundet med en sådan opfølgningspraksis, står mål med gevinsterne af indsatsen.

⁶⁰ Det skal bemærkes, at det er lægen, der vurderer, om en borger er egnet til at få dosisdispenseret medicin, og kan ordinere dosisdispenseret medicin, jf. Sundhedsdatastyrelsen (2021).

7 Budgetopfølgning og løbende ressourcestyring

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes budgetopfølgning og løbende ressourcestyring, herunder den styringsinformation, som produceres og anvendes i den forbindelse. Kapitlet fokuserer på de administrative budgetopfølgninger til de budgetansvarlige ledere på sygeplejeområdet, herunder fagchefen og udførerledere, dvs. ledere med ansvar for driften i niveau 2 og 3, i den kommunale sygepleje.⁶¹

Først beskrives i afsnit 7.2 deltagerkommunernes processer for budget- og økonomiopfølgning til forskellige aktører i kommunen. Dernæst behandles indholdet i og anvendelsen af styringsinformation i budgetopfølgningerne og den løbende ressourcestyring i afsnit 7.3 og 7.4. Endelig behandler afsnit 7.5 håndtering af forventede budgetafvigelser i løbet af året.

7.1 Konklusioner

Boks 7.1 Konklusioner – budgetopfølgning og styringsinformation

- **Månedlig budgetopfølgning til alle ledere med økonomiansvar for sygeplejen**
Analysen peger på, at man med fordel kan anvende månedlig budgetopfølgning for fagchefen for sygeplejeområdet og faglige ledere på niveau 2 og 3, som har et ansvar og medsvaret for sygeplejens økonomi. Denne praksis gør det muligt på et tidligt tidspunkt at opdage og reagere på en eventuel forventet overskridelse af budgettet eller forventet merforbrug i driften.
- **Overvej, hvem der konkret skal mødes i budgetopfølgningen**
Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan tage stilling til, hvem der konkret skal mødes i forbindelse med budgetopfølgningsprocessen. Det er ikke muligt ud fra analysen at pege på præcist, hvilke aktører der skal mødes. Deltagerkommunernes erfaringer peger dog i retning af, at man med fordel kan overveje – eventuelt i perioder – at foretage budgetopfølgning på tværs af udførerledere i sygeplejen og med deltagelse af fagchefen for at understøtte dialogen og samarbejdet på tværs af driften.
- **Pålidelige prognoser for forventet regnskab som grundlag for opfølgning til fagchefen**
I forhold til det samlede sygeplejebudget peger analysen på, at det er væsentligt for ressourcestyringen, at den månedlige budgetopfølgning til fagchefen baseres på en pålidelig regnskabsprognose. Det er vigtigt, at de månedlige regnskabsprognoser bygger på præcise og opdaterede forudsætninger om fx aktiviteter og lønforbrug.
- **Overblik over udgifter (og indtægter) som grundlag for budgetopfølgning til udførerlederne**
I forhold til driftsbudgetterne peger analysen på, at det er væsentligt for ressourcestyringen, at udførerlederne løbende har et opdateret overblik over den del af økonomien, de er ansvarlige for. Det gælder både hidtil realiserede udgifter (og indtægter – for aktivitetsstyrede kommuner) i året, fx i form af en forbrugsprocent, og forventninger til udgifter (og indtægter) i den resterende del af året, fx ud fra aktivitets- og lønprognoser.

⁶¹ Budgetopfølgningerne til visitatorer på sygeplejeområdet er undersøgt i begrænset omfang, og budgetopfølgningerne til direktionen og det udførende personale er ikke undersøgt.

Boks 7.1 Konklusioner – budgetopfølgning og styringsinformation

- **Anvend data om aktiviteter og produktivitet i budgetopfølgning og løbende ressourcestyring**
Analysen viser, at kommunerne med fordel kan anvende relevante og målrettede data om aktiviteter og produktivitet i både budgetopfølgningen og den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Data om aktiviteter (fx leverede ydelser) og produktivitet (fx timepriser) kan bidrage til at give tidlige varsler om og finde forklaringer på forventede merforbrug. Det kan bidrage til at opnå budgetoverholdelse samt til at understøtte arbejdet for at opnå en høj produktivitet. Se også kapitel 4.
- **Målret styringsinformationen til modtager og budgetansvarsområde**
VIVE vurderer ud fra deltagerkommunernes erfaringer, at det kan være en fordel at målrette styringsinformationen til forskellige modtagere. Det kan således med fordel overvejes, hvilke informationer der er nødvendige for forskellige aktører på området for at skabe overblik og understøtte det løbende behov for styring og prioritering.
- **Fast praksis for afvigeforklaringer og korrigerende handlinger**
Analysen peger på, at det er væsentligt, at man håndhæver krav om afvigeforklaringer og aftaler korrigerende handlinger, hvis der forventes en budgetoverskridelse eller et underskud i driften. Fast brug af afvigeforklaringer fulgt op af korrigerende tiltag kan bidrage til at understøtte ressourcestyringen og det løbende fokus på justering af den faglige praksis.

7.2 Budgetopfølgingsproces

I dette afsnit beskrives først organiseringen af økonomifunktionen og dernæst den administrative budgetopfølgingsproces i de fem deltagerkommuner.

7.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Organisering af økonomifunktionen

Økonomifunktionen varetager i alle deltagerkommuner en væsentlig opgave i forbindelse med budgetopfølgningerne. I fire deltagerkommuner – Favrskov, Holstebro, Næstved og Aabenraa – er de økonomikonsulenter, som er tilknyttet ældreområdet, ansat i den centrale økonomiforvaltning. I de fleste af disse kommuner varetages visse økonomiske og administrative opgaver dog af medarbejdere placeret centralt i fagforvaltningen eller decentralt i distrikterne. Holstebro Kommune har dog først i efteråret 2020 placeret den tidligere decentrale økonomifunktion på ældreområdet i kommunens centrale, tværgående økonomistab. Sønderborg Kommune har derimod en organisering, hvor en decentral økonomifunktion placeret på kommunens velfærdsområde (ældre- og voksensocialområdet) varetager økonomiunderstøttelsen af velfærdsområdet, herunder sygeplejen.

Uanset organisering peger deltagerkommunerne på, at det er vigtigt, at økonomikonsulenter og øvrige administrative medarbejdere leverer en systematisk og databaseret understøttelse af de budgetansvarlige lederes økonomiske styring. Et fællestræk ved deltagerkommunernes budgetopfølgingspraksis er en løbende dialog mellem udførerledere, administrative medarbejdere i driften eller forvaltningen samt økonomikonsulenter tilknyttet ældreområdet om grundlaget for beregninger af forventet forbrug på sygeplejeområdet. Dette sker for at sikre, at regnskabsprognosen bygger på præcise og opdaterede forudsætninger om fx refusioner og fravær.

Proces for administrativ budgetopfølgning

Kortlægningen af den administrative budgetopfølgingsproces i de fem deltagerkommuner er opsummeret i Tabel 7.1. Tabellen viser en oversigt over, hvor tit og med hvem budgetopfølgningen til henholdsvis fagchefen, områdelederen eller distriktslederne og teamledere foretages i hver af de fem deltagerkommuner. Budgetopfølgingsprocessen for lederen af akutfunktionen vises ikke særskilt i oversigten, da ledelsesansvaret i de fleste deltagerkommuner er placeret i ledelsesniveau 3 (teamlederniveau), jf. også afsnit 3.5.

Tabel 7.1 Den administrative budgetopfølgingsproces i de fem deltagerkommuner

Model	Kommune	Fagchef (niveau 1)	Distriktsleder (niveau 2)	Teamleder (niveau 3)
Distriktsmodel	Favrskov	<ul style="list-style-type: none"> - Månedlige opgørelser og løbende dialog med distriktsledere og økonomikonsulent - Kvartalsvise møder med økonomikonsulent - Kvartalsvise fællesmøder med distriktsledere og økonomikonsulent 	<ul style="list-style-type: none"> - Månedlige opgørelser og løbende dialog mellem den enkelte distriktsleder og økonomikonsulent - Kvartalsvise distriktsleder-møder med fagchef, anden distriktsleder og økonomikonsulent 	Månedlige opgørelser og løbende dialog mellem den enkelte distriktsleder og den enkelte teamleder
Distriktsmodel	Næstved	Månedlige møder med den enkelte distriktsleder og økonomikonsulenter	Månedlige møder med fagchef og økonomikonsulenter	
Model	Kommune	Fagchef (niveau 1)	Områdeleder (niveau 2)	Teamleder (niveau 3)
Område-model	Holstebro	Månedlige møder med økonomileder	<ul style="list-style-type: none"> - Månedlige møder med økonomikonsulent - Månedlige møder med den enkelte teamleder og økonomikonsulent 	<ul style="list-style-type: none"> - Månedlige møder med økonomikonsulent - Månedlige møder med områdeleder og økonomikonsulent
Område-model	Sønderborg	Månedlige møder med økonomikonsulent (økonomileder deltager ad hoc)	<p>Opfølgning med økonomikonsulent og adm. medarbejder i sygeplejen</p> <p><i>Områdelederfunktion varetages pt. af fagchef</i></p>	Månedlige møder med økonomikonsulent
Område-model	Aabenraa	Månedlige møder med områdeleder, teamledere samt økonomileder og økonomikonsulent	Månedlige møder med fagchef, teamledere samt økonomileder og økonomikonsulent	Månedlige møder med fagchef, områdeleder samt økonomileder og økonomikonsulent

Det fremgår af Tabel 7.1, at der typisk er budgetopfølgning månedligt til ledere med økonomiansvar i alle fem deltagerkommuner. I alle fem deltagerkommuner foregår de administrative budgetopfølgninger typisk i et samarbejde mellem lederne og de økonomikonsulenter eller økonomiledere, der er tilknyttet området. I Favrskov Kommune sker det primært skriftligt, ved at økonomikonsulenten hver måned fremsender budgetopfølgning med angivne opmærksomhedspunkter. Materialet sendes til både fagchef, distriktsledere og teamledere. Herefter er der en dialog om eventuelle opmærksomhedspunkter og korrigerende handlinger. I de øvrige fire kommuner afholdes budgetopfølgingsmøder, hvor materialet til budgetopfølgningen gennemgås og drøftes mundtligt. Ved disse møder deltager økonomikonsulenten og i nogle tilfælde ledere med økonomiansvar, jf. nedenfor. Ved nogle af møderne deltager økonomilederen på området sammen med eller i stedet for økonomikonsulenten, jf. Tabel 7.1.

Som supplement til de faste månedlige budgetopfølgninger er der i alle deltagerkommuner en løbende dialog mellem ledere med økonomiansvar og økonomikonsulenterne, ligesom der i alle

deltagerkommuner drøftes økonomiopfølgning i naturlig sammenhæng med de øvrige ledelsesmæssige dialoger, fx bilaterale eller fælles møder med område-, distrikts- eller teamledere.

Kortlægningen viser samtidig, at der er forskel mellem deltagerkommunerne på, hvilke ledere, der mødes i den løbende budgetopfølgning. Forskellene er i et vist omfang betinget af ledelsesmodellen.

Favrskov og Næstved Kommuner har en distriktsmodel. I Favrskov Kommune mødes man som nævnt som udgangspunkt ikke månedligt, men både fagchef og distriktsledere modtager budgetopfølgningmateriale for distrikterne hver måned. Derudover holdes der hvert kvartal fælles budgetopfølgningmøder mellem fagchef og distriktsledere. I Næstved Kommune foregår den løbende budgetopfølgning ved, at fagchefen og økonomikonsulenter på området på månedsbasis mødes med distriktslederne enkeltvis.

Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner har en områdemodel. I Holstebro Kommune mødes områdelederen på månedsbasis med teamlederne enkeltvis sammen med en økonomikonsulent. Fagchefen deltager ikke ved disse møder. I Sønderborg Kommune deltager fagchefen heller ikke i den løbende budgetopfølgning med teamlederne. I stedet mødes økonomikonsulenten på området først med de enkelte teamledere hver for sig og herefter med områdelederen. I Aabenraa Kommune deltager fagchefen i månedlige fælles budgetopfølgningmøder sammen med områdelederen af sygeplejen, teamlederne i niveau 3 samt økonomileder og økonomikonsulent.

Deltagerkommunerne arbejder løbende med at forbedre budgetopfølgningen. Det gælder for det første i forhold til dialogen mellem de faglige ledere på niveau 2 og 3 samt mellem de sygeplejefaglige ledere og økonomifunktionen. For det andet gælder det i forhold til det datagrundlag, som budgetopfølgningen baserer sig på, og koblingen af forskellige datatyper. Eksempelvis overvejer Sønderborg Kommune at justere den nuværende budgetopfølgningsspraksis, hvilket fx kan indebære, at områdelederen og teamlederne som noget nyt skal deltage i det samme månedlige budgetopfølgningmøde, så opfølgningen på økonomien sker i en fælles dialog på tværs af hele sygeplejeområdet. Denne praksis vil være et supplement til de månedlige bilaterale budgetopfølgningmøder mellem de enkelte teamledere og økonomikonsulenten.

Et lignende eksempel stammer fra Aabenraa Kommune, hvor man i 2020 implementerede et nyt koncept for budgetopfølgningen, så der nu afholdes fælles budgetopfølgningmøder mellem fagchefen, områdelederen og teamlederne. Tidligere var budgetopfølgningen koncentreret omkring fagchefen og områdelederen og dermed på et mere overordnet niveau. Formålet med denne ændring af budgetopfølgningsprocessen er i højere grad at få delagtiggjort teamlederne i den løbende budgetopfølgning samt styrket deres økonomiforståelse og oplevelse af medansvar for det samlede sygeplejeområde, jf. også afsnit 5.5. Ud over fælles budgetopfølgningmøder har kommunen etableret en løbende ressourcestyringspraksis, hvor områdelederen har ugentlige møder med teamlederne. Her ses der på oplysninger om styringen af den daglige drift såsom vikarforbrug og mer-/overarbejde. Ifølge kommunen har disse ændringer af budgetopfølgningsspraksis på sygeplejeområdet været med til at sikre et fælles vidensgrundlag for de ledelsesmæssige drøftelser af sygeplejen og en større økonomisk bevidsthed blandt udførerlederne. Se også afsnit 5.5.

7.2.2 Vurdering

På baggrund af deltagerkommunernes praksis er det VIVEs vurdering, at man med fordel kan have månedlig budgetopfølgning for fagchefen for sygeplejeområdet og faglige ledere på niveau 2 og 3, som har et ansvar og medansvar for sygeplejens økonomi. Det betyder, at man som budgetansvarlig leder eller leder med et økonomisk medansvar på området fx løbende får en status på forbrug og forventet regnskab, så man har mulighed for i god tid at iværksætte korrigerende handlinger, der kan imødegå en forventet overskridelse af budgettet.

VIVE vurderer desuden, at man med fordel kan tage stilling til, hvem der skal mødes og hvor ofte i forbindelse med budgetopfølgingsprocessen. Ud fra analysen kan der ikke peges entydigt på, hvilke aktører der skal mødes hvor ofte. Deltagerkommunernes erfaringer peger dog i retning af, at man kan overveje at foretage en fælles budgetopfølgning på tværs af udførerledere af forskellige enheder i sygeplejen og med deltagelse af fagchefen. Det gælder særligt i perioder, hvor økonomien på området skrider eller er under genopretning. Denne praksis kan understøtte samarbejdet om budgetoverholdelse, herunder etableringen af et medansvar blandt ledere på området for økonomien på det samlede sygeplejeområde.

Deltagerkommunerne har organiseret økonomiunderstøttelsen af ældreområdet, herunder sygeplejen, forskelligt. Uanset organisering ser det ud fra analysen ud til at være vigtigt, at økonomifunktionen yder en systematisk og databaseret understøttelse af lederne på området.

7.3 Budgetopfølgningernes indhold

I dette afsnit ses der nærmere på indholdet af den administrative budgetopfølgning i de fem deltagerkommuner. Det kortlægges, hvilke informationer fagchefen og faglige ledere på niveau 2 og 3 med ansvar og medansvar for sygeplejens økonomi har til rådighed for at kunne vurdere økonomiens tilstand på sygeplejeområdet og handle derefter, samt hvordan disse informationer understøtter den løbende økonomiske styring af området. Der kan overordnet skelnes mellem seks typer af data, jf. Boks 7.2.

Boks 7.2 Typer af data, som kan indgå i budgetopfølgningerne

- Økonomidata (fx budget, forventet regnskab, forbrug, timepriser og afvigelse fra budget)
- Aktivitetsdata (fx udviklingen i antal modtagere, timer og ydelser)
- Løndata (fx lønudgifter fordelt på lønkategorier og lønprognose)
- Fraværsdata (fx sygefraværdsdage og sygefraværdsprocent)
- Personaledata (fx antal ansatte og antal fuldtidsstillinger)
- Data om faglige resultater (fx før- og eftermålinger af borgeres tilstand og tilfredshedsmålinger).

7.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Kortlægningen viser, at der kan være forskel på, hvilke typer af data budgetopfølgningen rummer. Det afhænger bl.a. af, hvem opfølgningen er til, kommunens organisering af ældre- og sundhedsområdet, lederens ansvarsområde, databeredskabet og lederens styringsbehov. Eksempelvis kan der være forskel på indholdet af budgetopfølgningen til henholdsvis fagchef, myndighedsleder og udførerleder, ligesom der kan være forskel på indholdet i relation til, om

sygeplejen er ramme- eller aktivitetsstyret. Derudover kan indholdet af budgetopfølgningen afspejle politiske og administrative strategiske pejlemærker, fx anvendelse af sygeplejeklinik eller sygefravær. Tabel 7.2 viser observerede ligheder og forskelle ved indholdet af budgetopfølgninger til fagchefen på ældreområdet og udførerlederne i sygeplejen. Oversigten viser ikke indholdet af budgetopfølgningen til lederen af myndighedsfunktionen i Næstved Kommune. Her henvises der til VIVEs analyse af økonomisk styring af rehabiliteringsforløb og hjemmepleje, hvor budgetopfølgning til myndighedsleder er behandlet særskilt.⁶²

Tabel 7.2 Ligheder og forskelle i indhold af styringsinformation til fagchef og udførerledere

	Alle deltagerkommuner	Nogle deltagerkommuner
Fagchef	Økonomidata (fx oprindeligt og korrigeret budget, forbrug og forventet regnskab) Visse aktivitetsdata (fx antal modtagere og visiterede timer) Personale- og løndata (fx antal ansatte og udgifter til eksterne vikarer) Fraværdata (fx som følge af sygdom, ferie og barsel) Data om faglige resultater	Visse aktivitetsdata (fx overordnede, tværgående nøgletal, sammenligning af henholdsvis visiteret og leveret tid)
Udførerleder	Økonomidata (fx oprindeligt og korrigeret budget, forbrug og forventet regnskab) Personale- og løndata (fx antal ansatte og udgifter til eksterne vikarer) Fraværdata (fx som følge af sygdom, ferie og barsel) Data om faglige resultater	Aktivitetsdata (fx forventet udvikling i antal visiterede timer, sammenligning af henholdsvis visiteret og leveret tid) Løndata (fx lønudgifter fordelt på forskellige lønkategorier)

Som det fremgår af tabellen, er det fælles for deltagerkommunerne, at budgetopfølgningen på sygeplejeområdet indeholder oplysninger om økonomi, personale og løn samt fravær. Det ses på tværs af ledelsesniveauer. Et andet fællestræk er, at styringsinformation om faglige resultater, dvs. data, som viser noget om resultaterne af den udførte sygepleje, ikke indgår systematisk i budgetopfølgningen. Nogle af deltagerkommunerne giver samtidig udtryk for, at der generelt er behov for mere viden om resultater af sygeplejeindsatsen som grundlag for at kunne vurdere, hvad der kommer ud af ressourceforbruget på området. Deltagerkommunerne fortæller i den forbindelse, at det er svært at dokumentere resultaterne af indsatsen.

Der er også nogle forskelle i deltagerkommunernes anvendelse af styringsinformation i den løbende budgetopfølgning, især i forhold til udførerlederne. Således ses det af Tabel 7.2, at det ikke er i alle deltagerkommuner, at aktivitetsdata er en fast del af budgetopfølgningen til udførerlederne, ligesom der er forskel på, om lønudgifter indgår i opfølgningen til denne gruppe.

I de følgende afsnit gives en uddybende beskrivelse af indholdet af den løbende budgetopfølgning til fagchefen og udførerledere i sygeplejen. Fokus er på, hvorvidt og hvordan forskellige datatyper bliver anvendt i budgetopfølgningen.

⁶² Dalsgaard et al. (2020a).

Budgetopfølgning til fagchef

I alle fem deltagerkommuner indeholder budgetopfølgningen til fagchefen som minimum økonomidata såsom oprindeligt og korrigeret budget, realiseret forbrug, forventet regnskab og forventede afvigelser i forhold til budgettet. Disse data indgår både samlet set for sygeplejen og fordelt på geografiske områder samt eventuelt funktionsområde, fx akutfunktion.

I alle deltagerkommunerne ledsages informationer om økonomien af oplysninger til fagchefen om aktivitetsudvikling, normering, lønforbrug og lønsammensætning, vikarforbrug, sygdom og fravær mv. Det varierer mellem deltagerkommunerne, hvilke oplysninger der er tilgængelige for fagchefen og på hvilket detaljeringsniveau. Tabel 7.3 indeholder eksempler på oplysninger ud over økonomidata, som fagchefen i de fem deltagerkommuner modtager i forbindelse med den løbende budgetopfølgning.

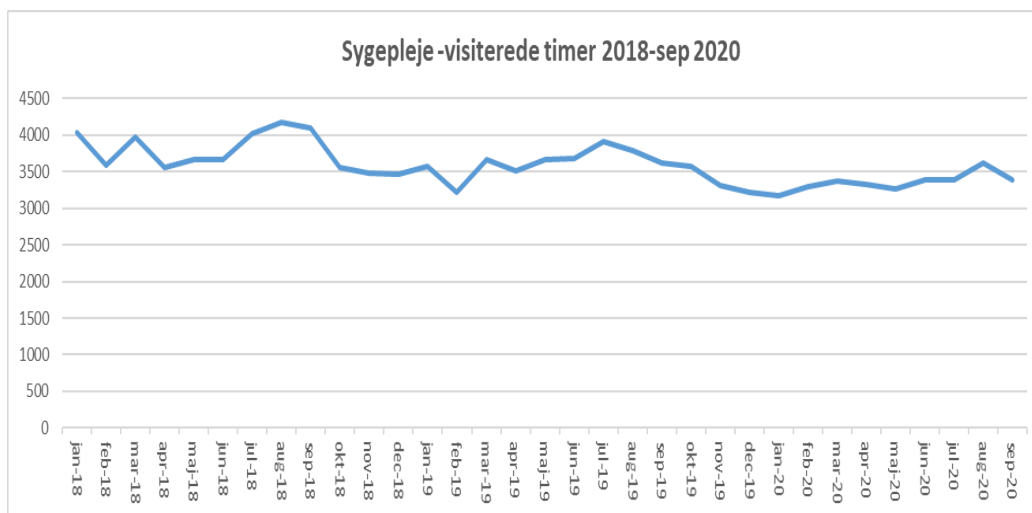
Tabel 7.3 Eksempler på styringsinformation i løbende budgetopfølgning til fagchef (ekskl. økonomidata)

Kommune	Eksempler på styringsinformation til fagchef
Favrskov	Udvikling i antal visiterede og budgetterede timer pr. dag til sygepleje Udvikling i antal visiterede timer til sygepleje og udviklingen i brugere af sygepleje
Holstebro	Udvikling i antal borgere med planlagte indsatser i hjemmesygeplejen og sygeplejeklinikkerne fordelt på udførerenhed
Næstved	Udvikling i antal visiterede timer for hele sygeplejen og fordelt på distrikter Vikarforbrug
Sønderborg	Udvikling i sygefravær fordelt på distrikter Udvikling i delegerede sygeplejedydelser Udvikling i og sammenligning af visiteret og leveret tid
Aabenraa	Udvikling i andelen af borgere, der møder i sygeplejeklinik fordelt på uger og udførerenhed Antal ATA-timer og antal borgere fordelt på dage og ruter

Boks 7.3 viser et eksempel på styringsinformation, der månedligt tilgår fagchefen i Favrskov Kommune. For hvert sygeplejedistrikt får fagchefen en opgørelse af forbruget til dags dato fordelt på forskellige løn kategorier og øvrige udgifter, disponeret budget og afvigelse fra disponeret budget, forventet forbrug resten af året samt en realiseret og forventet forbrugsprocent. Fagchefen modtager desuden forskellige oplysninger om udviklingen i aktivitetsniveauet for sygeplejen, herunder udviklingen i visiterede timer pr. dag til sygepleje månedsvis siden januar 2018.

Boks 7.3 Eksempel på styringsinformation vedrørende sygeplejen – Favrskov Kommune

Sygepleje - Favrskov Vest						
Forbrug i lønninger		Jan.	Feb.	Aug.	Sept.	til dato
Fast løn	13.077.609	938.632	883.384	824.695	0	7.481.563
Vikarer	0	8.661	20.472	0	0	54.392
Vikarbureau	0	53.734	163.044	170.226	81.580	949.705
Totale udgifter - løn og vikar		1.089.521	1.067.575	1.055.282	81.580	9.011.845
Månedens budget disponeret	13.077.609	1.023.426	1.033.429	1.104.837	1.089.163	13.077.609
Forbrugsafvigelse (- = mindreforb. og + = merforbrug)		66.096	34.146	-49.555	-1.007.584	
Akkumuleret afvigelse		66.096	100.241	133.953	-873.630	
Forbrugsprocent pr. måned		8,33	8,16	8,07	0,62	
akk. forbrugsprocent			16,49	68,29	68,91	
Forbrugsprocent - bør max være ca.		7,83	15,73	67,26	75,59	
Øvrige udgifter	Budget	Jan.	Feb.	Aug.	Sept.	Total
Øvrige personaleudgifter	14.000	584	1.317	81	0	3.230
Materialer og ydelser	15.000	0	0	0	0	89
Tjenestekørsel	35.000	3.650	3.151	0	0	9.363
Kørsel leasede biler	350.000	0	23.431	44.353	12.462	180.183
Sygeplejeartikler	622.000	25.538	15.403	33.915	19.128	301.801
Samlet budget	1.264.000					
Forbrug - øvrige udgifter		31.829	54.519	88.847	31.590	598.739
Procentforbrug øvrige udgifter til dato		0,03	6,83	44,87	47,37	
Samlet forbrug - løn og øvrige udgifter		1.121.350	1.122.093	1.144.129	113.170	9.610.584
Samlet budget - løn og øvrige udgifter		14.341.609	14.341.609	14.341.609	14.341.609	
Akkumuleret forbrug til dato - løn og øvrige		1.121.350	2.243.443	9.497.414	9.610.584	
Forbrugsprocent indtil dato		7,8	15,6	66,2	67,0	
Afvigelse forbrug og disponeret budget		-7.409	-16.669	-66.042	-1.081.327	
Akkumuleret afvigelse løn og øvrige udgifter		-7.409	-24.078	-141.565	-1.222.892	



Kilde: Favrskov Kommune.

Det gælder for de fleste af deltagerkommunerne, at den løbende budgetopfølgning til fagchefen indeholder en forholdsvis overordnet vurdering af økonomien for henholdsvis det samlede ældreområde og de forskellige budgetansvarsområder, herunder sygeplejen. Fokus er på udfordringer (fx væsentlige forventede budgetafvigelser) og opfølgning på aftaler fra forrige måneds budgetopfølgning (fx en handleplan for et distrikt). Ifølge fagcheferne er et væsentligt formål med den løbende budgetopfølgning at vurdere, om budgettet forventes overholdt, jf. regnskabsprognosen, og gøre det muligt for de ansvarlige ledere i god tid at iværksætte tiltag, der kan imødegå en eventuel kommende budgetoverskridelse.

Fagchefen kan vælge at se nærmere på udfordringer inden for det enkelte budgetansvarsområde, fx på distriktsniveau i sygeplejen. Eksempelvis kan det vise sig, at sygefraværet er steget, eller at den realiserede normering afviger fra den budgetterede. I disse tilfælde bistår økonomifunktionen typisk med særkørsler af data og uddybende analyser.

Boks 7.4 viser et eksempel på, hvordan fagchefen i Holstebro Kommune – uafhængig af den månedlige budgetopfølgning – løbende følger en række nøgletal (KPI'er) for forskellige dele af ældre- og sundhedsafdelingen. Der afholdes månedlige møder mellem fagchefen og alle områdeledere i ældre- og sundhedsafdelingen, hvor nøgletallene drøftes med hele områdeledergruppen, dvs. områdeledere for fx både hjemmepleje, sygepleje og plejecentre.

Boks 7.4 Eksempel på styringsinformation vedrørende ældreområdet til fagchef og områdeledere, herunder sygeplejen – Holstebro Kommune

I Holstebro Kommune har fagchefen månedlige møder med ældre- og sundhedsafdelingens områdeledere, herunder områdelederen af sygeplejen. På møderne drøftes udvalgte KPI'er, som afspejler strategiske pejlemærker i afdelingen. KPI'er, som drøftes, omfatter bl.a.:

- Sygeplejeklinik – antal borgere i klinik og andel borgere i klinik
- Medicindispensering – antal borgere med medicindispensering
- Sygefravær – fraværsprocent år til dato, fraværsprocent sidste måned (og sammenlignet med samme måned sidste år)
- MTO (midlertidigt ophold) Akutpladser – belægningsprocent
- Opgaver i vagten – procentdel af opgaver, der planlægges i vagten.

Kilde: Holstebro Kommune.

Budgetopfølgning til udførerledere

I dette afsnit beskrives budgetopfølgning til ledere, som er ansvarlige for den daglige drift af den udekørende sygepleje, sygeplejeklinikkerne og akutfunktionen (udførerledere). I deltagerkommuner med en områdemodel – Holstebro, Sønderborg og Aabenraa – drejer det sig om områdelederen og teamlederne, og i deltagerkommuner med en distriktsmodel – Favrskov og Næstved – angår det distriktslederne.

4 ud af 5 deltagerkommuner har en rammebaseret tildelingsmodel for sygeplejen. Kun i Næstved Kommune er sygeplejen aktivitetsfinansieret. Se også kapitel 4.

Deltagerkommuner med en rammebaseret tildelingsmodel foretager som hovedregel budgetopfølgning ved at gøre status på lønudgifter og øvrige udgifter samt foretage en vurdering af forventningen til forbruget i den resterende del af året. Sidstnævnte handler primært om prognostisering af løn til de udførende medarbejdere i sygeplejen. Indholdet af budgetopfølgningen

til udførerlederne i Aabenraa Kommune adskiller sig fra praksis i de tre øvrige deltagerkommuner med rammestyrt ved, at lønbudgettet til teamlederne er brudt ned til forholdet mellem realiseret og budgetteret normering i den udekørende sygepleje, dvs. i hvilken grad teamlederne realiserer en på forhånd udmeldt personalenormering.

Næstved Kommune har som nævnt en aktivitetsbaseret tildelingsmodel for sygepleje. Udførerlederne har derfor løbende fokus på forholdet mellem indtægter (intern afregning fra myndighedsafdelingen, hvor budgettet til sygepleje er placeret) og udgifter, da det er målet, at driften er i balance, altså at der løbende er overensstemmelse mellem indtægter og udgifter. Til sammenligning med udførerlederne i deltagerkommunerne med rammestyrt tildeling har udførerlederne i Næstved Kommune i højere grad øje for både indtægts- og udgiftssiden, da udgifterne i sygeplejen generelt (set over et år) ikke må overstige indtægterne, dvs. afregningen fra myndighed.

Fælles for deltagerkommunerne er, at budgetopfølgningen til udførerlederne typisk indeholder oplysninger om korrigeret budget, forbrug, forventet regnskab samt afvigelser i forhold til budgettet fordelt på distrikter og eventuelt underliggende enheder. I Aabenraa Kommune udarbejdes disse økonomiske nøgletal dog ikke for den enkelte teamleders område, men for den samlede sygepleje. Det hænger sammen med, at styringsgrundlaget for den enkelte teamleder primært består af oplysninger om normering, fravær og merarbejde sammenholdt med teamledernes kørelister, jf. også ovenfor. I Næstved Kommune ses der desuden løbende på afvigelsen mellem faktisk og budgetteret timepris.

Ved en budgetopfølgning kan der konstateres ubalance i driftsbudgettet, fx som følge af et aktivitetsniveau, som ikke er afstemt med den økonomiske ramme (for rammestyrede enheder), eller en produktivitet (timepris), som er lavere end det forudsatte niveau (for aktivitetsstyrede enheder). I de tilfælde afsøges der ifølge deltagerkommunerne forklaringer på ubalancen, og nødvendigheden af korrigerende handlinger drøftes og besluttet.

Et eksempel på, hvad deltagerkommuner med rammestyrt gør for at få aktivitetsniveauet til at passe med budgetrammen, stammer fra Favrskov Kommune. Her fortæller en distriktsleder i sygeplejen, at en teamleder og en sygeplejefaglig koordinator typisk gennemgår kørelister for en given uge for at identificere og fjerne uensartethed i visiterede ydelser. Eksempelvis kan det vise sig, at der er afsat den samme tidsramme til medicindosering uafhængig af, hvor mange præparater der skal doseres. Et andet eksempel er, at en sårsygeplejerske gennemgår kørelister i forhold til visitation til sårskift.

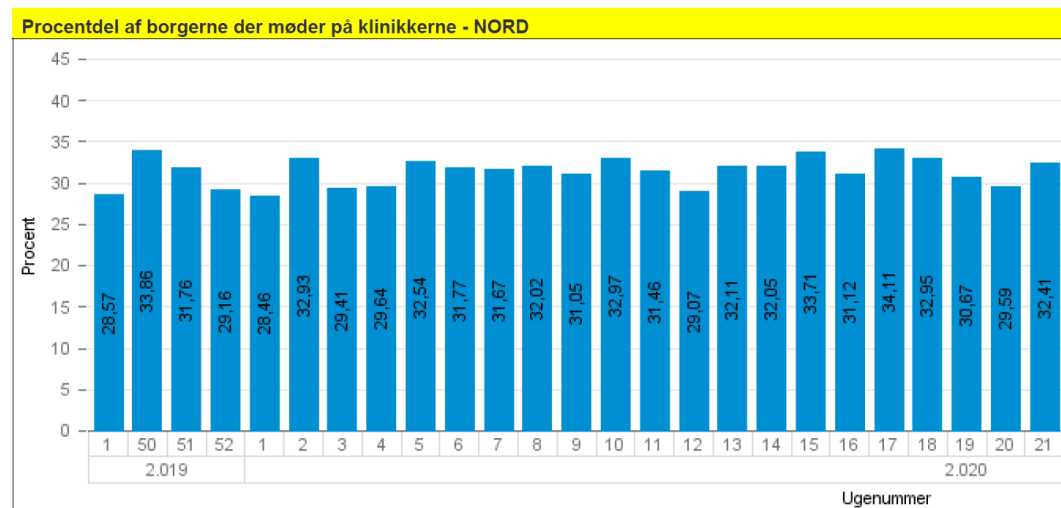
I disse tilfælde er det vigtigt, at der foretages en vurdering af, om den fundne forklaring på afvigelsen forventes at fortsætte eller ændre sig, eventuelt som følge af en justering af visitationspraksis eller driften, fx en justering af bemanningen. Ifølge de interviewede udførerledere er det både dataanalyse og erfaring, der ligger til grund for denne vurdering. I afsnit 7.4 uddybes det, hvordan deltagerkommunerne på forskellig vis arbejder med at få aktivitetsniveauet til at passe til budgetrammen eller skabe balance i driften ved udsigt til en budgetoverskridelse.

Kortlægningen viser desuden, at der er forskel på, om der indgår aktivitetsdata i selve budgetopfølgningen til udførerlederne i form af oplysninger om antal modtagere, antal visiterede timer mv. I tre deltagerkommuner – Holstebro, Sønderborg og Aabenraa – foretages der i udgangspunktet ikke opfølgning på aktivitetsdata i forbindelse med den løbende budgetopfølgning. Kommunerne anvender dog i varierende grad aktivitetsdata til at understøtte den løbende ressourcestyring, jf. afsnit 7.4. En undtagelse er i Aabenraa Kommune, hvor der i budgetopfølg-

ningen til teamlederne følges op på anvendelsen af kommunens sygeplejeklinikker og satellitklinikker. Det skyldes, at man i kommunen har sat et konkret, kvantitativt måltal for anvendelsen af sygeplejeklinik, jf. afsnit 2.3. Boks 7.5 viser et eksempel på aktivitetsdata, som anvendes i budgetopfølgningen i Aabenraa Kommune.

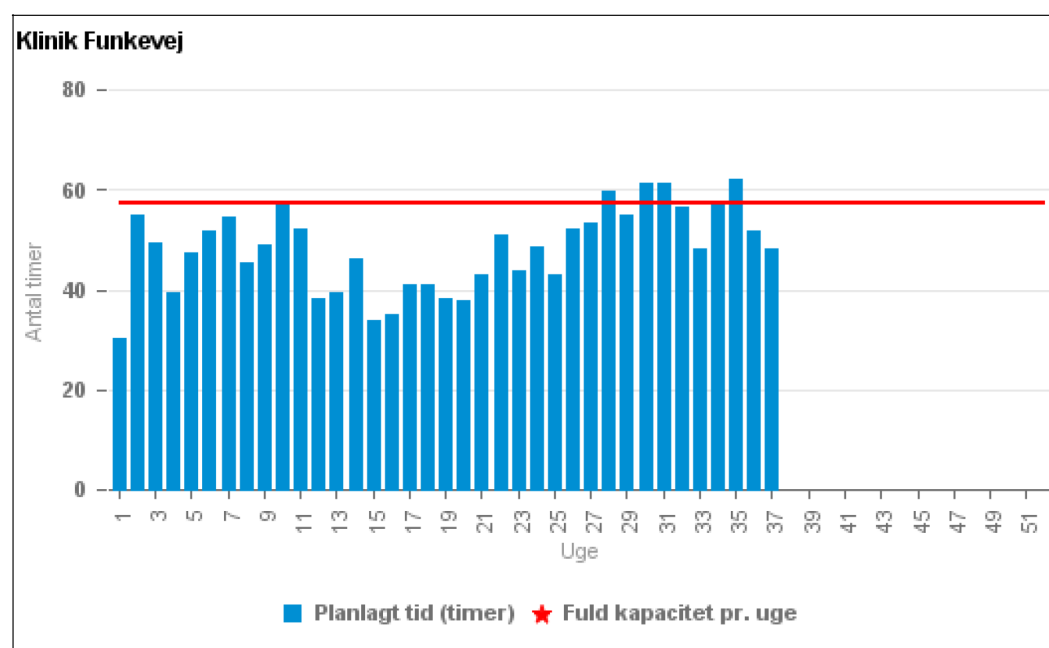
Boks 7.5 Eksempel på styringsinformation om aktivitetsdata vedrørende sygepleje i klinik – Aabenraa Kommune

Områdelederen og teamledere i sygeplejen i Aabenraa Kommune modtager hver uge tal for anvendelsen af kommunens fire sygeplejeklinikker og satellitklinikkerne. Måltallene for klinik anvendelsen indgår i ugentlige driftsledermøder og den månedlige budgetopfølgning. Grafen nedenfor er et eksempel på den styringsinformation, udførerlederne i Område Nord har adgang til. Grafen viser for hver uge, hvor stor en andel af borgerne, som modtager sygepleje i en sygepleje- eller satellitklinik. Aabenraa Kommune har et mål om, at 40 % af borgerne, som er visiteret til sygepleje, modtager sygepleje i en klinik.



Et andet eksempel på den styringsinformation, udførerledere i sygeplejen i Aabenraa Kommune modtager på ugentlig basis, fremgår af grafen nedenfor. Eksemplet vedrører den ene af kommunens fire sygeplejeklinikker (Klinik Funkevej i Rødebro). De blå søjler i grafen viser antallet af disponerede timer til sygepleje i klinikken fordelt på uger, mens den røde linje viser det gennemsnitlige, budgettede antal timer til sygepleje pr. uge i klinikken. Forskellen mellem den blå søjle og den røde linje viser altså afvigelsen mellem planlagte og forventede antal timer til sygepleje i klinik.

Boks 7.5 Eksempel på styringsinformation om aktivitetsdata vedrørende sygepleje i klinik – Aabenraa Kommune



Kilde: Aabenraa Kommune.

Selvom aktivitetsdata for nuværende ikke indgår i selve budgetopfølgningen til udførerlederne i sygeplejen i Holstebro, Sønderborg og Aabenraa Kommuner, arbejdes der i alle tre kommuner på at kunne koble viden om aktiviteter i sygeplejen til udgifterne på området for at kunne drøfte, vurdere og dokumentere, hvor meget – og evt. hvilken type – sygeplejefaglig aktivitet der produceres inden for den tildelte økonomiske ramme, og dermed understøtte aktivitetsbaseret økonomisk styring.

I Favrskov Kommune, som også rammestyrer sygeplejeområdet, modtager distriktslederne hver måned en opgørelse af antallet af visiterede sygeplejetimer samlet set for distriktet og fordelt på teams. Disse oplysninger er en fast del af de månedlige rapporter, som økonomikonsulenten på området udarbejder, og distriktslederne drøfter oplysningerne med egne udførerledere på månedlige møder. Distriktslederne kan desuden selv trække yderligere, relevante oplysninger om aktivitetsniveauet og -udviklingen fra kommunens omsorgssystem via et ledelsesinformationssystem. Se også afsnit 7.4.

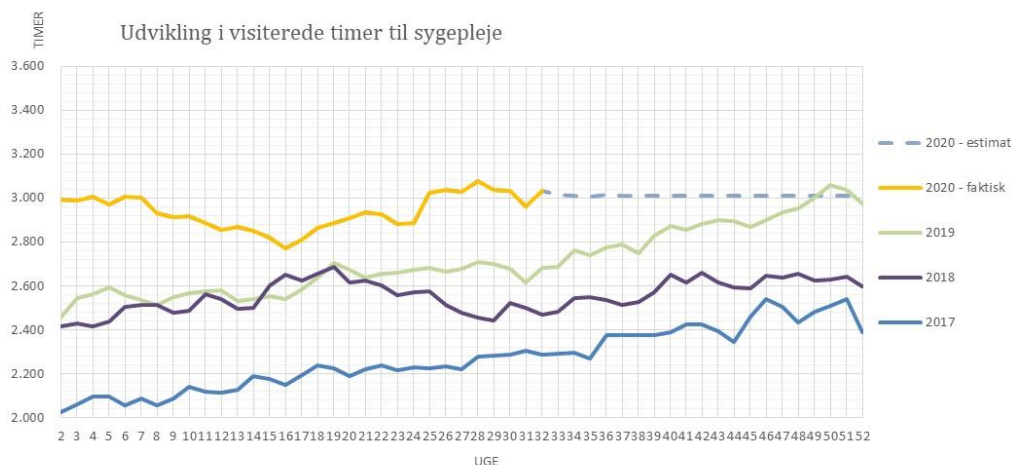
Favrskov Kommune giver samtidig udtryk for, at der eksisterer et forbedringspotentiale i forhold til registrering og brug af aktivitetsdata på sygeplejeområdet. Udover bedre registrering af tid, der bruges på akut opståede opgaver hos borgere (kaldet akutydelser), er man i øjeblikket i færd med at udvikle en metode til at opgøre forbruget af ydelser på kommunens sygeplejeklinikker. Sidstnævnte er i gang med at blive udviklet og skal ses i sammenhæng med, at man politisk i Favrskov Kommune har truffet beslutning om at sætte mål for og følge op på levering af sygepleje i klinik.

I Næstved Kommune sker der en tæt opfølgning på niveauet for og udviklingen i aktiviteter, fx udviklingen i antal visiterede ydelser. Det skyldes, at sygeplejen afregnes efter aktiviteter, jf. kapitel 4, og at antallet af aktiviteter – sammen med timeprisen – således udgør det indtægts-

grundlag, som udgifterne løbende skal afstemmes med. Forud for de månedlige budgetopfølgingsmøder mellem fagchefen og den enkelte distriktsleder udarbejder en økonomikonsulent en opgørelse af antallet af visiterede timer til og modtagere af sygepleje samlet set og fordelt på uger. Ud over udviklingen i antal visiterede timer og modtagere udarbejdes der et estimat over det forventede antal visiterede timer til sygepleje for den resterende del af året. Boks 7.6 viser som eksempel herpå, hvilke oplysninger distriktslederne i Næstved Kommune modtager og anvender i den løbende budgetopfølgning. Foruden disse aktivitetsdata, som Næstved Kommune anvender i budgetopfølgningen, har kommunen også arbejdet med at anvende aktivitetsdata til at følge udviklingen i borgernes behov og kompleksitet ved at opgøre antallet af borgere, der over tid modtager mindst fire forskellige sygeplejeindsatser samtidigt.

Boks 7.6 Eksempel på styringsinformation til distriktsledere i sygeplejen – Næstved Kommune

Figuren nedenfor viser udviklingen i visiterede sygeplejetimer i 2017-2019 samt 2020 (til og med uge 32). Den stiplede linje viser den forventede udvikling i antal visiterede timer i den resterende del af 2020.



Kilde: Næstved Kommune.

Ud over økonomidata – og til dels aktivitetsdata – viser kortlægningen, at der i deltagerkommunerne følges tæt op på løn- og personaledata samt fraværdata. Løndata udgøres typisk af oplysninger om samlede lønudgifter og lønudgifter fordelt på relevante lønkategorier såsom ferieudbetaling, mer-/overarbejde og løn til eksterne vikarer, mens personaledata omhandler oplysninger om fx antal ansatte og antal fuldtidsstillinger evt. fordelt på stillingskategorier. Fraværdata kan være oplysninger om antallet af sygefraværdsdage, sygefraværdsprocent mv.

Styringsinformation om lønudgifter udarbejdes typisk af økonomifunktionen, om end udførerlederne har mulighed for selv at lave lønudtræk fra kommunens økonomi- og lønsystemer. Ifølge deltagerkommunerne understøtter en nedbrydning af og løbende opfølgning på lønudgifter i sygeplejen ressourcestyningen samt muligheden for at identificere årsager til en eventuel afvigelse fra budgetrammen (for rammestyrede kommuner) eller ubalance i driften (for aktivitetsstyrede kommuner) og på den baggrund foretage korrigerende handlinger. Eksempelvis giver en løbende opfølgning på lønoplysninger mulighed for i god tid at bede medarbejdere om at afspadsere, så mer-/overarbejde ikke skal udbetales. I Sønderborg Kommune modtager udførerlederne i sygeplejen månedligt en lønopfølgingsrapport, som indeholder oplysninger om

lønforbrug, lønbudget og forbrugsprocent for alle sygeplejedistrikter, jf. Boks 7.7. Ifølge kommunen er disse løndata en vigtig del af grundlaget for de månedlige budgetopfølgingsmøder mellem fagchefen/områdelederen, teamlederne og økonomifunktionen (se Tabel 7.1).

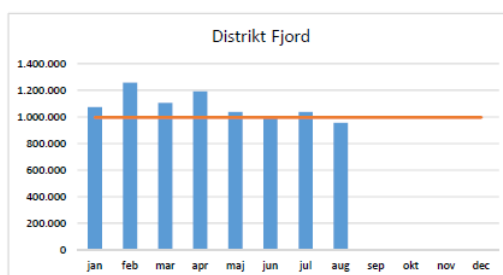
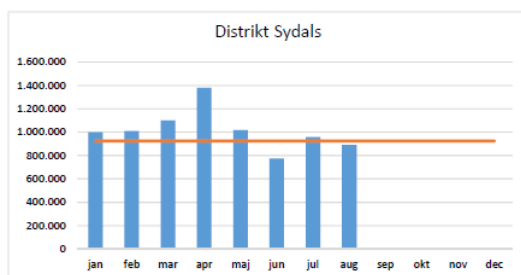
Boks 7.7 Eksempel på styringsinformation om løndata – Sønderborg Kommune

Lønopfølgning - sygeplejen

ekskl. befordring

Forbrug incl. manglende refusion	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	i alt
Hjemmesygeplejen Akutteam	571.719	575.410	557.082	717.424	627.423	579.475	562.239	572.823	0	0	0	0	4.763.597
Hjemmesygeplejen distrikt Fjord	1.072.932	1.257.185	1.103.016	1.189.601	1.036.050	1.004.842	1.035.967	954.752	0	0	0	0	8.654.345
Hjemmesygeplejen distrikt Alsund	975.185	987.030	1.032.288	1.225.621	1.006.470	764.214	900.085	897.579	0	0	0	0	7.788.471
Hjemmesygeplejen distrikt Nørdals	1.082.085	1.003.396	1.209.407	1.219.940	1.119.600	1.023.065	1.117.304	1.065.520	0	0	0	0	8.840.317
Hjemmesygeplejen distrikt Sydals	997.406	1.008.540	1.098.417	1.378.712	1.016.822	775.095	957.247	889.530	0	0	0	0	8.121.769
Hjemmesygeplejen fælles område	406.721	406.721	406.721	504.212	430.967	469.336	456.903	347.591	0	0	0	0	3.429.172
I alt	5.106.049	5.238.282	5.406.930	6.235.510	5.237.332	4.616.027	5.029.745	4.727.795	0	0	0	0	41.597.671

Budget	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	i alt	forbrugs%
Hjemmesygeplejen Akutteam	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	555.750	6.668.996	71,43%
Hjemmesygeplejen distrikt Fjord	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	996.853	11.962.235	72,35%
Hjemmesygeplejen distrikt Alsund	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	933.102	11.197.220	69,56%
Hjemmesygeplejen distrikt Nørdals	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	1.058.161	12.697.927	69,62%
Hjemmesygeplejen distrikt Sydals	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	925.761	11.109.132	73,11%
Hjemmesygeplejen fælles område	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	426.161	5.113.931	67,06%
I alt	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	4.895.787	58.749.441	70,81%



Hjemmesygeplejen distrikt Fjord	Arbejdstidsbest.tillæg	88.212	56.398	55.174	63.334	68.425	71.690	54.903	60.861	518.997
Fast løn	961.555	1.045.022	977.623	957.087	988.050	966.291	995.110	951.912	7.842.651	
Feriepenge	409	64.758	79.538	168.600	41.334	80.728	-28.493	54.228	461.101	
Mer-/overarbejde	37.563	57.611	49.962	29.463	49.753	31.456	58.097	78.150	392.056	
Refusion	-14.807	-14.107	-59.282	-28.883	-111.512	-145.323	-48.955	-75.900	-498.768	
Øvrig		47.504					5.305		52.809	
Hjemmesygeplejen distrikt Fjord Total		1.072.932	1.257.185	1.103.016	1.189.601	1.036.050	1.004.842	1.035.967	1.069.252	8.768.845

Kilde: Sønderborg Kommune.

Et andet eksempel på anvendelsen af lønoplysninger stammer fra Favrskov Kommune, hvor udførerlederne følger med i fordelingen af lønudgifter til henholdsvis det faste sygeplejepersonale og eksterne vikarer. I kommunen arbejder man med en grundregel om, at mindst 80 % af lønudgifterne skal gå til fastansatte og maksimalt 20 % til eksterne vikarer. Såfremt mere end 20 % af lønudgifterne (i en periode) går til eksterne vikarer, kan det ifølge kommunen indikere, at økonomien på området skrider. Også Næstved Kommune arbejder med en sådan form for ansættelsesbrøk, hvor distriktslederne som hovedregel ansætter fast personale op til 85 % af de visiterede timer. Næstved Kommune oplyser samtidig, at man har sat denne ansættelsesbrøk op til mellem 85 og 90 % på området, efter at man er stoppet med at anvende eksterne vikarer.

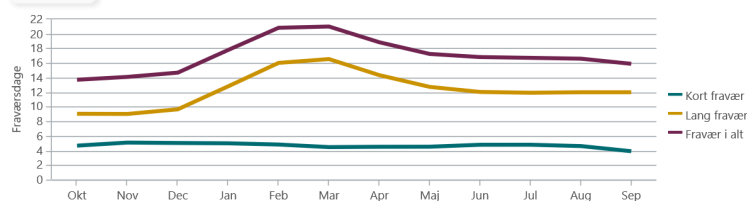
Deltagerkommunerne foretager desuden tæt, løbende opfølgning på de udførende medarbejderes fravær som følge af sygdom, ferie, barsel mv. Fraværsoplysninger produceres af økonomifunktionen eller trækkes af udførerlederne selv fra økonomisystemet. Eksempelvis indeholder styringsinformationen til udførerlederne i Favrskov og Sønderborg Kommuner antallet af fraværssdage pr. medarbejder samlet set og fordelt på distrikter. Boks 7.8 viser et eksempel på fraværssdata til brug i budgetopfølgningen i sygeplejen i Favrskov Kommune.

Boks 7.8 Eksempel på styringsinformation om fraværdata vedrørende sygeplejen – Favrskov Kommune

Sygefravær

Forside / Personale / Sygefravær

Sygedage pr. medarbejder 12 mdr. gns.

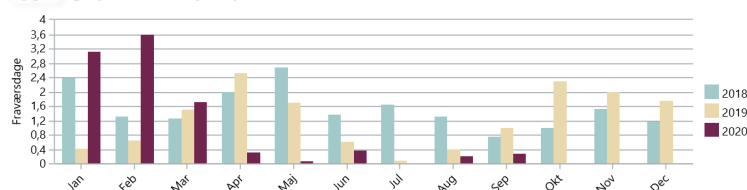


Sygedage pr. ansat seneste 12 mdr.

15,9 dage

6,1 %

Sygedage pr. medarbejder pr. måned



Sygedage pr. ansat forrige 12 mdr.

12,5 dage

4,8 %



Fravær pr. medarbejder

Sygefravær inkl. sygt barn

Vejledning til fravær

Benchmark

Kilde: Favrskov Kommune.

Et fællestræk ved deltagerkommunernes budgetopfølgingspraksis er, at løndata og fraværdata især anvendes til løbende at have fokus på (årsager til) fravær, få nedbragt forbruget af eksterne vikarer og sikre hjemtagning af refusion af løn udbetalt under fravær (fx sygdom og barsel). Deltagerkommunerne giver udtryk for, at budgetopfølgningen med udførerlederne om disse delelementer af sygeplejen er understøttende for økonomistyringen i forhold til, at regnskabet løbende prognosticeres så præcist som muligt, at eventuelle udfordringer for budgetoverholdelse påpeges så tidligt som muligt, og at der i tide findes løsninger herpå.

7.3.2 Vurdering

Det er VIVEs vurdering ud fra deltagerkommunernes praksis, at det er væsentligt for ressourcestyringen, at der som grundlag for den løbende budgetopfølgning til fagchefen gives en status på forbruget og en eventuel forventet afvigelse fra budgettet, og at der udarbejdes pålidelige prognoser for forventet regnskab. Prognoserne bygger især på opdateret viden om forventninger til aktiviteter og lønforbrug. Pålidelige regnskabsprognoser understøtter muligheden for i god tid at iværksætte tiltag, der kan imødegå en eventuel kommende budgetoverskridelse.

I forhold til styringen af driftsbudgetterne i sygeplejen vurderer VIVE ud fra deltagerkommunernes praksis, at det er væsentligt, at udførerlederne løbende har et opdateret overblik over økonomien. For udførerledere i kommuner med en rammebaseret tildelingsmodel handler det om løbende at følge allerede realiserede udgifter, fx i form af en forbrugsprocent eller en afvigelse fra budgettet, og forventninger til udgifter i den resterende del af året, fx regnskabsprognose, aktivitets- og lønprognoser samt forventede forbrugsprocenter. For udførerledere i aktivitetsstyrede kommuner gælder det om at have overblik over såvel afholdte og forventede udgifter som realiserede og forventede indtægter (afregningen fra myndighed) med henblik på at sikre balance i driften.

Analysen peger endvidere på, at kommunerne med fordel kan inddrage øvrige datatyper i budgetopfølgningen for at understøtte både ressourcestyring og aktivitetsbaseret økonomistyring. Således kan budgetopfølgningen med fordel bygge på data om niveauet for og udviklingen i antal visiterede ydelser og timer, antal modtagere mv. samt oplysninger om lønudgifter og fravær for de udførende medarbejdere i sygeplejen. Se også afsnit 7.4 om anvendelse af aktivitetsdata i den løbende ressourcestyring. Nogle af deltagerkommunerne peger desuden på behovet for at inddrage data om faglige resultater, dvs. data, som viser noget om borgerens udbytte af indsatsen, og borgerens behov for sygepleje i budgetopfølgningen. Ifølge kommunerne mangler der bl.a. viden om og dokumentation for, hvad man får for pengene på sygeplejeområdet, og hvad der driver udgiftsudviklingen.

Endelig peger deltagerkommunernes erfaringer på, at det kan være en fordel at overveje, hvilke informationer der er nødvendige for forskellige aktører på området for at skabe overblik og understøtte det løbende behov for styring og prioritering. Det er på den baggrund VIVEs vurdering, at den styringsinformation, der produceres på området, med fordel kan være målrettet den enkelte chef eller leders budgetansvarsområde og styringsbehov.

7.4 Løbende ressourcestyring

I dette afsnit afdækkes og vurderes deltagerkommunernes anvendelse af data om aktiviteter i den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Den løbende ressourcestyring sker typisk i driften og er et supplement til de fastlagte budgetopfølgninger, som blev behandlet i afsnit 7.2 og 7.3.

7.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Kortlægningen viser, at der er forskel på, i hvilket omfang de fem deltagerkommuner anvender aktivitetsdata i deres ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Alle deltagerkommuner fremhæver dog behovet og potentialet for, at den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje informeres af aktivitetsdata. Figur 7.1 indplacerer de fem kommuner i forhold til deres ressourcetildelingsmodel for sygeplejen og en indikation af omfanget af anvendelsen af aktivitetsdata i den løbende ressourcestyring.

Figur 7.1 Ressourcetildelingsmodel og brug af aktivitetsdata i den løbende ressourcestyring af udekørende sygepleje i deltagerkommunerne



Kilde: VIVE.

Selvom Sønderborg og Aabenraa Kommuner producerer en betydelig mængde aktivitetsdata, anvendes data endnu ikke i stort omfang i den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Aabenraa Kommune har eksempelvis ikke haft tilstrækkelig tillid til deres datagrundlag til at realisere en aktivitetsbaseret tildeling, jf. også afsnit 4.3. Sønderborg Kommune har endnu kun i mindre omfang integreret deres aktivitetsdata i ressourcestyringen i driften, men har til gengæld målrettet aktivitetsdata til det politiske udvalg, der følger tæt med i udviklingen i antal timer og borgere på sygeplejeområdet.

Favrskov og Holstebro Kommuner ser ud til at være kommet længere med brugen af aktivitetsdata i den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. For begge kommuner gælder det, at både de budgetansvarlige ledere på niveau 2 og 3 hyppigt anvender aktivitetsdata i ressourcestyringen. Dette sker både ved, at de løbende får stillet aktivitetsrapporter til rådighed, og ved at de selv trækker de relevante digitale aktivitetsrapporter, fx vedrørende antal visiterede eller planlagte timer, antal borgere og udviklingen i sygeplejeindsatser. I både Favrskov og Holstebro Kommuner er det opdelingen af indsatser i Fælles Sprog III, der ligger til grund for organiseringen af aktivitetsdata. I Holstebro Kommune nævnes de seneste års satsning på at anvende aktivitetsdata i den udekørende sygepleje i den sammenhæng som en vigtig drivkraft i forbedringen af de økonomiske resultater på sygeplejeområdet. I Figur 7.2 ses et eksempel på en aktivitetsrapport, som de faglige ledere i Holstebro Kommune selv kan trække, i form af det ugentlige antal borgere med sygeplejeindsatser fordelt på sygeplejen og hjemmeplejen. Det er muligt at trække aktivitetsrapporter på fx borgere, timer og indsatser i den udekørende sygepleje.

Figur 7.2 Eksempel på aktivitetsdata anvendt af udførerledere i ressourcestyringen af den udekørende sygepleje – Holstebro Kommune

BORGERE/TIMER | **UDELEGERET SYGEPLEJE** | NYE/AFSLUTTEDE | SYGEPLEJEKLINIKKER | INDSATSER | HENVENDELSER | PROJEKTER | CPR-OPSLAG

Udd. sygepleje timer Udd. sygepleje borgere Udd. sygepleje indsatser Delegeringsgrad

UDVIKLING og DELEGERINGSGRAD: VISITEREDE BORGERE SIDSTE 12 MÅNEDER		20-23	2020-24	2020-25	2020-26	2020-27	2020-28	2020-29	2020-30	2020-31	2020-32	2020-33	2020-34	2020-35	2020-36	2020-37	2020-38	2020-39	2020-40	2020-41	2020-42	2020-43	2020-44
Sygepleje	Udd. sygepleje	697	693	692	701	706	699	694	681	677	662	690	696	702	701	693	696	699	716	730	720	736	738
	Sygepleje	1.047	1.044	1.025	1.040	1.030	1.030	1.025	1.013	1.023	1.026	1.057	1.052	1.070	1.066	1.057	1.048	1.042	1.051	1.064	1.077	1.069	1.076
Delegeringsgrad		39,97%	39,90%	40,30%	40,26%	40,67%	40,43%	40,37%	40,20%	39,82%	39,93%	39,50%	39,82%	39,62%	39,67%	39,60%	39,91%	40,15%	40,59%	40,69%	40,07%	40,84%	40,68%

Kilde: Holstebro Kommune.

Som den eneste af deltagerkommunerne følger Næstved Kommune op på ATA-tid og timepris. Det hænger bl.a. sammen med, at Næstved Kommune har en aktivitetsbaseret tildelingsmodel. Tabel 7.4 viser et eksempel på data til de budgetansvarlige distriktsledere om den leverede produktivitet udtrykt ved den realiserede timepris og de udgiftsdrivere, som påvirker timeprisen i form af ATA-tid og vikarforbrug. Det skal bemærkes, at den udekørende sygepleje i Næstved Kommune kun udgør en delmængde af tallene i Tabel 7.4, da de viste tal inkluderer alle kommunens inde- og udeteams, dvs. også hjemmepleje og plejeboliger.

Tabel 7.4 Eksempel på anvendelsen af data om aktiviteter og produktivitet – Næstved Kommune

	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni
FORVENTET MERFORBRUG (kr.)	1.355.194	1.365.506	1.004.040	1.022.276	677.266	329.952
Visiterede timer pr. uge	4.888	4.866	4.907	4.927	4.927	4.949
Realiseret timepris	446	426	405	416	417	414
Realiseret Øko ATA-tid	52,7	53,5	54,7	55,8	55,6	56,1
Vikarforbrug (stillinger)	6,8	6,2	5,2	3,8	3,0	2,6

Note: Konkret beregner Næstved Kommune den realiserede ATA-tid ved at dividere de visiterede timer (i en given tidsperiode) med forbruget af stillinger udtrykt i timer (både forbrug af faste stillinger og vikarer). Dette forholdstal, omregnet til procent, udtrykker således, hvor stor en andel af medarbejdernes tid, som går med at levere de visiterede timer.

Kilde: Næstved Kommune

Uanset tildelingsmodel fremhæver alle deltagerkommuner behovet og potentialet for, at den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje informeres af aktivitetsdata. Deltagerkommunerne giver en række eksempler på, at aktivitetsdata kan bidrage til at forbedre den løbende ressourcestyring af deres udekørende sygepleje og hjælpe med at identificere korrigerende handlinger, hvis der forventes et merforbrug. Eksempelvis peger kommunerne på et potentiale i at kunne følge produktiviteten og dermed identificere travle og mindre travle perioder for løbende at tilpasse sygeplejens personaleressourcer både samlet og på tværs af udførerenheder. Derudover nævnes det, at aktivitetsdata kan understøtte den økonomiske styring af den udekørende sygepleje ved at muliggøre en løbende stillingtagen til udviklingen i forskellige sygeplejeindsatser, fx 'almindelige' og overdragede sygeplejeydelser. Desuden ser de rammestyrede kommuner et potentiale for, at aktivitetsdata kan give et bedre grundlag for drøftelser om rammens størrelse samt den reelle udvikling i arbejdsbyrde i sygeplejen og kompleksiteten i ydelserne. Se også afsnit 7.5 om korrigerende handlinger i tilfælde af forventet merforbrug.

7.4.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at der er forskel på, i hvilket omfang de fem deltagerkommuner anvender aktivitetsdata i deres ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Alle deltagerkommuner fremhæver dog behovet og potentialet for, at den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje informeres af aktivitetsdata. Det er på den baggrund VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan anvende relevante og målrettede data om aktiviteter og produktivitet i den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Det kan bidrage til at opnå budgetoverholdelse samt til at understøtte arbejdet for at opnå en høj produktivitet. Det gælder både i kommuner med en rammebaseret og kommuner med en aktivitetsbaseret tildelingsmodel.

7.5 Afvigeforklaringer og korrigerende handlinger

7.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Kortlægningen viser, at alle deltagerkommunerne har enten formaliserede krav om eller fast praksis for at udarbejde afvigeforklaringer, dvs. beskrivelser af årsager til, at regnskabet ifølge prognosen forventes at ville afvige fra budgettet. I de forskellige sygeplejeenheder vil der ofte være fokus på årsager til, at udgifterne forventes at overstige rammebudgettet (for rammestyrede enheder) eller de forventede indtægter (for aktivitetsstyrede enheder). En afvigeforklaring kan fx være, at aktivitetsniveauet i sygeplejen ligger over det i budgetrammen forudsatte (for

rammestyrede enheder), eller at antallet af visiterede timer ligger under det forventede (for kommuner med aktivitetsstyret sygepleje).

I alle deltagerkommuner skal afvigeforklaringer i udgangspunktet ledsages af aftaler om, hvilke korrigerende tiltag den ansvarlige udførerleder vil iværksætte for alligevel at overholde budgettet eller for at mindske den forventede overskridelse. Aftaler om korrigerende handlinger beror i de fleste deltagerkommuner på en konkret vurdering fra sag til sag. Der indgås i nogle tilfælde, især i forbindelse med budgetopfølgning til politikere eller direktion, formaliserede aftaler med den budgetansvarlige leder, fx i form af egentlige, nedskrevne handleplaner. Typisk er der i den løbende administrative budgetopfølgning tale om mundtlige aftaler om justeringer i praksis. Ved interviewene med deltagerkommunerne fremkom en række eksempler på korrigerende handlinger for at imødegå en forventet overskridelse af budgettet på sygeplejeområdet, jf. Boks 7.9.

Boks 7.9 Eksempler på korrigerende handlinger ved forventet budgetoverskridelse

Tilpasning af personaleressourcer

Alle deltagerkommuner peger på reduktion af personaleressourcer som en måde, hvorpå det er muligt at imødegå en forventet budgetoverskridelse. Sådanne tilpasninger udmøntes ved en nednormering af personalet, men kan også ske ved genbesættelse af en ledig stilling på ændrede vilkår, fx deltidsansættelse i stedet for fuldtidsansættelse.

Overdragelse af sygepleje til hjemmeplejen

Ved at overdrage udførelsen af visse sygeplejeydelser til personalet i hjemmeplejen – og under forudsætning af at retningslinjer for fordeling af sygeplejeydelser på forskellige medarbejdergrupper følges – er det muligt at løse opgaver på laveste effektive omkostningsniveau. Det kan understøtte ressourcestyringen og forbedre produktiviteten i leveringen af sygeplejen.

Brug af hjælpemidler og velfærdsteknologi

Mange deltagerkommuner giver eksempler på, hvordan hjælpemidler og velfærdsteknologi er taget i anvendelse i sygeplejen af forskellige årsager, herunder at udnytte personaleressourcerne bedst muligt. Eksempelvis fortæller flere af deltagerkommunerne, at borgere, som er blevet vurderet egnede, er blevet introduceret til et medicinhuskesystem, som påminder dem om at tage deres medicin til rette tid. Herved frigøres der personaleressourcer til andre sygeplejeopgaver.

Ændring af egne eller samarbejdspartneres arbejdsgange

Nogle af deltagerkommunerne peger på, at ændringer af egne eller samarbejdspartneres arbejdsgange kan bidrage til budgetoverholdelse eller mindske den forventede overskridelse af budgettet. Eksempelvis peger nogle kommuner på, at dosisdispenseret eller dosispakket medicin kan frigøre personaleressourcer til andre sygeplejeopgaver, såfremt det er muligt at indgå aftale med ordinerende læge herom.

Nedprioritering af ikke-kritiske aktiviteter

Alle deltagerkommuner peger på at udsættelse af ikke-kritiske aktiviteter såsom funktionsdage, undervisning, møder, planlagt opfølgning, projekter mv. kan understøtte ressourcestyringen ved, at fokus holdes på udførelse af kerneopgaver.

Vurdering af mulige korrigerende handlinger sker ofte på baggrund af styringsinformation og dataanalyse samt i dialog mellem den ansvarlige udførerleder, eventuelt dennes leder samt udførerledere i det underliggende ledelsesniveau og økonomikonsulenten på området. Eksempelvis er der i Favrskov Kommune fast praksis for, at økonomikonsulenten som led i den månedlige budgetopfølgning sender en opgørelse til distriktslederne med en markering af even-

tuelle udviklinger eller forventede merforbrug, de skal være opmærksomme på. På den baggrund drøftes og vurderes mulige korrigerende handlinger på månedlige budgetopfølgingsmøder mellem den enkelte distriktsleder og underliggende udførerledere.

Det er desuden fælles for deltagerkommunerne, at økonomifunktionen – ofte på opfordring af udførerlederne – understøtter dialogen og vurdering af mulige handlinger via særkørsler af data og uddybende analyser. Det understreges dog, at økonomifunktionen ikke er en del af beslutningsprocessen om, hvilke tiltag som skal føres ud i livet. Det er ifølge kommunerne et anliggende for den ansvarlige udførerleder, eventuelt efter aftale med dennes leder.

7.5.2 Vurdering

På baggrund af deltagerkommunernes erfaringer vurderer VIVE, at det er væsentligt, at man indfører og håndhæver krav om afvigeforklaringer samt drøfter og aftaler eventuelle korrigerende handlinger, hvis der forventes en overskridelse af et rammebudget eller et underskud på driften. Alle fem deltagerkommuner har således i dag fast praksis for afvigeforklaringer og løbende vurdering af behovet for korrigerende tiltag til imødegåelse af forventede rammebudgetoverskridelser eller underskud. Kortlægningen viser desuden, at der findes forskellige tiltag, kommunerne kan iværksætte for at imødegå en mulig overskridelse af budgettet. Fast brug af afvigeforklaringer og overvejelser om korrigerende tiltag ved forventet merforbrug vurderes således at kunne understøtte ressourcestyringen og det løbende fokus på justering af den faglige praksis.

Litteratur

- Dalsgaard, C.T., Lemvigh, K. & Panduro, B. (2019): *Det specialiserede voksenområde. Inspiration til den økonomiske styring*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C.T., Lemvigh, K. & Kjærgaard, M. (2020a): *Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb. Inspiration til kommunerne*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Dalsgaard, C.T., Thau, M. & Kjærgaard, M. (2020b): *Kommunernes brug af demografimodeler på ældreområdet: Kortlægning af brugen af demografimodeller i kommunernes budgetlægning på ældreområdet, budget 2020*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Danmarks Statistik (2018): *Markant flere ældre i fremtiden. 8. maj 2018, Nr. 180*. København: Danmarks Statistik.
- Elm-Larsen, R. (2013): *Forvaltningsrevision: Begreb, Teori og Proces*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Favrskov Kommune (2020): *Kvalitetsstandard 2021: Ældre og Sundhed*. Hinnerup: Favrskov Kommune.
- Houlberg, K. (2014). David og Goliat i kassen før lukketid - danske kommuners likviditets- og gældsudvikling op til kommunesammenlægningerne i 2007. *Politica*, 46(2), 237-257.
- Houlberg, K., Andersen, M.M.Q. & Jordan, A.L.T. (2018): *ECO Nøgletal: Teknisk vejledning 2018*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kammeradvokaten (2018): *Notat om egenbetaling ved ophold på de kommunale akutpladser*. København: Kammeradvokaten.
- Kjærgaard, M., Panduro, B., Nørgaard, E., Houlberg, K. & Pedersen, N.J.M. (2017): *Kommunernes økonomistyring 2016: En afdækning af kommunernes økonomiske resultater og økonomistyringspraksis*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Kjærgaard, M., Dalsgaard, C.T., Panduro, B. & Lemvigh, K. (2018): *Økonomistyring af tværgående løsninger: Inspiration til kommunernes økonomistyring af tværgående løsninger målrettet udsatte familier*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- KL (2009): *Styringsudfordringer og –anbefalinger*. København: KL.
- KL (2010): *Baggrundsnotat. Dokumentation og styring af hjemmesygepleje*. København: KL.
- KL (2014a): *Inspirationsnotat: Styring af hjemmesygeplejen*. København: KL.
- KL (2014b): *God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*. København: KL.
- KL & Sundhedskartellet (2011): *Fremtidens hjemmesygepleje: Udfordringsrapport*. København: KL.
- KOSU (2015): *Kortlægning af akutfunktioner og midlertidige pladstilbud i de midtjyske kommuner*. Viborg: Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat i Midtjylland.

- Nørgaard, E., Kollin, M.S. & Panduro, B. (2018a): *Specialundervisning på folkeskoleområdet: Inspiration til den økonomiske styring*. København: VIVE– Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Nørgaard, E., Kollin, M.S., Panduro, B., Kloppenborg, H.S. & Hansen, M.B. (2018b): *Inspiration til økonomisk og faglig styring på det specialiserede børn og unge-område*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2006): *Vejledning om hjemmesygepleje (VEJ nr 102 af 11/12/2006)*.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019): *Sundheds- og ældreøkonomisk analyse*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2017): *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen: Krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sygeplejersken (2017): *Hvad hvis borgeren ikke vil eller kan? Sygeplejersken, 117(5), 29-31*.
- Sønderborg Kommune (2020): *Sygepleje. Kvalitetsstandard*. Sønderborg: Sønderborg Kommune.
- Topholm, E.H.-E. & Buch, M.S. (2021): *Hvorfor ved vi ikke mere om fordele og ulemper ved integreret og adskilt hjemmesygepleje?* København: Kommunal Sundhed.
- Vinge, S. (2020): *Temamøde om det kommunale sundhedsområde: Opgaven, formålet, og sammenhængen mellem forskellige indsatser i kommunerne*. Oplæg d. 19. november 2020. Helsingør: Gribskov Kommune.
- Vinge, S., Buch, M.S. & Kjellberg, P.K. (2021): *Det kommunale akutområde: Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vinge, S. & Topholm, E.H.-E. (2021): *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne: En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Links:

- Holstebro Kommune (2021): *Sygeplejeklinikkerne*. Link: <https://www.holstebro.dk/borger/sundhed-og-forebyggelse/hjaelp-i-din-hverdag/sygeplejeklinikkerne>. Tilgået den 24. september 2021.
- Kommunal Sundhed (2019): *Så meget tjener kommunalt sundhedspersonale*. Link: <https://kommunalsundhed.dk/saa-meget-tjener-kommunalt-sundhedspersonale/>. Tilgået den 24. september 2021.
- Region Syddanmark (2021): *Grundprincipper*. Link: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm258066>. Tilgået den 24. september 2021.
- Sundhedsdatastyrelsen (2021): *Dosisdispensering*. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/dosis%20>. Tilgået den 24. september 2021.

Bilag 1 Uddybende om analysedesign, metode og data

I det følgende uddybes først analysens genstandsfelt, hvorefter der gøres rede for udvælgelsen af kommuner til deltagelse i analysen. Endelig beskrives analysens datagrundlag og metode.

Analysens genstandsfelt

Kommunal sygepleje

Kommunal sygepleje defineres i denne analyse ved ydelser efter sundhedslovens (SUL) § 138. Disse sygeplejeydelser leveres typisk af forskellige organisatoriske enheder i den enkelte kommune, herunder fx den udekørende sygepleje, sygeplejeklinikker, hjemmeplejen, akutteam, akutpladser, øvrige midlertidige pladser og plejecentre. Analysen fokuserer specifikt på den kommunale sygepleje, som leveres af den udekørende sygepleje, hjemmeplejen (overdragede sygeplejeydelser), kommunale akutfunktioner og sygeplejeklinikker.

SUL § 138 indebærer, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen. Formålet med kommunal sygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. Borgere henvises typisk til kommunal sygepleje via sygehuse og praktiserende læger, via egen eller pårørendes henvendelse eller via kommunalt personale fx i hjemmeplejen⁶³. I praksis vil kommunale sygeplejeopgaver fx vedrøre almene sygeplejeopgaver (medicin håndtering, væsketerapi, sårbehandling mv.), at være tovholder i patientforløb og at arbejde med tidlig opsporing.

Som det fremgår af ovenstående leveres kommunal sygepleje under sundhedsloven, hvilket medfører andre lovgivningsmæssige rammer for sygeplejeindsatser end indsatser under serviceloven⁶⁴. Sundhedsloven medfører således, at kommunale sygeplejeindsatser formelt tildeles på baggrund af en lægehenvielse og en sygeplejefaglig vurdering af behovet, hvorimod det for servicelovsydelser er kommunens myndighedsfunktion, der skal træffe afgørelse om, hvilken hjælp borgeren skal tildeles⁶⁵.

Den kommunale sygepleje er typisk en del af kommunernes samlede ældre- og sundhedsområde forstået som bl.a. kommunal sygepleje, hjemmepleje, midlertidige pladser, plejeboliger og træningsområdet. Kommunernes udgifter hertil var i 2020 cirka 50 mia. kr.⁶⁶ Heraf udgjorde udgifter til kommunal sygepleje 11 %, udgifter til hjemmepleje og § 83a-forløb 25 % og udgifter til plejeboliger 48 %.

Der er i analysen fokus på den økonomiske styringsrelation mellem forvaltning og udførere af kommunal sygepleje. Det vil sige, at analysen bl.a. undersøger tildeling og fordeling af ressourcer, visitation af sygeplejeydelser, en eventuel bestiller-udfører-relation og understøttelsen i

⁶³ En ældre undersøgelse fra 2010 blandt 12 kommuner viste, at borgere typisk blev henvist til kommunal sygepleje via sygehuse (45 %), via egen/pårørendes henvendelse (25 %), via læge (21 %) eller via internt kommunalt personale i fx hjemmeplejen (11 %) (KL 2010).

⁶⁴ Vinge & Topholm (2021).

⁶⁵ Derfor tales der formelt ikke om visitation af sygepleje som en kommunal myndighedsafgørelse, men derimod om henvielse til eller tildeling af sygepleje. I praksis vil kommunerne dog have forskellig praksis for tildeling af sygepleje og i mange tilfælde anvendes begreberne visitation og (modificeret) BUM-model også for sygeplejeydelser (se bl.a. KL 2014a samt KL & Sundhedskartellet (2011)).

⁶⁶ Udgifterne er her afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.30.26, 5.30.27, 5.30.28, 5.30.29, 5.30.31, 5.30.36, 5.22.07 samt 4.62.82. Afgrænsningen følger ECO Nøgletal (dog tillagt udgifter til genoptræning).

budgetopfølgningen. Derimod er der ikke i udgangspunktet fokus på, hvordan udførerenhederne arbejder med at effektivisere driften via fx vagt- og kørselsplanlægning. Dog berøres udvalgte aspekter af økonomisk styring i udførerleddet, herunder fx sygeplejens samarbejde med hjemmeplejen og opfølgningen på ydelser.

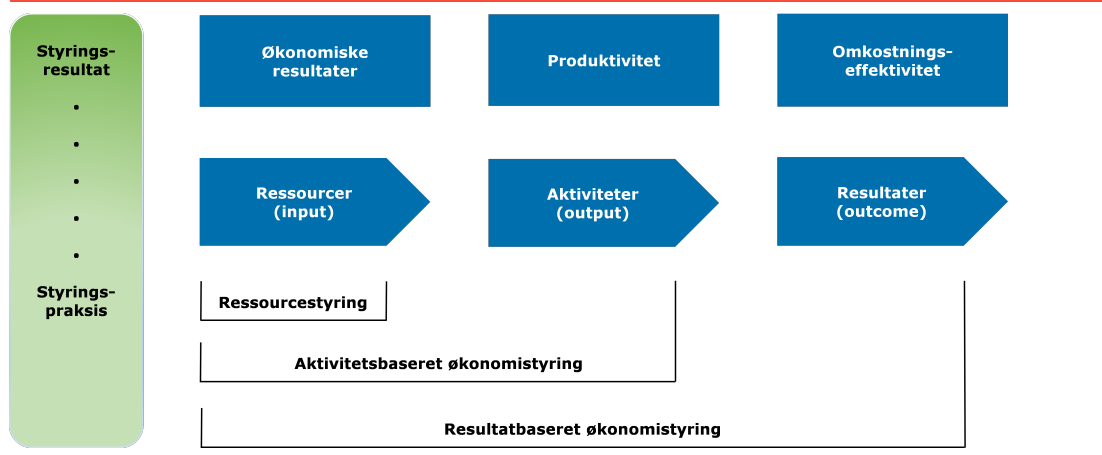
Økonomisk styring

Analysen tager afsæt i en bred tilgang til økonomisk styring. Den brede tilgang er kort gennemgået her og er beskrevet nærmere i rapporten "Kommunernes økonomistyring 2016" fra VIVE⁶⁷. Tilgangen er baseret på eksisterende litteratur⁶⁸. Kommunal økonomistyring kan defineres i tre dimensioner:

- ressourcestyring (sigter på at opnå gode økonomiske resultater)
- aktivitetsbaseret økonomistyring (sigter på at opnå høj produktivitet)
- resultatbaseret økonomistyring (sigter på at opnå høj omkostningseffektivitet).

Ressourcestyring knytter sig til inputsiden af den kommunale produktionsproces og har økonomiske resultater, fx budgetbalance og udgiftsstyring, som væsentligt genstandsfelt. Aktivitetsbaseret økonomistyring relaterer sig til forholdet mellem input og output, dvs. udgifter og aktiviteter, og vedrører hermed kommunens produktivitet. Resultatbaseret økonomistyring beskriver forholdet mellem input og outcome og er altså et spørgsmål om, hvor gode faglige resultater der opnås for et givet budget. De tre dimensioner fremgår af Bilagsfigur 1.1.

Bilagsfigur 1.1 Økonomistyringsdimensioner



Kilde: Dalsgaard et al. (2020a).

Den kommunale styringskæde

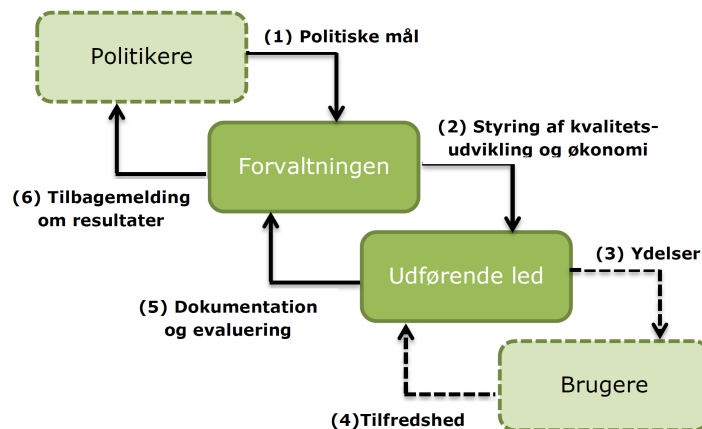
I analysen tages der endvidere afsæt i den kommunale styringskæde, som er illustreret i Bilagsfigur 1.2. Udgangspunktet i den kommunale styringskæde er, at de politiske mål via forvaltningen omsættes til ydelser på det udførende niveau, fx af leder og medarbejdere i centrale driftsenheder. Endvidere foretages der en tilbagemelding til politikerne om resultaterne af de kommunale aktiviteter. Det skal påpeges, at "brugerne" og sammenhæng nr. 3 og 4 ikke er inddraget i analysen, og derfor er markeret med en anden farve i Bilagsfigur 1.2. Herudover skal det påpeges, at politikere ikke er inddraget direkte som interviewpersoner i analysen.

⁶⁷ Kjærgaard et al. (2017).

⁶⁸ Blandt andet Houlberg (2014) og Elm-Larsen (2013).

Sammenhæng nr. 1 og 6 er dog søgt belyst ved hjælp af interviewene med repræsentanterne fra forvaltningen.

Bilagsfigur 1.2 Den kommunale styringskæde



Kilde: KL (2009). Tilrettet af VIVE.

Udgangspunktet i den kommunale styringskæde sikrer, at analysen bl.a. ser på, hvordan økonomistyringen kan understøtte den politiske styring. Derudover sikrer det, at der er fokus på både de retningsgivende og de opfølgende og korrigerende elementer i styringen. Endelig sikrer det, at de relevante organisatoriske niveauer i den kommunale styring inddrages, og at der er blik for sammenhængene i styringskæden i analyserne.

Dataindsamlingen og analysen har taget udgangspunkt i følgende syv temaer:

1. Strategi for den økonomiske styring af sygeplejeområdet, herunder kommunens overordnede pejlemærker på området
2. Organisering, herunder generel organisering af sygeplejen i forhold til hjemmepleje og plejecentre samt intern organisering af sygeplejen, fx ledelsesniveauer, ansvarsområder, og hvilke organisatoriske enheder der leverer sygepleje
3. Budgetlægning og økonomiske styringsprincipper, herunder baggrund og forudsætninger for størrelse og tilpasning af budget til sygeplejeområdet og fordeling af sygeplejebudget på organisatoriske enheder samt placering af budgetansvar for sygeplejen
4. Økonomisk styringsmodel, herunder ressourcetildelingsmodel til forskellige organisatoriske enheder, der leverer sygepleje, samt visitationsmodel for sygeplejeydelser
5. Visitation og opfølgning, herunder praksis for visitation af sygeplejeydelser samt for opfølgning på sygeplejeydelser, fx overdragede ydelser til hjemmeplejen
6. Budgetopfølgning og styringsinformation, herunder regnskabsprognoser, økonomiunderstøttelse, løbende ressourcestyring og opfølgning på strategiske målsætninger
7. Økonomistyringskultur, herunder økonomiske hensyn i organisationen, budgetansvarlighed og håndtering af forventet merforbrug. Dette afdækkes ikke selvstændigt, men som led i afdækningen af de øvrige temaer.

Der er i analysen fokus på både deltagerkommunernes formelle retningslinjer og principper samt deres reelle implementering heraf.

Valg af deltagerkommuner

Analysen er tilrettelagt som en kvalitativ analyse i fem kommuner, heraf tre kommuner med gode økonomiske resultater, en kommune med forbedrede resultater og en kommune med mindre gode økonomiske resultater, jf. nedenfor. Fordelingen bygger på, at det er en del af undersøgelsens formål at komme med eksempler på god økonomistyringspraksis. Derfor er der blandt deltagerkommunerne en overvægt af kommuner med god økonomistyring, dvs. gode økonomiske resultater (målt på, om de har relativt god eller forbedret udgiftsstyring).

De fem deltagerkommuner er valgt på baggrund af en udvælgelsesproces i to trin. I første trin er der ud fra registerdata udvalgt fem bruttokommuner med gode økonomiske resultater, to bruttokommuner med forbedrede resultater og to bruttokommuner med mindre gode økonomiske resultater. I andet trin er der foretaget en screeningsproces, hvor bruttogruppen blev indsnævret yderligere til fire udvalgte deltagerkommuner med gode eller forbedrede økonomiske resultater og en referencekommune.

Første trin i udvælgelsen: Fra 98 kommuner til 5+2+2 bruttokommuner

I udvælgelsens første trin er de syv bruttokommuner med gode (5 bruttokommuner) eller forbedrede (2 bruttokommuner) økonomiske resultater primært valgt ud efter, at de har relativt god eller forbedret udgiftsstyring på ældreområdet som helhed betragtet. Udgiftsstyringen er vurderet samlet ud fra en række parametre, herunder budgetoverholdelse, udgiftsniveau og udgiftsudvikling på ældreområdet samt udvikling i antal ældre.⁶⁹ Det er tilstræbt at udvælge kommuner, der har overholdt budgettet i 2014-2019, haft en stigning i antallet af ældre borgere i perioden, sænket eller fastholdt udgiftsniveauet pr. ældre borger samt tilsyneladende ikke haft væsentligt højere udgifter, end man skulle forvente ud fra deres borgersammensætning⁷⁰.

Derudover er der udvalgt en bruttogruppe på to referencekommuner. Det primære kriterium for udvælgelse af disse to kommuner er, at de ikke har udvist god udgiftsstyring på ældreområdet, vurderet ud fra de ovennævnte parametre.

De anvendte kriterier for valg af de i alt ni bruttokommuner, i udvælgelsens første trin, fremgår af Bilagsboks 1.1.

Bilagsboks 1.1 Oversigt over kriterier for udvælgelse af de 14 bruttokommuner

Primært udvælgelseskriterium

- **Udgiftsstyring, ud fra en samlet vurdering af:**
 - budgetoverholdelse på ældreområdet generelt
 - det samlede udgiftsniveau på ældreområdet pr. 65+-årig og pr. 80+-årig
 - indikationer på relationen mellem udgiftsniveau (2017) og beregnet udgiftsbehov på ældreområdet (2015) (jf. ECO Nøgletal)
 - udgiftsudvikling på ældreområdet generelt, samlet og pr. 65+-årig og pr. 80+-årig
 - udvikling i antallet af ældre borgere.

Outliers er søgt fravalgt i forhold til

- Udgiftsniveau
- Udgiftsbehov

⁶⁹ Udgifter til ældre er afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82.

⁷⁰ Forventet udgiftsbehov i 2015 er beregnet ud fra ECO Nøgletal. Forklaringskraften i analysen af udgiftsbehovet er 72 % og dermed relativt høj, jf. Houlberg et al. (2018, s. 31). Vi har sammenlignet med det faktiske udgiftsniveau i 2017, hvorfor relationen mellem udgiftsbehov og udgiftsniveau blot er en indikation for forbrug i forhold til behov.

Bilagsboks 1.1 Oversigt over kriterier for udvælgelse af de 14 bruttokommuner

- Kommunestørrelse.

Variation er søgt opnået i forhold til

- Geografi

Andet trin i udvælgelsen: Fra ni bruttokommuner til fem deltagerkommuner

I udvælgelsen andet trin er der foretaget et gennemsyn af kommunens regnskaber og budgetter for sygeplejen de seneste 4 år samt foretaget et screeningsinterview med fagchefen med ansvar for sygeplejeområdet i de ni bruttokommuner. Screeningsinterviewene afdækkede kommunernes styringspraksis på sygeplejeområdet på et overordnet niveau og omfattede desuden en konkret dialog om de senere års økonomiske resultater i forhold til kommunernes ressourcestyring specifikt af den kommunal sygepleje.⁷¹ På den baggrund er der udvalgt fem deltagerkommuner. Formålet med screeningsprocessen var at sikre, at de forventede økonomiske resultater kunne valideres på ældreområdet generelt og sygeplejeområdet specifikt, sikre en vis variation blandt deltagerkommunerne (bl.a. i forhold til geografi), og at deltagerkommunerne ville investere den nødvendige tid i analysen.

Screeningsprocessen blev gennemført som et enkelt telefoninterview pr. kommune med fagchefen på ældreområdet (ældrechef, sundheds- og omsorgschef, centerchef mv.). I telefoninterviewet blev bruttokommunernes overordnede styringspraksis afdækket. Screeningsmaterialet blev kondenseret i tabelform og præsenteret for styregruppen i Partnerskabet om kommunal økonomistyring, som valgte de fem deltagerkommuner på baggrund af et oplæg fra VIVE.

De vigtigste data i udvælgelsen af deltagerkommuner fremgår af Bilagstabel 1.1 og 1.2. Derudover er nyeste regnskabstal for kommunernes udgifter til sygepleje præsenteret i Bilagstabel 1.3.

Bilagstabel 1.1 Budgetafvigelse og udgifter pr. 65+-årig for de fem deltagerkommuner, ældreområdet

	Budgetafvigelse, 2014	Budgetafvigelse, 2015	Budgetafvigelse, 2016	Budgetafvigelse, 2017	Budgetafvigelse, 2018	Budgetafvigelse, 2019	Udgifter pr. 65+-årig, 2019
Tre kommuner med gode økonomiske resultater							
Favrskov	2,7 %	-3,4 %	0,8 %	1,1 %	-2,6 %	0,6 %	35.199
Næstved	1,7 %	2,6 %	2,0 %	1,7 %	-1,8 %	1,2 %	37.383
Sønderborg	-1,4 %	-1,4 %	0,1 %	1,1 %	-1,5 %	6,7 %	40.552
En kommune med forbedrede økonomiske resultater (turn-around kommune)							
Holstebro	-1,5 %	-7,0 %	-1,5 %	-0,5 %	2,9 %	1,1 %	37.052
En referencekommune							
Aabenraa	-0,6 %	-1,8 %	-2,2 %	-5,0 %	0,8 %	3,5 %	38.117
Hele landet	0,3 %	-0,3 %	0,3 %	-0,4 %	0,3 %	0,3 %	41.528

Note: Budgetafvigelsen er målt ved hjælp af data fra Danmarks Statistik ved at sammenholde det vedtagne budget og regnskabet, jf. følgende udgiftsafgrænsning: Nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82. "-" = overskridelser. På grund af ændringer i kontoplanen er der usikkerhed forbundet med tal for budgetafvigelsen i 2018 og 2019.

Kilde: Danmarks Statistik.

⁷¹ Det skal bemærkes, at det generelt ikke er helt enkelt for screeningskommunerne at opgøre budgetoverholdelse specifikt på sygeplejeområdet, fx som følge af, at nogle kommuner har en samlet budgetramme til hjemmepleje og sygepleje.

Bilagstabel 1.2 Udvikling i udgifter og ældrebefolkning samt udgiftsniveau og udgiftsbehov i de fem deltagerkommuner

	Udvikling i udgifter pr. 65+-årig, 2014-2017	Udvikling i udgifter pr. 80+-årig, 2014-2017	Udvikling i antal 65+-årige, 2014-2017	Udvikling i antal 80+-årige, 2014-2017	Forventet udgiftsbehov ældre 2015, indeks	Indekserede udgifter pr. 65+-årig ift. gns., 2019
Tre kommuner med gode økonomiske resultater						
Favrskov	-4,2 %	-6,2 %	8,9 %	11,2 %	87	85
Næstved	-6,0 %	-5,6 %	7,8 %	7,4 %	99	90
Sønderborg	0,0 %	5,0 %	2,6 %	-2,3 %	113	129
En kommune med forbedrede økonomiske resultater (turn-around kommune)						
Holstebro	-6,5 %	-8,1 %	8,2 %	10,0 %	95	89
En referencekommune						
Aabenraa	0,0 %	1,7 %	7,7 %	5,9 %	96	92
Hele landet						
Hele landet	-3,9 %	-3,6 %	6,7 %	6,3 %	-	-

Note: Forventet udgiftsbehov i 2015 er beregnet ud fra ECO Nøgletal. Forklaringskraften i analysen af udgiftsbehovet er 72 % og dermed relativt høj, jf. Houlberg et al. (2018, s. 31). De indekserede udgifter i 2019 og udgiftsbehovet i 2015 kan ikke sammenlignes direkte, så de to tal har været brugt til at få en indikation af relationen mellem udgiftsniveau og udgiftsbehov. Den anvendte udgiftsafgrænsning er den samme som under Bilagstabel 1.1.

Kilde: ECO Nøgletal.

Bilagstabel 1.3 Udgifter til kommunal sygepleje i de fem deltagerkommuner, kroner

	Hjemmesygepleje pr. 18+-årige, 2019	Hjemmesygepleje pr. 18+-årige, 2020	Hjemmesygepleje pr. 65+-årige, 2019	Hjemmesygepleje pr. 65+-årige, 2020
Tre kommuner med gode økonomiske resultater				
Favrskov	1.358	1.407	5.522	5.645
Næstved	-	1.009	-	3.754
Sønderborg	1.235	1.318	4.154	4.367
En kommune med forbedrede økonomiske resultater (turn-around kommune)				
Holstebro	1.121	1.130	4.314	4.268
En referencekommune				
Aabenraa	1.881	1.779	6.503	6.052
Hele landet				
Hele landet	1.126	1.230	4.604	4.964

Note: Nettodriftsudgifter i løbende priser i R2019 og R2020 på funktion 5.30.28. Der fremgår ikke udgifter for Næstved i 2019

Kilde: Danmarks Statistik (REGK31 og FOLK1A)

Bilagstabel 1.2 og 1.3 viser, at Favrskov, Næstved og Sønderborg Kommuner har haft mindre overskridelser i enkelte af de 6 år, men som gennemsnit betraget har disse kommuner haft en høj grad af budgetpræcision i perioden 2014-2019 og har også undgået store merforbrug på sygeplejeområdet i perioden.⁷² Holstebro Kommune har vendt budgetoverskridelser til et lille mindreforbrug i perioden og har de senere år overholdt budgettet specifikt for sygeplejen.⁷³

⁷² Jf. oplysninger fra screeningsinterviews.

⁷³ Jf. oplysninger fra screeningsinterview.

Disse fire kommuner indgår som kommuner med 'god eller forbedret økonomisk styring' i undersøgelsen. Ud over god eller forbedret budgetoverholdelse har Favrskov, Næstved, Holstebro og til dels Sønderborg Kommuner haft faldende udgifter pr. ældre borger i 2014-2017.

Herudover indgår i analysen en referencekommune, som har haft budgetoverskridelser på ældreområdet i flere år i 2014-2017, samtidig med at den har haft stabile til let stigende udgifter pr. ældre borger. Det drejer sig om Aabenraa Kommune. Kommunen har genoprettet økonomien på det samlede ældreområde siden 2017, men havde fortsat specifikt på sygeplejeområdet budgetoverskridelser på tidspunktet for kommuneudvælgelsen.⁷⁴

Vurderingskriterier

VIVE har anvendt tre generelle vurderingskriterier for udarbejdelse af anbefalinger på baggrund af deltagerkommunernes styringspraksis. De generelle vurderingskriterier fremgår af Bilagsboks 1.2.

Bilagsboks 1.2: Generelle vurderingskriterier for anbefalingerne

- Kommunernes praksis på sygeplejeområdet understøtter ressourcestyring, dvs. en styring, der bl.a. kan bidrage til at opnå budgetoverholdelse.
- Kommunernes praksis på sygeplejeområdet understøtter aktivitetsbaseret og resultatbaseret økonomistyring.
- Kommunernes praksis på sygeplejeområdet understøtter, at der er sammenhæng og gennemsigthed i den kommunale styringskæde.

VIVEs vurdering af, om en kommunal praksis kan understøtte god økonomisk styring, er baseret på deltagerkommunernes erfaringer og på VIVEs vurdering af, hvorvidt der med udgangspunkt i dokumenter og interview kan sandsynliggøres en sammenhæng mellem den konkrete praksis og den økonomiske styring.

Kriterierne er desuden anvendt i kombination med kommuneudvælgelsen. Hvis en given praksis i referencekommunen er i strid med vurderingskriterierne, og praksis i de fire øvrige kommuner er i overensstemmelse med kriterierne, kan sidstnævnte praksis således lægges til grund for en anbefaling. I mange tilfælde er referencekommunen på tidspunktet for dataindsamlingen overgået til den samme praksis som de øvrige deltagerkommuner. Her er det så vidt muligt undersøgt, om referencekommunen (og kommunen med forbedrede økonomiske resultater) tidligere har haft en anden praksis, og om de øvrige kommuner har haft den pågældende praksis i længere tid. Det har dog ikke kunnet undersøges fuldt dækkende for alle temaer og undertemaer i analysen. Herudover kan det forekomme, at nogle af deltagerkommunerne anvender én praksis, og de andre deltagerkommuner anvender en anden praksis, uafhængigt af om de er referencekommune eller ej. I dette tilfælde er det den praksis, som er bedst i overensstemmelse med vurderingskriterierne, som kan lægges til grund for en anbefaling. Hvis alle fem deltagerkommuner anvender en praksis, der er i overensstemmelse med vurderingskriterierne, kan denne praksis således lægges til grund for en anbefaling.

I en række tilfælde kan der ikke ud fra deltagerkommunernes praksis og vurderingskriterierne peges entydigt på generelle anbefalinger. I disse tilfælde er der peget på mulige fordele og ulemper ved forskellige styringsvalg i stedet for egentlige anbefalinger.

⁷⁴ Jf. oplysninger fra screeningsinterview.

Derudover er der tilfælde, hvor ingen deltagerkommuner har konkrete erfaringer, så der ikke er analytisk og empirisk belæg for en anbefaling efter de ovennævnte vurderingskriterier. I de tilfælde har deltagerkommunernes vurderinger været anvendt som grundlag for at pege i retning af en styringspraksis, som man som kommune kan overveje at anvende eller kigge nærmere på. Det gælder eksempelvis nogle af deltagerkommunernes overvejelser om at bemandede sygeplejeklinikker med social- og sundhedsassistenter, som på analysetidspunktet endnu ikke var implementeret. Det er i rapporten søgt tydeliggjort, hvad VIVEs vurderinger bygger på i hvert enkelt tilfælde.

Datagrundlag og analyser

Datagrundlaget for analysen består af dokumenter fra deltagerkommunerne og interviews i hver af deltagerkommunerne. Nedenfor beskrives indholdet af de to datakilder, og hvordan de bidrager til analysen.

Dokumenter

Deltagerkommunerne har sendt eksisterende, væsentlige styringsdokumenter på ældreområdet til VIVE. De dokumenter, som deltagerkommunerne som udgangspunkt blev bedt om at sende til VIVE, fremgår af Bilagstabel 1.4.

Bilagstabel 1.4 Oversigt over dokumenter i analysen

Analysetema	Dokumenter
Politikker, strategier og retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> • Overordnet politik og politiske målsætninger for ældreområdet, herunder sygeplejen • Overordnet strategi for styring og udvikling af ældreområdet, herunder sygeplejen • Evt. kvalitetsstandarder/ydelseskataloger for sygeplejeområdet
Økonomistyringsprincipper	<ul style="list-style-type: none"> • Nedskrevne økonomistyringsprincipper, fx om overførselsadgang
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af sygeplejeområdets organisering i kommunen, fx i organisationsdiagram eller på skrift
Økonomiske styringsmodeller	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenter, der beskriver kommunens økonomistyringsmodeller i forhold til sygeplejeområdet
Budgetlægning	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af evt. demografimodel på ældre- og sygeplejeområdet
Visitation og opfølgning	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse af procedure for tildeling af sygeplejeydelser samt opfølgning på borgernes ydelser og forløb, herunder evt. kompetenceskemaer
Budgetopfølgning og prognoser	<ul style="list-style-type: none"> • Eksempler på administrative budget- og økonomiopfølgninger
Styringsinformation og styringsnøgletal	<ul style="list-style-type: none"> • Eksempler på opgørelser af aktiviteter og aktivitetsudvikling, resultater og lignende styrings- og ledelsesinformation

Dokumenterne har dannet grundlag for at forberede og sikre størst muligt udbytte af interviewene i deltagerkommunerne.

Interviews i deltagerkommunerne

I hver deltagerkommune er der gennemført interview med økonomichefen eller en leder i økonomifunktionen, økonomikonsulenter tilknyttet sygeplejeområdet, fagchefen med ansvar for sygeplejeområdet, sygeplejefaglige koordinatore samt ledere for organisatoriske enheder, der leverer sygepleje, herunder udekørende sygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktion og i visse tilfælde midlertidige pladser.

Alle interviewene er gennemført virtuelt pga. covid-19-restriktioner på interviewtidspunktet. Interviewene er gennemført som individuelle interview eller gruppeinterview. Der er i alt gennemført interview med 43 repræsentanter fra de fem deltagerkommuner. Bilagstabel 1.5 viser fordelingen af interviewpersoner i deltagerkommunerne.

Bilagstabel 1.5 Interviewpersoner i de fem deltagerkommuner

Kommune	Økonomi- chef/økon- omleder	Økonomi- konsulent	Fagchef	Sygepleje- faglige koor- dinatorer	Udførerle- dere	I alt
Favrskov	1	1	1	2	3	8
Holstebro	1	2	2	1*	3	9
Næstved	1	2	1	1	2	7
Sønderborg	1	3	1	2	4	11
Aabenraa	1	1	1	2	3	8

Note: *Den sygeplejefaglig koordinator i Holstebro Kommune deltog i et gruppeinterview med teamlederne.

Interviewene havde primært til formål at afdække kommunernes reelle implementering af vedtagne retningslinjer og principper. De tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Formålet hermed var at sikre, at alle relevante emner blev berørt, samtidig med at nye perspektiver kunne inddrages. Interviewguiden var til dels tilpasset de forskellige repræsentanter i styringskæden. Eksempelvis blev økonomichefen/økonomilederen ikke spurgt om visitationsprocessen, mens spørgsmål om demografimodel udgik ved gruppeinterviewene med lederne for de udførende enheder. Variationen i spørgsmålene stillet på tværs af repræsentanterne er dog så lille, at det stadig er meningsfuldt at analysere på tværs af relevante temaer.

Interviewene varede gennemsnitligt en time. Der blev skrevet referat af alle interviewene, som efterfølgende blev kondenseret i datadisplays.

Workshop

VIVE har faciliteret en workshop med repræsentanter fra alle deltagerkommunerne for på tværs af kommuner at drøfte, kvalificere og udvikle anbefalinger til den økonomiske styring af sygeplejeområdet. Workshoppens tog udgangspunkt i kommunernes praksiserfaringer og undersøgelsens foreløbige resultater. På workshoppens har kommunerne således aktivt bidraget til at beskrive og kvalificere anbefalingerne til at videreudvikle økonomistyringen på området. VIVE er dog alene ansvarlig for analysens resultater og anbefalinger.

Workshoppens blev afholdt virtuelt og var delt i to sektioner med henholdsvis fagchefer og økonomiledere/økonomimedarbejdere. Workshoppens virtuelle format kan have påvirket kvaliteten af workshoppens, fx kan det virtuelle format have reduceret debat og interaktion mellem workshopdeltagerne i forhold til en fysisk afholdt workshop.

Kvalitetssikring

VIVE har i denne analyse anvendt sin faste procedure for kvalitetssikring. Kvalitetssikringen af rapporter består af eksterne reviews kombineret med godkendelse af VIVEs ansvarlige forsknings- og analysechef. Endvidere er denne rapport kvalitetssikret ved en høringsrunde i deltagerkommunerne.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD