

## Økonomistyring når hjemmeplejen skal rehabilitere



Anne Fink

MGP, mastermodulet, forår 2020

## Indhold

Abstract.....	3
1. Indledning.....	4
1.1 Hvad handler det om.....	4
1.2 Hvad er problemet?.....	6
1.3 Problemformulering.....	10
1.4 Metode.....	10
1.4 Opgavens opbygning.....	11
2. Ældreområdet.....	11
2.1 Sundheds- og Ældreafdelingen – tal, organisering og det organisatoriske budgetansvar.....	12
2.2 Rehabilitering.....	15
2.2.1 Definition.....	15
2.2.2 Organiseringen af rehabiliteringsindsatsen i Thisted Kommune.....	16
3. Det teoretiske afsæt for økonomistyringsmodellen.....	19
3.1 Principper i formula funding.....	19
3.1.1 Lidt mere om grundelementerne.....	20
3.1.2 BUM-Modellen.....	20
3.2 Tildelingsmodellen skal afspejle produktionsstrukturen.....	21
3.3 Forudsætninger og potentielle udfordringer ved at benytte formelbaserede modeller.....	22
4. Styring og vilkår i Thisted Kommune.....	23
4.2 Organisering.....	25
4.2.1 Hjemmeplejen.....	25
4.2.2 Træning og Rehabilitering.....	26
4.2.3 Visitationen.....	26
4.3 Økonomitildeling til rehabiliteringsforløb.....	26
4.4 Data og budgetopfølgning.....	27
5. Tildelingsmodeller.....	29
5.1 Modeller.....	29
5.1.1 Rammebudget til forløbene – model 1.....	29
5.1.2 En kombination af rammebudget og aktivitetsbaseret afregning – model 2.....	31
5.1.3 En kombination af rammebudget og aktivitetsbaseret afregning – model 3.....	32
5.1.4 Ren aktivitetsbaseret tildeling – model 4.....	33

5.2 Udfordringer og muligheder .....	34
5.2.1 Organisationsændringer .....	34
5.2.2 Interessenternes holdninger .....	35
5.2.3 Budgetsikkerhed – og mulighed for budgetoverholdelse.....	38
5.2.4 Kvalitet .....	39
5.2.5 Effektivitet .....	40
5.2.5 Opsamling.....	41
6. Diskussion .....	42
6.1 Potentialer .....	42
6.1.1 Bedre styringsmuligheder for lederne .....	42
6.1.2 Motiverede medarbejdere.....	44
6.2 Hvor vil det blive svært? .....	45
6.2.1 Ændret organisering?.....	46
6.2.2 Data .....	46
6.2.3 Adfærd .....	47
7. Afslutning og konklusion .....	48
Litteratur .....	53
Bilag .....	55

## **Abstract**

This paper describes different ways of allocating funds to home care services in municipalities based on formula funding. The overall objective in this paper is to discuss whether a new model of funding fits the change in the services home care delivers. There has been a change from predominantly compensating help to rehabilitation in home care services, but the model of funding has not changed. The change in home care services has taken place both as a response to the demographic development with a growing number of elderly people and fewer in the workforce and because of the growing awareness of the importance of being able to master one's own life as a vital part of what constitutes a good life. The aim is to find a model of funding that gives home care incentives to achieve results with rehabilitation. The current model of funding primarily supports the old way of delivering home care.

I describe how funding and controlling as well as rehabilitation is currently organized in Thisted Municipality and discuss 4 new alternative models of funding from the perspectives of the politicians, the recipients and the employees.

Based on the discussion I find that a model of funding with less case payments and more fixed budgets allocated to home care for rehabilitation is to be preferred. This aligns the best professional solution with the economic incentives in a better way than our current model. But one of the primary challenges we need to address before implementing a new model of funding is better access to data to be able to assess the correct funding. This is something we work to obtain.

The new model of funding has potential to support rehabilitation even better if it is supplemented with organizational changes and risk assessment.

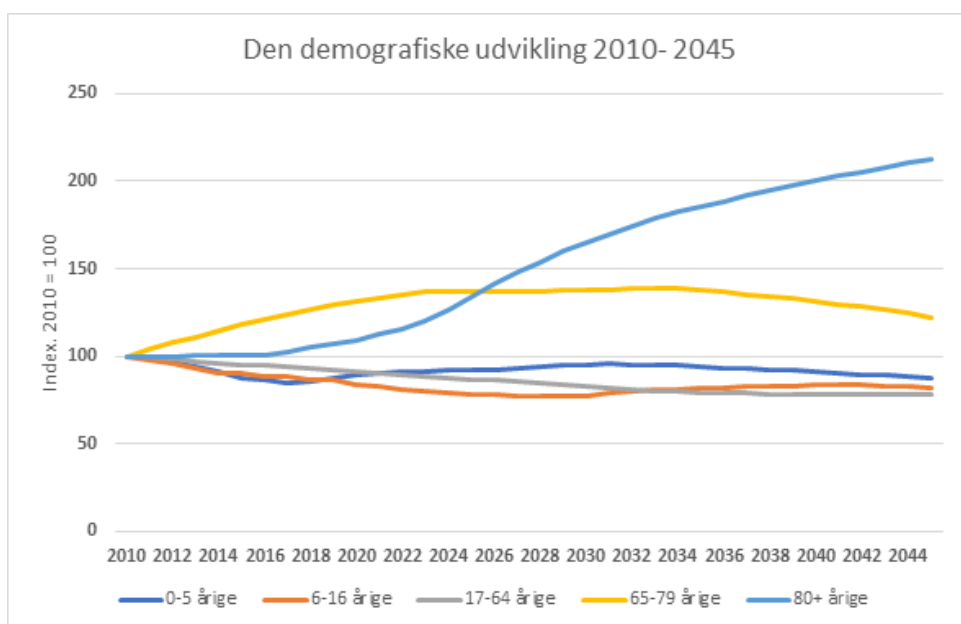
## 1. Indledning

Ældreområdet i alle Danmarks kommuner har igennem flere år været i gang med en omlægning af den måde, hvorpå borgerne modtager hjælp fra kommunen. Fra at levere en kompenserende hjælp arbejdes der nu med en mere rehabiliterende tilgang, hvor hjælp til selvhjælp med udgangspunkt i borgerens ønsker, er omdrejningspunktet. Tæt på borgeren har dette en række afledte konsekvenser for den form, personalets møde med borgeren skal tage, hvilke kompetencer medarbejderne skal have, hvilken faglighed der skal benyttes m.v. Det har også konsekvenser for den type af ydelse, borgeren modtager. Længere væk fra borgeren har dette faglige paradigmeskifte en yderligere afledt konsekvens nemlig at den model for økonomistyring, som pt. anvendes i Sundheds- og Ældreafdelingen i Thisted Kommune er udviklet og tilpasset det gamle paradigme, og derfor ikke er skabt til at understøtte den rehabiliterende tilgang på bedste vis. Jeg vil i denne opgave forsøge at finde en alternativ – og måske bedre egnet – model.

### 1.1 Hvad handler det om

Denne opgave handler om økonomistyring i hjemmeplejen og rehabiliteringsforløb på ældreområdet, hvor det dels er interessant at se på, hvorfor rehabilitering er blevet så udbredt og dels hvorfor rehabilitering og økonomistyring hænger sammen. Det kommunale ældreområde står på en brændende platform. For at beskrive, hvad den brændende platform består af, indleder jeg med lidt tal i figur 1, som viser den demografiske udvikling i Thisted Kommune i fordelt på alderskategorier i perioden 2010-2044.

Figur 1:



Figur 1 viser helt tydeligt, at antallet af ældre er stigende. Ikke mindst antallet af 80+ årige er stærkt stigende. Behovet for at modtage hjemmehjælp er stigende med alderen. Så alt andet lige må vi forvente, at med et stigende antal ældre borgere vil behovet for hjemmehjælp stige.

Men udfordringen er dobbelt, for samtidig med at antallet af ældre er stigende, så viser figuren, at antallet af erhvervsaktive er faldende. Dette betyder både noget for de skatteindtægter, som det offentlige Danmark har til at levere velfærdsydelser for, og for antallet af medarbejdere til at levere de offentlige velfærdsydelser. Når antallet af +80-årige betyder, noget skyldes det primært, at denne aldersgruppe ofte lider af flere samtidige sygdomme og har brug for hjælp (se f.eks. Sundhedsstyrelsen, 2016). En måde at håndtere det demografiske pres på er, at hjælpe borgerne til at være så selvhjulpne som muligt så længe som muligt. Dette understøttes bl.a. ved hjælp af rehabilitering. Landets kommuner har i varierende omfang arbejdet med dette de seneste 10 år, og fra 2015 blev det fastsat i Serviceloven, at kommunerne skal tilbyde et rehabiliteringsforløb forud for bevilling af personlig pleje og praktisk hjælp.

Ifølge Dalsgaard et al. udgjorde udgifterne til hjemmepleje og rehabiliteringsforløb ca. 14,2 mia. kr. i 2017, hvilket ca. svarer til 1/3 af de samlede udgifter på ældreområdet i kommunerne. Med det stigende antal ældre borgere, betyder det, at der i alle landets kommuner er et stort fokus på rehabiliteringsforløb.

Så givet den brændende platform hvor der vil være færre hænder til at løse et stigende antal opgaver for færre penge skal kommunen levere hjemmehjælp på en anden måde – og i Danmark er et af svarene på, hvad dette andet kan være hverdagsrehabilitering. Hvis vi skal lykkes med hverdagsrehabilitering, så skal lovgivningen, kompetencerne og lysten blandt personalet til at arbejde rehabiliterende være til stede. Og så skal den økonomiske tildeling og styring understøtte det. En måde at gøre dette på er ved at koble økonomien med effekten af indsatsen (Bukh og Christensen 2018, p. 20). Den økonomiske styring rettes mod forløb frem for mod aktiviteter (Bukh og Christensen 2020, pp. 14-19).

At dette er et emne, som kommunerne er optaget af p.t., synes jeg også indfanges af, at det er et emne, som der lige for øjeblikket behandles af både VIVE og Indenrigsministeriets Benchmarkenhed. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkenhed påpeger i deres analyse fra oktober 2019, at dette er et område, der *”særligt datamæssigt er relativt umodent”* (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkenhed, 2019, p.6) mens der i forordet til VIVEs smugkig står *”Formålet med den igangværende undersøgelse er at inspirere andre kommuner til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomistyring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.”* (Dalsgaard et al., 2020, p.3).

Jeg vil i denne opgave zoome ind på, hvordan denne udfordring adresseres i Thisted Kommunes Sundheds- og Ældreafdeling, som jeg er chef for. Jeg vil skitsere alternative økonomistyringsmodeller med henblik på at afdække, om jeg kan udpege en ny model for økonomistyring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb, som jeg efterfølgende kan implementere i Thisted Kommune.

## 1.2 Hvad er problemet?

Denne opgave handler derfor helt overordnet set om økonomistyring i hjemmeplejen i en tid, hvor det i stadig stigende grad handler om hverdagsrehabilitering. Jeg har altså valgt, at vinklen i opgaven handler om økonomi. Men når kommunerne arbejder med rehabilitering og når det indskrives i lovgivningen, så er det jo ikke kun pga. det økonomiske aspekt. Der er bred enighed om, at selvbestemmelse i eget liv og muligheden for selv at kunne gøre ting i sin hverdag, er af afgørende betydning for livskvaliteten. Dette er også skrevet ind som et af perspektiverne på, hvad et værdigt liv er i Thisted Kommunes Værdighedsstrategi.

Uddrag fra Thisted Kommunes Værdighedsstrategi:

*"Strategien skal understøtte, at borgere i Thisted Kommune så vidt muligt kan leve et værdigt og selvstændigt liv med selvbestemmelse, mulighed for fællesskaber og værdifulde aktiviteter, selvom man har behov for hjælp og/ eller støtte fra Sundheds- og Ældreafdelingen.*

*Strategiens målgruppe er alle voksne, der modtager hjælp og støtte fra Sundheds- og Ældreafdelingen til at mestre hverdagen, og en stor andel af denne gruppe er borgere over 65 år. På landsplan vil gruppen af borgere over 65 år vokse fra 1.075.000 til mere end 1.250.000 i 2025. Alene i Thisted Kommune forventes det, at gruppen af borgere over 65 år vil stige med 25 % frem mod 2025. Vi får dermed flere ældre med godt helbred og en aktiv alderdom, men vi vil samtidig også opleve en stigning i antallet af ældre, der er afhængige af hjælp for at kunne mestre hverdagen.*

### **STRATEGIENS MÅLSÆTNINGER - EN NUANCERET FORSTÅELSE AF VÆRDIGHED**

*Værdighed kan handle om mange forskellige ting, afhængigt af hvem vi spørger. Derfor findes der heller ikke et enkelt svar på, hvad det betyder, når den kommunale hjælp skal bevare og fremme et værdigt liv for borgerne. Når vi taler om værdighed, er der derfor brug for en nuanceret forståelse af begrebet. For at sikre en nuanceret forståelse af værdighed, kan vi se begrebet fra tre forskellige perspektiver:*

*Et perspektiv med fokus på selvbestemmelse*

*For mange kan værdighed handle om selvbestemmelse. Det værdige liv er ud fra dette perspektiv et liv, hvor man kan træffe egne beslutninger for og i eget liv. Værdighed bliver her et spørgsmål om frihed, og om at man behandles som myndig og ligeværdig.....*

*Et perspektiv med fokus på mestring*

*En lidt anderledes opfattelse af det værdige liv kan handle om, at det er et liv, hvor man i høj grad kan klare sig selv i hverdagen. Dvs. at man ikke er afhængig af andres hjælp til at kunne klare basale ting som f.eks. at gå på toilettet, tage et bad, gøre rent eller lave mad. Værdighed kommer her til at handle om mestring i hverdagen i forhold til den almindelige daglige livsførelse. Hvis værdighed opfattes på denne måde, betyder det, at den kommunale hjælp og støtte i høj grad skal fokusere på forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering og velfærdsteknologiske løsninger, så borgeren i videst muligt omfang kan klare sig selv i hverdagen.....*

*Et perspektiv med fokus på omsorg*

*Endelig er der også en vigtig forståelse af det værdige liv, som handler om, at der bliver taget vare på én, hvis man ikke længere kan klare sig selv og derfor har brug for hjælp og støtte.....*

Effektiv rehabilitering handler altså primært om at skabe livskvalitet for borgerne.

Når jeg i denne opgave fokuserer på rehabilitering, er det vigtigt at få præciseret, hvad jeg konkret mener. Denne opgave handler om det, som kaldes hverdagsrehabilitering, som tilbydes efter §83a i serviceloven, og som retter sig mod den type af ydelser, som forbindes med hjemmehjælp. Modtagere af rehabilitering efter §83a kan have alle aldre, men det er typisk ældre borgere, som modtager hjælpen. Når jeg i denne opgave anvender begrebet rehabilitering er det afgrænset til at handle om den hjælp, der ydes efter servicelovens §83a.

Hverdagsrehabilitering efter servicelovens §83a er en tværfaglig indsats, hvor der dels indgår fysio -eller ergoterapeut samt sosu-personale fra hjemmeplejen, som den primære part. Der er tale om en individuel indsats, som foregår i borgerens eget hjem og ydelsen er ikke koblet til en konkret (kronisk) lidelse. Der vil være et vist overlap mellem de borgere, som modtager hverdagsrehabilitering efter §83a i eget hjem og de borgere, som udskrives fra sygehuset med genoptræningsplan, men grupperne er ikke identiske.

De øvrige former for rehabilitering, som kommunerne også arbejder med, holdes ude ad opgaven<sup>1</sup>, dels fordi der visiteres forskelligt til de forskellige former, dels

---

<sup>1</sup> De øvrige former for rehabilitering findes på flere områder og efter flere paragraffer. Bl.a. tilbydes rehabiliteringsforløb efter servicelovens §119 særligt målrettet forskellige kroniske lidelser som f.eks.



fordi de primære leverandører af de andre former ikke er hjemmeplejen og dels for ikke at øge kompleksiteten i den problemstilling, jeg fokuserer på i denne opgave. Denne afgrænsning giver mig mulighed for at stille mere skarpt på problemstillingen, men kan også have betydning for diskussioner og mulige konklusioner, hvorfor jeg vil vende tilbage til dette senere i opgaven.

Der er altså gode grunde til, at kommunerne arbejder med rehabilitering. Udover de demografiske udfordringer har vi en begrænset mængde ressourcer (økonomiske og personalemæssige) og vi får og har fået flere og nye typer af opgaver bl.a. som følge af kortere indlæggelsestider på sygehusene samt at opgaverne flyttes ud<sup>2</sup>. Selve omlægningen til en rehabiliterende tilgang kræver i sig selv noget andet af personalet end det at levere kompenserende hjælp. Der skal altså også arbejdes med medarbejdernes faglighed og med kultur og vaner. Men hvorfor så fokusere på det snævre hjørne, som handler om økonomistyring og rehabilitering? Det er fordi, at min oplevelse er, at vores nuværende økonomistyringsmodel ikke understøtter den nye type af ydelse særlig godt.

Når der er knappe ressourcer både økonomisk og rent personalemæssigt, er det vigtigt, at vi har så god effekt ud af indsatsen som muligt. Derfor er et fokus på effekt en god idé. Vi har brug for at se på sammenhængen mellem brug af

---

diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), osteoporose m.fl. Disse forløb kan egen læge henvise til, men der er også selvvisitering hvor borgere også selv kan tilmelde sig et hold. Der er primært tale om holdundervisning, som dels rummer noget fysisk træning med bistand fra en fysioterapeut og dels noget mestringslære med bistand fra relevant sundhedsuddannet personale (diætist, sygeplejerske eller andet). Rent organisatorisk er rehabiliteringsforløbet for kronikere forankret i den sektion, som hedder Træning og Rehabilitering. Det er inden for Træning og Rehabiliterings budget, at udgiften til indsatsen afholdes. Borgere med behov herfor kan ligeledes tilbydes vedligeholdelsestræning eller genoptræning efter servicelovens §86. En anden form for genoptræning eller rehabilitering er, når borgere udskrives fra sygehuset med en genoptræningsplan. Her er de sygehuset, der visiterer til ydelsen og kommenen, der kommunen skal levere den. Dette sker i henhold til sundhedslovens §140.

<sup>2</sup> Som et eksempel på en opgaveoverdragelse fra det regionale sundhedsvæsen til kommunerne kan nævnes, at kommunerne i region Nordjylland og Regionen har i slutningen af 2019 efter flere års forhandlinger indgået en aftale om at kommunerne skal levere intravenøs behandling til borgere i eget hjem. Flere af kommunerne har løst opgaven i den periode, forhandlingerne er pågået uden at have modtaget økonomisk kompensation.

ressourcer og den opnåede effekt. Mere om dette senere, for først skal vi kort se på den nuværende økonomistyringsmodel og på nogle af udfordringerne hermed.

Kommunerne har ansvaret for at levere hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp) efter Servicelovens §83 og for at levere en rehabiliterende indsats til borgerne efter Servicelovens §83a (en forløbsbaseret indsats af kortere varighed). Kommunerne er ligeledes forpligtede til at sikre, at modtagerne af hjælp efter §83 sikres et frit valg af leverandør. Dette betyder, at opgaven typisk organiseres efter en Bestiller-Udfører-Modtager-Model (BUM), hvor Bestilleren betaler Udføreren for ydelsen. Set i et snævert økonomisk perspektiv betyder det i den model, som Thisted Kommune har valgt, at leverandør (Udfører) er garanteret en indtægt, så længe borger har behov for ydelsen.

Når borgeren tildes et rehabiliteringsforløb efter §83a, så er målet at gøre borger så selvhjulpne som muligt. Dvs., leverandøren skal arbejde hen imod at ydelsen skal afsluttes eller reduceres. Set ud fra et snævert økonomisk perspektiv, vil dette være i modstrid med leverandørens økonomiske incitament.

Det er en yderligere begrænsende faktor, at i Thisted Kommunes version af BUM-modellen skal hjælpen visiteres ud fra ret faste ydelser fastlagt i kvalitetsstandarder og et underliggende ydelseskatalog. Af hensyn til at kunne lave en prisberegning, som ligestiller den kommunale leverandør og de private leverandører, er der fastsat vejledende tider til de forskellige ydelser<sup>3</sup>. Det betyder, at leverandøren leverer en ret snævert fastsat ydelse, som ikke giver den enkelte social- og sundhedsmedarbejder ret stor handlefrihed ude hos borgeren. Et element i hverdagsrehabilitering er, at der arbejdes ud fra borgerens eget mål, som jo ikke nødvendigvis lader sig indfange i et ydelseskatalog.

Jeg er ikke den eneste, der synes, at der er et misforhold mellem den type af ydelse, vi skal levere, og så økonomistyringsmodellen. Tidligere direktør i Odense Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning Helene Bækmark har i artikel i Danske Kommuner udtalt: *"Vi kan ikke beholde en styringsmodel, der gør, at man som leder bliver straffet i form af mindre budgetter og opsigelser af personale, hvis man er dygtig til at sende borgeren ud i livet igen."*

I figur 2 har jeg forsøgt at illustrere hvordan ydelsen, der skal leveres, dels påvirkes af lovgivningen og de lokalt fastsatte kvalitetsstandarder, dels den

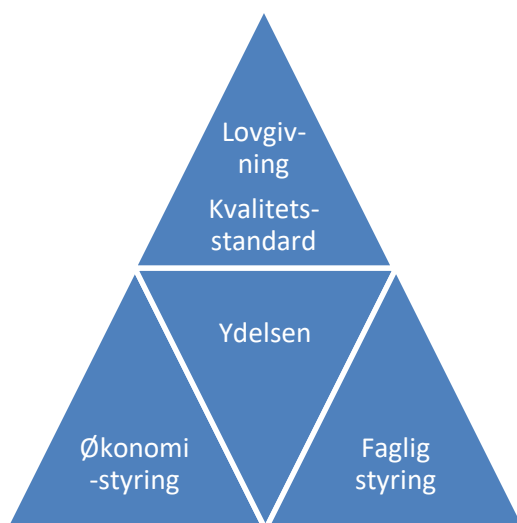
---

<sup>3</sup> Hvilke elementer, der skal indgå i prisberegningen fastlægges i en vejledning fra socialstyrelsen og KLS på baggrund af lovgivningen, og kommunerne skal offentliggøre priserne på Fritvalgsdatabasen.dk 1 gang årligt, når priserne genberegnes (hvis kommunerne ikke har haft opgaven i udbud)

økonomiske styring og dels den faglige styring. Nu er der kommet en ny type af ydelse – hverdagsrehabilitering – hvor målet er borgere, som er så selvhjulpne som muligt.

Jeg vælger i denne opgave at fokusere på det hjørne i figur 2, der handler om økonomistyring. Det gør jeg bl.a. fordi, det er et hjørne, som jeg har mulighed for at påvirke. Fokus kunne også have været hjørnet omkring faglig styring idet det også er noget, det kan ændres på det administrative niveau. Lovgivningen og kvalitetsstandarder er politisk fastsat.

Figur 2.



### 1.3 Problemformulering

Det, jeg gerne vil opnå i denne opgave, er at afdække og diskutere muligheden for at få opstillet en ressourcetildelingsmodel og økonomistyringsmodel, som betyder, at de decentrale ledere og medarbejdere har muligheden for at tilrettelægge rehabiliteringsindsatsen således, at den har størst mulig effekt.

Dermed bliver opgavens problemformulering:

Hvordan kan en ny økonomistyringsmodel for rehabiliteringsforløb i Thisted Kommune se ud? Og hvilke muligheder og udfordringer er der forbundet med modellen?

### 1.4 Metode

For at besvare spørgsmålet om, hvordan en ny økonomistyringsmodel kan se ud, vil jeg først beskrive den nuværende model og forudsætningerne for denne. Sammen med en redegørelse for modellens teoretiske fundament og inddragelse

af relevante teorier på området, vil jeg afdække den nuværende models effekt i de forskellige organisatoriske enheder og særligt i Hjemmeplejen. På den baggrund vil jeg opstille 4 forskellige hypotetiske modeller for økonomistyring og diskutere og vurdere hver enkelt model med henblik på at identificere en fremtidig model, som kan imødegå de trusler og svagheder, som den nuværende model lider under. Når en mulig fremtidig model er identificeret, vil jeg belyse muligheder og udfordringer for denne model samt diskutere potentialet for indføre den.

#### 1.4 Opgavens opbygning

I første afsnit har jeg præsenteret emnet samt dets relevans og opgavens problemformulering er fastlagt. Afsnit 2 præsenterer ældreområdet i Thisted Kommune med afsæt i de væsentligste paragraffer og tal og det beskrives hvordan hverdagsrehabiliteringsindsatsen er skruet sammen. Afsnit 3 handler om det teoretiske afsæt for hvordan forskellige tildelings- og økonomistyringsmodeller kan konstrueres. I afsnit 4 beskrives ældreområdets nuværende økonomistyring ud fra 'formula funding' som det teoretiske afsæt inden der i afsnit 5 opstilles og diskuteres nogle forskellige tildelingsmodeller med udgangspunkt i det teoretiske afsæt og Thisted Kommunes praksis. Modellerne diskuteres i afsnit 6 ud fra potentialer og udfordringer samt forskellige interessenters perspektiver og jeg vil udpege en model, som har potentiale til at kunne implementeres i Thisted Kommune. I det afsluttende afsnit 7 samles der op på diskussioner og fund og de mulige næste skridt præsenteres.

## **2. Ældreområdet**

I dette afsnit præsenteres forskellig baggrundsinformation om ældreområdet i Thisted Kommune. Først vil jeg beskrive ældreområdets organisering og nogle budgettal. Udvalgte nøgletal og sammenligning med andre kommuner vil blive præsenteret. Til sidst i afsnittet beskrives hvad hverdagsrehabilitering er og hvordan vi arbejder med det i Thisted Kommune.

På sundheds- og ældreområdet i kommunerne er de væsentligste love (målt på økonomisk og opgavemæssig volumen) serviceloven og sundhedsloven. Som hovedregel udføres opgaver i relation til serviceloven af social- og sundhedsuddannet personale og opgaver i relation til sundhedsloven af sygeplejersker og fysio-/ergoterapeuter. Ydelserne strækker sig fra forebyggende og sundhedsfremmende tiltag til hele befolkningen til kompenserende hjælp til de aller svageste.

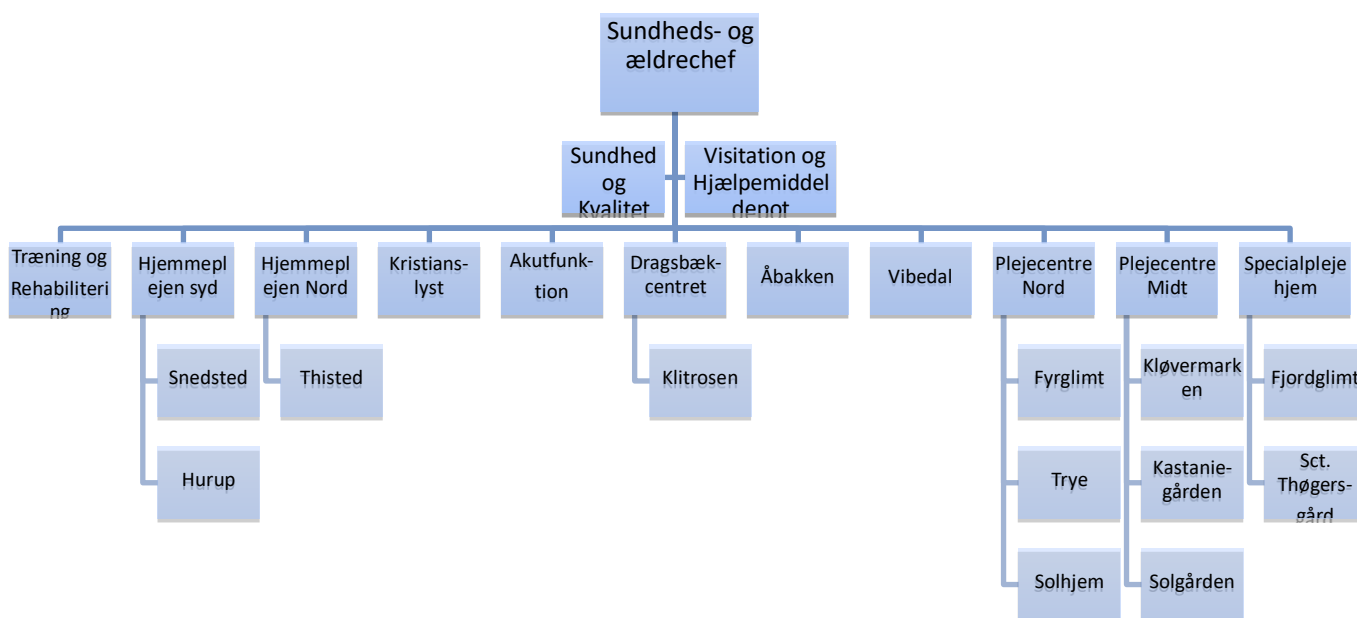
Hovedfokus i denne opgave er hjemmepleje og rehabilitering ud fra servicelovens §§ 83 og 83a (i bilag 1 kan disse 2 paragraffer læses).

## 2.1 Sundheds- og Ældreafdelingen – tal, organisering og det organisatoriske budgetansvar

Thisted Kommunes samlede budget vedtaget for 2020 udgør ca. 2,85 mia. kr. Social- og Sundhedsudvalget, som Sundheds- og Ældreafdelingen hører under, har et samlet budget på 867 mio. kr. Heraf udgør Sundheds- og Ældreafdelingens andel ca. 650 mio. kr., hvilket svarer til ca. 23% af Thisted Kommunes samlede budget. Der er i Sundheds- og Ældreafdelingen ca. 700 fuldtidsansatte årsværk fordelt på ca. 1200 medarbejdere.

Figur 3 viser organisationsdiagram for Sundheds- og Ældreafdelingen i Thisted Kommune (de enheder, som alene står med et navn, er plejecentre).

Figur 3:



I Thisted Kommune er hjemmeplejen og hjemmesygeplejen organisatorisk integreret i en enhed. Hjemmeplejen er grundet Thisted Kommunes langstrakte geografi delt i 2 geografiske enheder med hver sin leder, som begge refererer til sundheds- og ældrechefen. Plejecentrene og hjemmeplejen er adskilt. De største af plejecentrene har egen leder, mens de mindre deles om en leder<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Bilag 2 viser et kort over Thisted Kommune med Sundheds- og Ældreafdelingens tilbud indplaceret.

Myndighedssektionen (Visitation og hjælpemiddeldepot), sundheds- og stabssektionen (Sundhed og Kvalitet) samt Træning og Rehabilitering har ligeledes egen leder, som refererer til sundheds- og ældrechefen. Hver leder har selvstændigt budgetansvar for sin enhed ("kasse" i ovenstående figur 3). Som chef for afdelingen har jeg det overordnede budgetansvar, men har kun selv et mindre budget, som jeg råder over (i nedenstående tabel 1 benævnt 'fællesområdet').

Plejecentrene omfatter i alt 475 pladser hvoraf de 46 er midlertidige pladser og de resterende 429 er faste pladser. Hjemmeplejen leverer hjælp til ca. 1000 borgere (unikke cpr.nr.) i eget hjem, svarende til ca. 4.000 timers hjælp om ugen fordelt over dag, aften og nat. Dertil kommer ca. 300 borgere, som modtager en form for hjælp uden visiteret tid som f.eks. madservice, nødkald, dagscenterplads o.l. Træningssektionen leverer døgngenoptræning svarende til ca. 13 helårspersoner, hverdagsrehabiliteringsindsatser til ca. 385 personer og genoptræning efter serviceloven og sundhedsloven til ca. 1255 personer om året (kilde: træk fra Thisted Kommunes omsorgsjournalsystem for 2019).

Ser vi på Sundheds- og Ældreafdelingens budget opdelt på enheder og budgetansvar fordeler det sig således (korrigeret budget 2020) som vist i tabel 1.

Tabel 1:

Fællesområdet (sundheds- og ældrechefens budget)	7,4 mio. kr.
Sundhed og Kvalitet	22,2 mio. kr.
Plejecentre	217 mio. kr.
Hjemmeplejen	46 mio. kr.
Træning og Rehabilitering	31,8 mio. kr.
Kommunal Medfinansiering (KMF)	178,7 mio. kr.
Hjælpemidler	26,8 mio. kr.
Visitationen (afregning til leverandør samt betaling til andre kommuner og region)	118 mio. kr.
Sundheds- og Ældreafdelingen i alt:	647,9 mio.kr.

Tabellen er alene med som en illustration af hvordan opgave-typerne i afdelingen placerer sig i forhold til hinanden ud fra et økonomisk perspektiv.

Hvis vi sammenligner Thisted Kommune med andre kommuner på udvalgte nøgletal som vist i tabel 2, viser det, at Thisted Kommunes ældreområde ligger blandt de dyrere.

Tabel 2. Oversigt over nøgletal fra 'Kend din kommune 2020':

	Thisted Kommune	Th. Komm.s placering ift. øvrige kommuner i Dk	Tendens i Thisted Kommune
Nettodriftsudgifter i kr. til pleje og omsorg pr. 65+ årig i 2018 (2020 p/l)	39.975	75	Faldende udgift pr. 65+
Andel af 80+ årige der modtager hjemmehjælp i egen bolig 2018	29,4%	48	Faldende andel modtager hjemmehjælp pr. 80+
Timers hjælp i egen bolig pr. uge pr. 80+ årig	3,1	57	Antal timers hjælp pr. 80+ er faldende

Tallene i kolonne 3 viser, hvordan Thisted Kommune ligger blandt landets øvrige 97 kommuner. Dvs. ser vi på række 1 vedr. nettodriftsudgifter til pleje og omsorg, så er Thisted Kommune blandt de kommuner, som har høje udgifter (kun 23 kommuner har højere udgifter). I dette tal indgår både hjælp i eget hjem og udgifter til plejeboliger. Tendensen sammenlignet med tidligere år er dog, at udgifterne ser ud til at være faldende. I række 2 ser vi, at Thisted Kommune placerer sig på gennemsnittet, når vi ser på andel af 80+-årige der modtager hjemmehjælp med ca. 30%, af målgruppen. De, som modtager hjemmehjælp (række 3), modtager i gennemsnit 3,1 time om uge, hvilket er lidt over, hvad den gennemsnitlige kommune leverer.

Thisted Kommune har forholdsvis mange plejeboliger set i forhold til antal ældre. Konkret har Thisted Kommune en dækningsgrad med 21 boliger (inkl. pladser på friplejehjem) pr. 100 borgere som er 80+. Den gennemsnitlige dækningsgrad for landet som helhed er 17 boliger pr. 100 80+borgere (kilde: Danmarks Statistik). Vi ved fra tidligere beregninger, at udgifterne til en beboer på en plejecenterplads stort set svarer til 15 timers hjemmepleje i eget hjem om ugen. Der findes ikke en opgørelse over plejetyngden for beboerne på plejecentrene, men idet den gennemsnitlige hjemmepleje pr. uge er 3,1 time, vil en overkapacitet af plejeboliger – hvis pladserne fyldes - kunne betyde, at borgere med behov for hjælp svarende til mindre end 15 timer om ugen visiteres ind på pladser, som er dyrere end den pris, de ville have kostet hvis hjemmeplejen fortsat havde hjulpet dem. Dvs. den høje dækningsgrad kan være en af forklaringerne på, at Thisted Kommune har høje udgifter.

Sundheds- og Ældreafdelingen kom ud af 2019 med et stort merforbrug på ca. 20 mio. kr. Merforbruget skyldtes i særlig grad merforbrug i både hjemmeplejen og Visitationen, et enkelt plejecenter med merforbrug, øgede udgifter til borgere bosat i andre kommuner/regionale tilbud samt øgede udgifter til hjælpemidler (særligt biler). Med vedtagelsen af budget 2020 vedtog Kommunalbestyrelsen, at der skal laves en analyse af det samlede social- og sundhedsområde med henblik på at komme med anbefalinger til, hvordan der kan opnås både økonomisk og faglig bæredygtighed. Resultaterne af denne analyse forventes at foreligge primo juli måned i år. Skal der opnås balance mellem budget og forbrug i indeværende år, skal der strammes op på antal visiterede timer, hjemmeplejen skal være mere effektiv og det bliver endnu mere aktuelt, at kunne levere en god rehabiliteringsindsats, som gør flere borgere selvhjulpne.

## 2.2 Rehabilitering

I dette afsnit defineres hvad hverdagsrehabilitering er, og det præsenteres, hvordan hverdagsrehabilitering er tilrettelagt i Thisted Kommune.

### 2.2.1 Definition

Den definition, vi anvender i Thisted Kommune, når vi iværksætter rehabiliteringsforløb efter servicelovens §83a, kommer fra Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet fra MarselisborgCentret.

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

Kilde: "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark" (2004), MarselisborgCentret.

Indsatsen er et korterevarende og tidsafgrænset forløb, hvor der sammen med borgeren fastsættes individuelle mål for forløbet, og hvor der skal tages udgangspunkt i borgerens egen motivation og ressourcer. Indsatsen skal leveres af de faggrupper, som er mest relevante til opgaven, dvs. at der kan være tale om en tværfaglig indsats. Helt konkret kan et rehabiliteringsforløb omfatte fysiske øvelser (f.eks. gang- eller balancetræning), træning i daglige aktiviteter (f.eks. bad, påklædning eller rengøring) og/eller oplæring i brug af hjælpemidler.



## 2.2.2 Organiseringen af rehabiliteringsindsatsen i Thisted Kommune

Thisted Kommune har arbejdet med rehabiliteringsforløb siden 2011, dvs. også forud for indførelsen af §83a i 2015. Men vores fornemmelse har været, at vi i højere grad har leveret trænende hjemmepleje end egentlige rehabiliteringsforløb, og at der dermed var et forbedringspotentiale. Vi har derfor udarbejdet nye arbejdsgange og i løbet af 2019 har en stor del af både hjemmeplejens, Træning og Rehabiliterings og Visitationens personale været på uddannelse heri.

Et rehabiliteringsforløb i Thisted Kommune består af følgende elementer:



Det er visitator, som visiterer til et rehabiliteringsforløb og dermed igangsætter forløbet og udstikker de overordnede ydelser.

Herefter er det forløbskoordinator, som sammen med borgeren fastsætter mål og laver plan for indsatsen. Der afsættes tid til en motiverende samtale. Hvis det ikke er et simpelt forløb (uddybes i nedenstående), udpeges tovholder i hjemmeplejen, som koordinerer hjemmeplejens indsats med forløbskoordinator.

Indsatserne leveres i alt overvejende grad af hjemmeplejens personale og som udgangspunkt i alle 3 vagter (dag, aften og nat). Der foretages løbende status mellem forløbskoordinatoren og tovholderen i hjemmeplejen på borgerens udvikling ift. indsatser, og hvorvidt de angivne mål fortsat er dækkende for at opfylde borgerens behov og ønsker. Når indsatsen er i gang, afholdes der tværfaglige møder hver 14. dag, hvor borgerens udvikling drøftes.

Som udgangspunkt har forløbet en varighed på op til 12 uger, men forløbskoordinator følger løbende op således, at indsatsen kan justeres, forlænges eller afsluttes. Der afholdes en afsluttende samtale med borgeren og evt. pårørende, hvor forløbskoordinatoren i samarbejde med borgeren evaluerer rehabiliteringsforløbet og om borgers mål er nået.

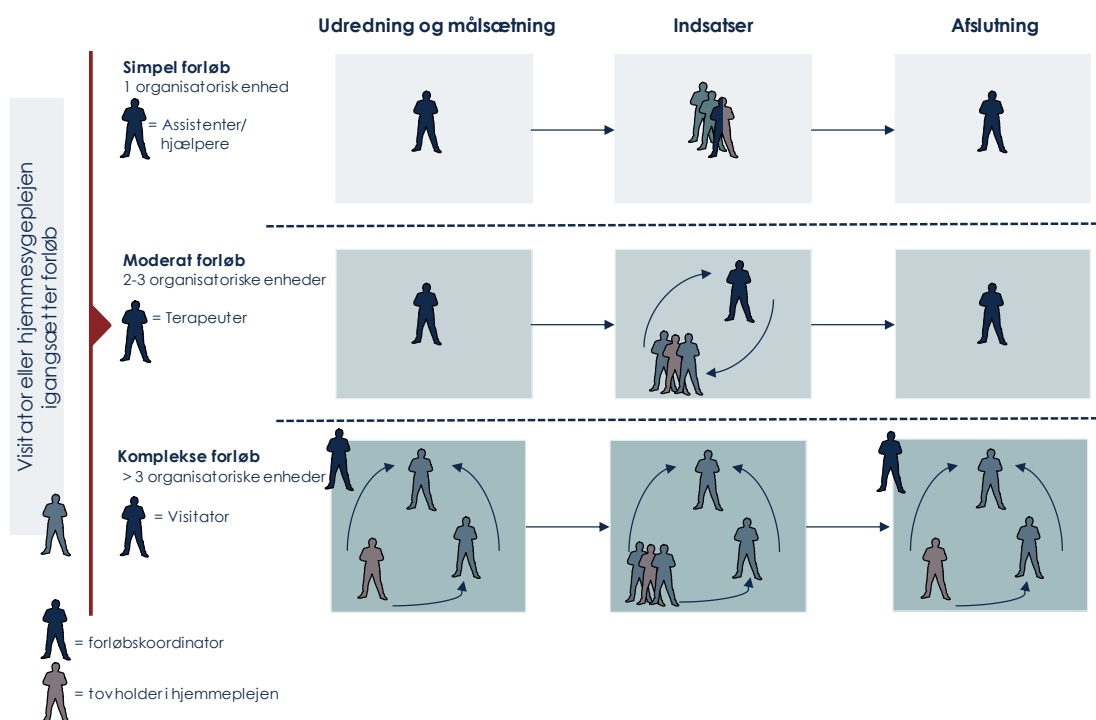
Forløbskoordinator informerer Visitationen. Visitator afslutter borgerens forløb og overleverer evt. indsatsen til anden aktør som f.eks. de forebyggende sygeplejersker. Det kan også være, at borgeren overgår til hjemmehjælp efter §83.

Typer af forløb: I arbejdsgangene skelnes der mellem tre typer af rehabiliteringsforløb:

- Simple forløb: Der involveres én organisatorisk enhed i borgerens rehabiliteringsforløb. Forløbskoordinatoren vil i disse tilfælde være en social- og sundhedsassistent eller -hjælper.
- Moderate forløb: Der involveres to-tre organisatoriske enheder i borgerens rehabiliteringsforløb. Forløbskoordinatoren vil i disse forløb være en ergoterapeut eller en fysioterapeut fra Træning og Rehabilitering.
- Komplekse forløb: Der involveres over tre organisatoriske enheder i borgerens rehabiliteringsforløb. I disse tilfælde er visitator forløbskoordinator, og visitator er ansvarlig for at inddrage de faggrupper i rehabiliteringsforløbet, der er nødvendige for at foretage en helhedsorienteret vurdering af borgerens forløb.

Figur 5 viser, hvordan opdelingen på typer af forløb kan illustreres.

Figur 5:



Kilde: Thisted Kommunes folder om rehabilitering

Hjemmesygeplejen er ikke som udgangspunkt tænkt ind som en integreret del af hverdagsrehabilitering i Thisted Kommune, idet de ikke leverer §83a-ydelser. Det er dog en løbende drøftelse, om ikke de bør tildeles en mere aktiv rolle, idet sygeplejerskerne oftest også har en funktion som faglig sparringspart for sosu-personalet. Jeg går ikke yderligere ind i denne problematik i denne opgave.

De data, som vi kan trække fra omsorgsjournalsystemet, vurderes desværre ikke at være helt pålidelige, idet lederne af Hjemmeplejen vurderer, at der er nogle rehabiliterende indsatser i de simple forløb, som aldrig når at blive registreret som §83a men alene som §83. Vi arbejder på at kvalitetssikre data. Men det, tallene viser, er, at der samlet set er 569 borgere i 2019, som har modtaget en §83a-ydelse. De 184 har udelukkende modtaget en ydelse fra Træning og Rehabilitering, de 195 borgere har udelukkende modtaget en ydelse fra Hjemmeplejen og de 190 har haft begge aktører inde over. Træning og Rehabilitering har samlet set haft udgifter hertil på ca. 3,4 mio. kr. hvilket svarer til en udgift pr. borger på ca. 8.810 kr. Hjemmeplejen har haft udgifter hertil på ca. 3,6 mio. kr. hvilket svarer til en udgift pr. helårsperson på lige knapt 23.000 kr. (tal opgjort fra kommunens egne systemer).

Det ville være ideelt, hvis – og især - at vi var sikre på at have valide data og at de kunne opgøres på: antal forløb/borgere, antal forløb fordelt på typer og på hvilke fagligheder, der indgår, tid og noget om graden af selvhjulpethed efter et forløb. Men mere om det senere i opgaven.

Der er ikke frit valg af leverandør af rehabilitering og der er ikke i Thisted Kommune indgået særlige aftaler med de private fritvalgsleverandører omkring levering af §83a. Alle §83a ydelser leveres af den kommunale leverandør. Bevilges borgeren efter endt rehabiliteringsforløb så hjemmehjælp efter §83, kan anden leverandør vælges. I Thisted Kommune er der udelukkende private leverandører på ydelsen 'rengøring'. Der kunne være et potentiale i at indgå mere forpligtende aftaler med de private leverandører omkring det at arbejde rehabiliterende. Dermed ville borgeres rehabiliteringspotentiale kunne vurderes løbende også efter endt rehabiliteringsforløb. I starten af 2020 viser tal fra omsorgsjournalsystemet, at der var i alt 459 borgere som udelukkende modtog ydelsen praktisk hjælp (og ikke samtidig også personlig pleje). Heraf modtog de 160 borgere den praktiske hjælp fra den kommunale hjemmepleje og de resterende 299 borgere modtog hjælpen fra de private leverandører. Så de private leverandører har en stor markedsandel sammenlignet med den kommunale hjemmepleje. Hvis de private leverandører skal levere §83a vil der dog kunne være endnu større udfordringer med incitamentsstrukturen, hvis ikke der ændres på økonomistyringen omkring rehabiliteringsforløb. En yderligere udfordring er f.eks. nødvendig mødeaktivitet for at koordinere den tværfaglige indsats, hvor det bl.a. vil skulle afklares hvem, der betaler for deltagelse i møderne.

Når Visitationen visiterer til et rehabiliteringsforløb, sker det som udgangspunkt ud fra følgende afsatte antal minutter:

- Simple forløb: hjemmeplejen får en ydelse på 30 min. til udrednings- og målsamtale samt en ydelse med tid i forhold til hvilken indsats, der rehabiliteres på.
- Moderate forløb: Det er træningsterapeuterne, der laver udrednings- og målsamtale og dermed visiteres der ikke en ydelse dertil til hjemmeplejen. Men efterfølgende visiteres til den konkrete ydelse.
- Komplekse forløb: Det er visitator, der er forløbskoordinator og laver udrednings- og målsamtale og dermed visiteres der ikke en ydelse dertil til hjemmeplejen. Men efterfølgende visiteres til den konkrete ydelse.
- Hjemmeplejen kan bede om en rehabiliteringsydelse (RH-ydelse) til opfølgning og RH-afslutning af hver 15 min. Oftest klares opfølgning dog i stedet på de tværfaglige møder.

Der skelnes ikke imellem om det er nye eller gamle borgere, idet vurderingen er, at der er behov for en udrednings- og målsamtale i begge tilfælde.

### **3. Det teoretiske afsæt for økonomistyringsmodellen**

Idet denne opgave handler om at få opstillet en økonomistyringsmodel i hjemmeplejen, som i højere grad understøtter det at arbejde med rehabilitering, vil jeg i dette afsnit præsentere det teoretiske afsæt for en opstilling og drøftelse af mulige modeller.

I Thisted Kommune har vi valgt at anvende en BUM-model som model for tildeling og økonomistyring i Hjemmeplejen. Idet det er denne model, jeg gerne vil tilpasse til de nye ydelser, tager jeg teoretisk afsæt i Smiths teori om 'formula funding' som netop er teorien bag BUM-modellen. 'Formula funding' eller på dansk 'formelbaseret finansiering' er en model, hvor der ud fra en på forhånd givet fast matematisk model tildeles budget til en organisatorisk enhed. Dette er i modsætning til f.eks. en skønsmæssig eller en forhandlet tildeling.

#### 3.1 Principper i formula funding

Overordnet set kan den formelbaserede tildelingsmodel bestå af 3 komponenter:

1. En fast tildeling f.eks. i form af en grundfinansiering (F)
2. En taksttildeling efter objektive kriterier med tilknyttede takster som f.eks. tildeling pr. ydelse (T) (case payment)

3. En kapitafinansiering der udgør et risikobaseret beløb som f.eks. antal borgere i et distrikt justeret ud fra behovet i distriktet sammenlignet med det gennemsnitlige behov (K) (capitation funding)

Dvs. tildelingen til en organisatorisk enhed/institution (I) kan i sin mest simple form beskrives som:  $I = F + T + K$

(Smith, 2008).

### 3.1.1 Lidt mere om grundelementerne

Fast tildeling: Med den faste tildeling gives institutionen et grundbeløb til f.eks. ledelse eller administration, som må forventes i en eller anden grad at være uafhængigt af mængden/tyngden af de ydelser, som institutionen skal levere.

Taksttildeling: Ved takstfinansiering – eller case payments, som det hedder på engelsk - afregnes institutionen med en på forhånd fastsat takst på baggrund af faktisk leverede ydelser eller antal brugere af tilbuddet.

Formålene med at anvende case payments er:

- at afregne retfærdigt efter antal leverede ydelser.
- at øge antallet af ydelser.
- at opmuntre til effektivitetsforbedringer så prisen pr. ydelse falder.

Kapitafinansiering: Kapitafinansiering er simpelthen finansiering pr. hoved. Den mest simple form er at fastsætte en ens pris pr. person. Smith anbefaler, at dette suppleres med en "risiko-beregningsfaktor". Risiko-beregningsfaktoren skal indeholde sandsynligheden, intensiteten og prisen på ydelsen sammenholdt med gennemsnitsniveauet. Det kan være vanskeligt samt dyrt at beregne forventet behov på en ydelse.

### 3.1.2 BUM-Modellen

Det er med udgangspunkt i formula-funding teorien, at BUM-modellen er opstillet. Modellen anvendes i forskellige modificerede udgaver inden for ældreområdet i en lang række af landets kommuner. I BUM-model er der en Bestiller (den kommunale visitation), som efter en konkret og individuel vurdering af Modtagers (borgerens) behov samt kommunens kvalitetsstandard bestiller opgaven (praktisk hjælp, personlig pleje og/eller madservice eller et rehabiliteringsforløb) hos en Udfører (leverandør), som enten kan være den kommunale hjemmepleje eller en privat leverandør. Den private leverandør har enten vundet et udbud eller er godkendt til at levere ydelsen. Bestiller og Udfører er organisatorisk adskilte. Bestiller har typisk et rammebudget mens Udføreren har et takstbaseret budget. Den timepris, som Bestiller betaler Udfører, er ved godkendelsesmodellen en

afregningspris, som indeholder en beregnet brugertidsprocent, som afspejler, at Udføreren dels har tid hos Modtageren til den konkret ydelse, dels skal have tid til dokumentation, kørsel, kursusaktivitet, møder samt en beregning af overheadudgifter eller det er den pris, som ved udbudsmodellen den, der har vundet et udbud, har budt ind med. Den økonomiske usikkerhed, der er som følge af ændringer i antal borgere, som skal modtage hjælp, og som følge af variationer i hvor meget hjælp hver enkelt borger modtager, ligger hos Bestiller. Den faglige vurdering af behovet ved igangsætning af forløbet ligger ligeledes hos Bestiller.

Smith anfører, at der er flere gode begrundelser for at benytte en formelbaseret tildelingsmodel. Det understøtter, at der opnås den størst mulige effektivitet. Dette både forstået som effektivitet ved at pengene skal bruges på de områder, vi som samfund ønsker, at de skal bruges og som at de skal bruges på en måde, så der er størst mulig effekt af dem. For at opnå ikke mindst sidstnævnte, skal formlen sammensættes således at forskellige elementer af F, K og T benyttes, idet enten rene case payments eller ren capitation funding vil skævvride incitamenterne. En af årsagerne til en potentiel skævvridning er informationsasymmetri, hvor den der skal levere ydelsen ved mere end den, som bestiller og betaler for ydelsen. En på forhånd fastsat formel mindsker afhængigheden af informationen fra leverandør. En fast formel understøtter decentralisering, idet bevillingen – som er givet – kan udmøntes bedst muligt decentralt (Smith, 2008).

Også Bukh og Christensen peger på, at det er afgørende at tildeling af budgetter sker på en måde således at den faglige ønskede effekt og de incitament, der er lagt ind i en økonomistyring/budgettildelingen understøtter hinanden og ikke mindst på en sådan måde, at medarbejderne i det mest decentrale niveau får lov at bruge fagligheden til at løse opgaverne bedst muligt (Bukh og Christensen, 2020b).

### 3.2 Tildelingsmodellen skal afspejle produktionsstrukturen

Ifølge Bukh og Christensen (2020b) er det ved fastlæggelse af tildelingsmodel væsentligt at skelne mellem om de indsatser, der skal leveres, er midlertidige og afgrænsede eller om de er fortløbende og nærmest varige. Hvis der er tale om midlertidige indsatser, som f.eks. en hverdagsrehabiliteringsydelse, er der tale om en forløbsbaseret indsats, mens varige/længerevarende indsatser, som f.eks. hjemmehjælp efter §83, er en periodebaseret indsats. Pointen er, at tildelingsmodellen skal afspejle produktionsstrukturen og at det dermed ikke er sikkert, at der skal tildeles budget på samme måde for hverdagsrehabilitering og hjemmehjælp. Dermed kan budgettildelingen til f.eks. hverdagsrehabilitering med

fordel ske på samme måde som til andre forløbsbaserede indsatser som eksempelvis deltagelse på et kronikerhold.

For begge former for forløb, både periodebaserede og forløbsbaserede kan der tillægges en honorering, der belønner en kvalitetsforbedring. Konkret for hverdagsrehabilitering kan selvhjulpethed hos borgeren være et mål, og tildelingen kan gøres afhængig af i hvilken grad en borger opnår selvhjulpethed sammenholdt med hvis borgeren ingen rehabiliterende indsats havde modtaget. Det kan enten være F, T eller K, der gøres helt eller delvist effektafhængigt, men hyppigst T.

Pt. har vi samme tildelingsmodel til periodebaserede indsatser (§83) og forløbsbaserede indsatser (§83a) men de har forskellig produktionsstruktur. Begge produktionsstrukturer afspejles måske ikke lige godt i modellen og derfor kan en ny tildelingsmodel for §83a med fordel tage hensyn til det særlige ved den forløbsbaserede produktionsstruktur.

### 3.3 Forudsætninger og potentielle udfordringer ved at benytte formelbaserede modeller

For at kunne anvende formula funding skal der være en opsplittning i en Bestiller og en Udfører. Dette er på plads i form af en Visitation, som visiterer til ydelserne og afregner leverandørerne herfor.

Der skal være et tilstrækkeligt datagrundlag til at kunne opstille formlen på forhånd og til efterfølgende at bestemme hvad den konkrete finansiering skal være. Som Bukh og Christensen peger på, så er data for omkostninger og effekt på individniveau en forudsætning for udviklingen af effektbaseret styringsmodel (Bukh og Christensen, 2020b). Dette er et problem hos os. Vi mangler simpelthen data. Dette kommer jeg nærmere ind på i afsnit 6.2 senere i opgaven.

Hvis der skal tilføres et incitament til at øge effekten – f.eks. graden af selvhjulpethed – så skal der kunne måles herpå. Det er forholdsvis nemt at måle, om borgere er blevet helt selvhjulpne, men hvordan præcist måles delvis selvhjulpethed? Der vil skulle arbejdes med nogle forskellige baselinemålinger. Målgruppen herfor vil også skulle overvejes nøje ud fra, om det skal være alle eller kun ny-visiterede borgere.

Der er nogle potentielle udfordringer ved at benytte formelbaserede modeller og andre styringsmekanismer. Antagelsen er, at en økonomisk tildelingsmodel kan påvirke adfærden og dermed de ydelser, der leveres. Aktørerne forventes at handle således, at deres egne økonomiske interesser bliver fremmet. Tager vi udgangspunkt i BUM-modellen, betyder det, at Bestiller gerne vil påvirke hvad Udfører leverer ved at tilbyde betaling herfor. I principal-agent-teorien er dette

beskrevet nærmere: Principalen bestiller en opgave, som agenten skal udføre på vegne af principalen. Det antages, at begge parter vil forsøge at maksimere egennytte (Andersen & Pedersen, 2014, p. 16). Resultatet af opgaveløsningen afhænger dels af agentens indsats og dels af tilfældige omstændigheder, som agenten ikke kan påvirke. Principalen skal beslutte sig for, hvordan betaling skal foregå således, at der er størst mulig sandsynlighed for, at principalen får den ønskede opgave løst med det ønskede resultat. En af udfordringerne er, at der er en informationsasymmetri, hvor agenten ved mere om, hvordan arbejdet konkret udføres, end principalen gør. En anden udfordring er, at der kan være forskel på, hvor villige aktørerne er til at tage en risiko. Den økonomiske tildeling skal designes således, at der tages højde for dette (Andersen et al., 2017).

Bevan og Hood beskriver i deres artikel 'Gaming in the Targetworld' nogle af de styringsparadokser og dysfunktionelle strukturer, som målstyringsmodeller kan resultere i. De peger på følgende udfordringer, som opstår, fordi vi ikke kan være sikre på, at vi måler det, vi bør måle:

- Ratchet-effekt: Hvis target fastsættes på baggrund af de foregående år, så kan det ikke betale sig at være for ambitiøs, for så sættes målene bare endnu højere næste år.
- Threshold-effekt: Hvis der sættes et minimum som alle skal nå, så vil effektiviteten hos dem, der ligger over måske mindskes ned til standarden.
- Output distortion: Du får, hvad du måler og dermed kan andre mål blive nedprioriteret, f.eks. de ting, som er vanskelige at måle.

Også Bukh og Christensen peger på, at hvis man belønner for opnåelse af ét mål kan der ske en nedprioritering af øvrige mål, der ikke indgår i tildelingsmodellen. Og at takstafregning kan betyde, at kvantitet prioriteres over kvalitet (Bukh og Christensen, 2020b).

#### **4. Styring og vilkår i Thisted Kommune**

Dette afsnit handler om økonomiske styringsmodeller og rammevilkår, som der er på dette område. Jeg præsenterer kort nogle hovedtræk og beskriver dernæst hvordan det ser ud på sundheds- og ældreområdet i Thisted Kommune.

##### **4.1 Modeller og rammevilkår**

I Thisted Kommune anvendes BUM-modellen som beskrevet i afsnit 3.1.2 i en variant tilpasset Thisted Kommune. Visitation og Hjælpemiddeldepot har ansat 8 visitatorer, som visiterer hjemmehjælp og hverdagsrehabilitering, aflastningstilbud, nødkald m.v. til i alt ca. 1.300 borgere. Leverandørerne er valgt



ud fra godkendelsesmodellen og består dels af den kommunale hjemmepleje og dels 6 private hjemmeservicefirmaer, som er godkendt til at levere praktisk hjælp, dvs. rengøring.

For servicelovens § 83a er BUM-modellen strikket således sammen, at det udelukkende er Hjemmeplejen, der modtager afregning for leverede timer, mens træningsterapeuter fra Træning og Rehabilitering aflønnes derfra af rammebudgettet (beskrevet i nedenstående afsnit 4.2) uanset antal leverede timer.

Ud over takstafregningen benyttes også rammebudgetter eller det, der kan kaldes en fast tildeling jf. afsnit 3.1.1. Med rammebudgettet tildeles institutionen en samlet sum penge, som kan anvendes til at levere den ønskede opgave. Der er forholdsvist frie muligheder for at prioritere inden for den samlede ramme.

Ved rammestyring er det institutionen selv, der bærer den økonomiske usikkerhed, der kan opstå som følge af udsving i efterspørgslen efter den ydelse, som institutionen leverer. Når en institution har et rammebudget, er der en større frihed for ledelsen til inden for rammen at fastsætte hvordan opgaven leveres.

Frit valg er ikke en økonomistyringsmodel, men et lovkrav, som har betydning for tilrettelæggelsen af økonomistyringen, hvorfor det medtages i dette afsnit.

Ifølge servicelovens §83 skal modtagere af hjælp efter denne paragraf kunne vælge hvilken leverandør, de ønsker at modtage hjælpen fra. Dvs., at kommunerne skal tilbyde frit valg mellem flere leverandører. Man kan blive leverandør af hjælp efter §83 enten via et udbud eller ved at blive godkendt af kommunalbestyrelsen. Kommunen kan enten vælge at udbyde opgaven og så vælge et på forhånd fastsat antal leverandører, som kan levere opgaven bedst og billigst eller kan vælge at godkende de leverandører, som kan levere opgaven til samme pris og i samme standard som den kommunale leverandør. Langt de fleste af landets kommuner har valgt at benytte godkendelses-modellen. Det samme har Thisted Kommune. Uanset om opgaven udbydes eller leverandører findes via godkendelsesmodellen, forudsætter det, at opgaven er meget klart beskrevet i en form for kravspecifikation. Og i godkendelsesmodellen forudsætter det endvidere, at der er foretaget en prisberegning af, hvad det koster den kommunale leverandør at levere opgaven.

## 4.2 Organisering

I dette afsnit gennemgås kort hvordan aktørerne, der er involveret i hverdagsrehabilitering hver især tildeles finansiering pt.

Aktørerne er, som det er beskrevet i afsnit 2.2.2 Hjemmeplejen, Træning og Rehabilitering, Visitatorer og i et begrænset omfang hjemmesygeplejen.

### 4.2.1 Hjemmeplejen

Hjemmeplejen er opdelt i to selvstændige enheder med hver sin leder, som er budgetansvarlig for eget budget. I Thisted Kommune er Hjemmeplejens budget en blandingsform af rammebudget og takstfinansieret samt et meget lille element af kapitalfinansiering.

Hvis vi starter med sidstnævnte, så dækker Hjemmeplejen Nord en større andel af befolkningen i Thisted Kommune end Hjemmeplejen Syd, hvorfor der sker en lille skæv-deling af dele af den faste tildeling. For de elementer, hvor der sker en skæv fordeling som f.eks. udgifter til pedel, er fordelingen 0,55/0,45.

Der tildeles et årligt rammebudget til afholdelse af udgifter til ledelse, administration og sygepleje, som leder af Hjemmeplejen selv kan prioritere inden for. Der sker ikke en ekstern visitation til hjemmesygeplejens ydelser. Det er hjemmesygeplejen selv, som tildeler ydelsen. Der er dog den nuance, at hjemmeplejen kan vælge at delegerede nogle sundhedslovsydelser fra sygeplejen til sosu-personalet – de såkaldte delegerede sundhedslovsydelser. Når der delegeres fra sygeplejersker omfattet af det faste rammebudget til sosu-personale omfattet af det takstbaserede budget, så omfordeles pengene internt i hjemmepleje. Der er nogle typer af delegerede sundhedslovsydelser, hvor ydelsen delegeres fra social- og sundhedsassistenter til social- og sundhedshjælpere og som det er Visitationen, der visiterer til. I disse tilfælde afregnes fra Visitationens budget og de indgår i BUM-modellen.

Den del af Hjemmeplejens opgaver, som vedrører servicelovens §§ 83 og 83a er aktivitetsstyret i en BUM-model. Dermed reguleres indtægter løbende i takt med de visiterede ydelser. Der er tale om stort set ren case payments på dette område. Idet der i Thisted Kommune anvendes en godkendelsesmodel, er det regnskabet fra foregående år, der danner baggrund for afregningsprisen. Afregningsprisen vil derfor variere fra år til år. Havde hjemmepleje i stedet været i udbud, ville prisen have været fastlagt som følge af udbuddet og der ville kun have været 1 pris. Det er en politisk beslutning, at man ikke har valgt at konkurrenceudsætte hjemmepleje.

Altså: Tildeling=F+T+K

#### 4.2.2 Træning og Rehabilitering

Træning og Rehabilitering er rammestyret. Deres budget reguleres ikke som følge af ændringer i antallet af rehabiliteringsforløb, som de skal deltage i. Der er ingen automatiske justeringer af budgettet. Det beror på en politisk forhandling i forbindelse med den årlige budgetprocedure. Leder af Træning og Rehabilitering er ansvarlig for sit lønbudget som er en årlig ramme og for at prioritere ressourcer både til hverdagsrehabilitering, kronikerforløb, genoptræning med og uden genoptræningsplan for sygehuset, vederlagsfri fysioterapi m.v. Det er forskelligt, hvordan der visiteres til de forskellige ydelser: Hverdagsrehabilitering visiterer Visitationen til. Genoptræning med genoptræningsplan visiterer sygehuset til. Nogle kronikere kommer med henvisning fra egen læge mens andre selv henvender sig, hvorefter Træning og Rehabilitering selv visiterer ind i tilbuddet. Henvisning til vederlagsfri fysioterapi sker via egen læge, og så afholder Træning og Rehabilitering udgiften uanset om de selv er leverandør eller om det er en alment praktiserende fysioterapeut, idet denne ydelse er omfattet af reglerne om frit valg af leverandør. Konsekvensen af dette er, at det er endog meget vanskeligt for leder af Træning og Rehabilitering at styre adgangen til sektionens tilbud og dermed at det bliver endnu mere afgørende at kunne styre på, hvad tilbuddene indeholder, hvis budgettet skal overholdes.

#### 4.2.3 Visitationen

Visitationen er rammestyret. Der tildeles et fast årligt beløb, som kan ændres ved forhandling i forbindelse med den årlige budgetprocedure. Visitationen skal inden for budgettet dels afholde udgifter til leverandører af hjemmeplejeydelser, betaling til plejeorlov, borgerstyrede personlige ansatte (BPA-ordninger), betaling for borgeres ophold på institutioner i andre kommuner eller region mm. Indtægter for andre kommuners borgere med ophold i Thisted Kommune tilfalder Visitationens budget. Udgifter til borgere i Thisted Kommunes egne plejecentre er ikke en del af Visitationens budget selv om Visitationen varetager boligvisitationen. Disse udgifter ligger hos plejecenterlederne for eget/egne center. Lønudgifterne til visitatorerne sker fra kommunens konto 06 – altså budgettet til ledelse og administration i hele kommunen.

#### 4.3 Økonomitildeling til rehabiliteringsforløb

Hvis vi ser på, hvad rehabiliteringsforløbene koster, så har vi ikke et præcist overblik over dette pt. bl.a. grundet usikkerhed omkring data, som jeg har nævnt i ovenstående.

De samlede udgifter kan opgøres ved at se på:

- den andel af Træning og Rehabiliterings budget, der bruges til at aflønne træningsterapeuterne i de timer, de bruger på hverdagsrehabilitering.
- Udgifter i Hjemmeplejen til de visiterede timer til §83a
- andel af lønudgifter til visitatorer i den udstrækning de indgår som forløbskoordinatorer i de komplekse forløb
- andel af ledelse og administration hos alle aktørerne anvendt til rehabiliteringsydelsen

Udfordringerne er, at vi ikke kender den præcise andel af tid terapeuter og visitatorer bruger på denne opgave sammenholdt med hvad de bruger af tid på andre opgaver og at vi ikke har opgjort den tid, om hjemmeplejen bruger på hhv. §83 og §83a præcist. Og endelig kender vi budgetbeløbene til ledelse, administration og sygepleje, men har ikke opgjort hvor stor en andel heraf, der bør medregnes til rehabiliteringsforløbene.

#### 4.4 Data og budgetopfølgning

I februar måned 2018 implementerede Thisted Kommune er nyt omsorgsjournalsystem – Cura – og i samme forbindelse blev den nye standard for dokumentation, som alle kommuner skal anvende – Fælles Sprog III – indført. Dette har givet massive udfordringer med adgangen til data igennem hele 2018 og en del af 2019. I rapporten fra Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkenhed peger flere af kommunerne i analysen på, at overgang til nyt omsorgsjournalsystem giver udfordringer med data. I Thisted Kommune betød en fejl i opsætningen, at ændringer i visiteret tid foretaget af visitator slog igennem i data med tilbagevirkende kraft, og derfor kunne der ikke trækkes valide data på antal visiterede eller leverede ydelser. Idet afregningsprisen fastsættes ud fra disse data, er dette en stor udfordring. Samtidig giver det en styringsmæssig udfordring, at vi faktisk ikke reelt set har kendt det visiterede antal timer.

Nu er data fra Cura efterhånden valide rent systemmæssigt.

De data, som vi har at styre efter pt., er antal visiterede timer og budgettal. Vi mangler data på antal rehabiliteringsforløb mv. Det betyder i praksis, at der ikke er en valid beregning af, hvad et rehabiliteringsforløb koster

Den løbende budgetopfølgning foretages via månedlige budgetopfølgninger hos lederne af hjemmepleje og visitation og chef. Budgetopfølgningerne udarbejdes sammen med økonomikonsulenter fra den centrale økonomifunktion. Men uden valide aktivitetsdata, har dette en begrænset virkning ift, styringsmuligheder. Der har været merforbrug både i Visitationen og Hjemmeplejen i 2018 og 2019. Social- og Sundhedsudvalget besluttede derfor i december måned 2019, at der i tillæg til den store analyse af hele forvaltningen vedtaget sammen med budget

2021, skulle igangsætte en mindre og hurtigere analyse af hjemmeplejens og Visitationens økonomi. Analysen lå færdig i februar måned 2020. Den viste, at der er stor forskel på effektiviteten i de forskellige hjemmeplejeteams både beregnet via Brugertidsprocent (BTP)<sup>5</sup> og hvis vi ser på forholdet mellem indtægter og lønudgifter. Der er også store variationer i sygefraværet. Der er derfor et potentiale for at opnå en bedre økonomisk balance, hvis de mindst effektive områder og de områder med størst sygefravær kommer op i nærheden af de med de bedste tal. Når vi ser på Visitationen, viser analysen, at der er forskelle på hvordan de forskellige visitatorer visiterer til ydelser (Analyse af hjemmepleje og visitation, 2020).

Alene det, at disse tal nu er stillet op, har givet lederne noget at styre efter. Det er et stort ønske at få bedre og mere strukturerede data. Mangel på data er en stor udfordring for os, hvilket er paradoksalt, når man tænker på, hvor meget vi registrerer.

Data, som vi løbende har adgang til p.t., er:

- Sundheds- og ældrechef: økonomidata i form af budget og forbrug, aktivitetsdata i form af antal visiterede timer, sygefraværersdata
- Budgetansvarlige ledere: økonomidata i form af budget og forbrug, aktivitetsdata i form af antal visiterede timer, løndata, fraværersdata.
- Medarbejderne: Information om den overordnede økonomiske situation samt enhedens sygefravær drøftes i de lokale MED-udvalg (ledelsens og medarbejdernes samarbejdsudvalg)

Dvs. vi modtager ikke systematisk tal på antal brugere, ydelser, forløb eller data om resultater og effekt. Visitatorerne, som skal visitere til §83a-forløb, har ikke et billede af, om de visiterer få eller mange forløb. Og så mangler vi jo også at opstille mål for eksempelvis hvor mange forløb, vi ønsker samt for eventuelle kvalitetsmål, som vil kunne indarbejdes i en tildelingsmodel.

I Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkenheds rapport om Rehabilitering på ældreområdet efter §83a i serviceloven står der, at flere af de analyserede

---

<sup>5</sup> Brugertidsprocenten (BTP) er normalt den faktor, man måler Hjemmeplejens effektivitet efter. BTP udtrykkes som den "direkte brugertids" andel af "fremmødetiden":  
$$BTP = (\text{Direkte brugertid} * 100) / \text{Fremmødetiden}$$

kommuner peger på udfordring med mangel på data på rehabiliteringsområdet (Social- og Indenrigsministeriet 2019, p. 3).

Dette er naturligvis ikke tilfredsstillende, og der pågår derfor et arbejde med at få udarbejdet bedre og styringsrelevant ledelsesinformation til de forskellige niveauer.

## 5. Tildelingsmodeller

I dette afsnit vil jeg opstille 4 mulige tildelingsmodeller for hjemmeplejen og dernæst diskutere hvilke udfordringer og muligheder de forskellige modeller indebærer. Udgangspunktet for at opstille en ny tildelingsmodel er, at det på en bedre vis end den nuværende skal understøtte, at vi lykkes med hverdagsrehabilitering i Thisted Kommune. Effekten vil enten kunne aflæses ved, at udgifterne til at levere en indsats svarende til den nuværende falder eller at kvaliteten af indsatsen stiger ved samme udgiftsniveau. Jeg har tidligere peget på borgernes grad af selvhjulpethed som den effekt, vi ønsker at kunne måle på. Dette skal de modeller, der opstilles gerne understøtte.

### 5.1 Modeller

Man kan forestille sig flere forskellige mulige tildelingsmodeller, som vil kunne placeres på en form for kontinuum, hvor man f.eks. kan placere et rent rammebudget i den ene ende og en ren takstafregning i den anden og så forskellige muligheder derimellem (se f.eks. Pedersen, 2014). Jeg opstiller ikke en model, hvor der er tale om ren kapitafinansiering, men lader i stedet dette indgå som variationer i de andre modeller.

Modellerne er hver især opstillet og beskrives som et alternativ til nuværende model.

#### 5.1.1 Rammebudget til forløbene – model 1

I denne model ændres udelukkende på hjemmeplejens tildeling til §83a og øvrige aktører fortsætter uændret.

En mulig tildelingsmodel er at ændre tildelingsmodellen for hjemmeplejen således at hjemmeplejen tildeles et rammebudget ud fra antallet af borgere, som visiteres til §83a og står for hele rehabiliteringsindsatsen samt vurderingen af hvilken

hjælp, den enkelte borger konkret har brug for i løbet af netop sit rehabiliteringsforløb<sup>6</sup>.

	I dag -nuværende model	Model 1
Hjemmepleje	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafregning 83a	Fast tildeling til ledelse, administration, sygepleje og 83a
Træning og Rehabilitering	Fast tildeling	Fast tildeling
Visitation	Fast tildeling	Fast tildeling

Tildelingen til hjemmeplejen til rehabiliteringsforløb vil hvert år kunne justeres efter antal borgere som bør modtage hjemmehjælp. Forskellen mellem denne model og den nuværende er, at Visitationen i dag visiterer til aktiviteter, mens de i denne model visiterer til forløb. Der kan anvendes kapitafinansiering via en risikovurdering af borgerne, hvis det f.eks. vurderes, at borgerne i bestemte geografiske områder har en anden sundhedsprofil end borgere i andre områder, og man har et politisk ønske om at arbejde med vertikal lighed i sundhed.

Dermed vil det faglige ansvar for indsatsen være placeret hos hjemmeplejen mens den økonomiske usikkerhed er placeret hos Visitationen som gatekeeper, der giver adgang til opstart af forløbet. Kriterierne for serviceadgangen er fastsat på forhånd i kvalitetsstandard. Hvis der visiteres flere forløb ind, end der er tildelt budget til, vil det være Visitationens ansvar at mindske adgangen til servicen.

En sådan model vil forudsætte, at budgettet tildeles bl.a. ud fra en antagelse om, hvor mange borgere der i løbet af et år visiteres til et rehabiliteringsforløb. Der skal ligeledes være en viden, om hvad en borger gennemsnitligt modtager i et rehabiliteringsforløb således, at en gennemsnitspris for et forløb kan beregnes. Volumen i antal rehabiliteringsforløb skal være store nok til, at når en gennemsnitspris beregnes, at den så er et udtryk for et reelt gennemsnit.

Givet disse forudsætninger, vil der med baggrund i historiske data kunne beregnes en gennemsnitspris pr. borger pr. rehabiliteringsforløb, og der vil kunne tildeles budget til hjemmeplejen på baggrund af antal borgere.

---

<sup>6</sup> Den enhed, der visiteres til kan placeres på et kontinuum således: minutter – aktiviteter – pakker – forløb. Oversat til konkret ting i praksis kan dette f.eks. være: 5 min. visiteret tid – støvsugning – morgenpleje - rehabiliteringsforløb

Princippet kan anvendes både på varige og midlertidige indsatser som hjemmeplejen leverer. I så fald vil der være tale om, at det er hele borger-forløb som tidsmæssigt i princippet kan strække sig over mange år, som på en eller anden måde skal prisfastsættes.

Fordelene er, at det faglige ansvar for indsatsen er placeret tættest på borgeren og hjemmeplejens personale kan få sat fagligheden i spil direkte. Budgettet kan variere fra år til år med udgangspunkt i den demografiske udvikling. Men fordelene er samtidig også ulemperne. Der vil skulle laves en model for hvordan andre fagligheder bringes ind, hvilket vil betyde, at der skal afsættes tid i hjemmeplejen til koordinering. Og kommunalbestyrelsen skal acceptere, at der skal afsættes penge til ældreområdet pr. automatik.

Sat på formel: Tildeling = F (+ evt. K)

### 5.1.2 En kombination af rammebudget og aktivitetsbaseret afregning – model 2

I denne model ændres udelukkende på tildelingen til Træning og Rehabilitering.

Set i forhold til nuværende model, kan man vælge at lade en større andel af et rehabiliteringsforløb være takstafregnet og en mindre del fast end i den nuværende model.

	I dag -nuværende model	Model 2
Hjemmepleje	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafregning §83a	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafregning §83a
Træning og Rehabilitering	Fast tildeling	Takstafregning §83a
Visitation	Fast tildeling	Fast tildeling

Idet hjemmeplejens andel af rehabiliteringsopgaven allerede er takstafregnet, ændrer modellen ikke på noget her, så hjemmeplejens økonomitildeling fortsætter på nuværende vis med det faste beløb til ledelse og administration og takstafregning af sosu-personalet. Men den anden primære aktør – nemlig træningsterapeuterne – er ikke takstafregnede i dag. I denne model ændres dette således, at træningsterapeuter afregnes for deltagelse i rehabiliteringsforløb via en takstafregning. Det vil fortsat være visitator, som visiterer til ydelserne og vurderer typen af forløb.

Når træningsterapeuterne skal takstafregnes, skal der foretages en prisberegning ud fra nogenlunde de samme elementer, som anvendes ved takstberegning for



sosu-personalet, og der skal beregnes en BTP. Træning og Rehabiliterings budget vil ændre sig fra at være rent rammebudget til at være en blanding.

Når ydelserne fra denne faggrupper prisfastsættes og skal afregnes for, vil de blive mere synliggjort for visitatorerne end de er pt., hvor de så at sige er "gratis" for Visitationen. I nuværende model er det Træning og Rehabilitering som bærer den økonomiske risiko ved en vækst i antallet af rehabiliteringsforløb som kræver deltagelse af en træningsterapeut.

Det er Visitor som visiterer til §83a, og de vil eksempelvis ud fra taksten for hhv. træningsterapeuterne og sosu-personalet kunne vurdere, om det bedst vil kunne betale sig at lave en meget kortvarig meget specialiseret indsats via træningsterapeuter, hvis det vurderes, at rehabiliteringspotentialer er meget stort fremfor en mere langvarig indsats over flere uger, hvor det er hjemmeplejens personale, som kommer ind over selve træningen med borgeren.

Sat på formel: Tildeling = F + T

### 5.1.3 En kombination af rammebudget og aktivitetsbaseret afregning - model 3

I denne model ændres udelukkende på Hjemmeplejens tildeling.

En variation over modellen med en økonomisk tildeling som både består en et rammebeløb og en takstafregning kan være, at lade nogle af de elementer, som i nuværende model er takstafregnede overgå til at være et rammebeløb i stedet. Altså øgede andelen af budgettet som er fast og reducere den variable del. I denne model overgår betaling for hjemmeplejens kørsel ud til borgerne til at være en del af rammen i stedet for en del af takstafregningen.

I denne blandede tildelingsform er den økonomiske risiko fordelt på de 3 involverede parter og model 3 adskiller sig dermed ikke væsentligt fra den nuværende model.

	I dag -nuværende model	Model 3
Hjemmepleje	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafregning §83a	Fast tildeling til ledelse, administration, sygepleje og kørsel Takstafregning §83a
Træning og Rehabilitering	Fast tildeling	Fast tildeling
Visitation	Fast tildeling	Fast tildeling

Men med et mindre variabelt budget og et større fast, skal hjemmeplejens ledere i mindre grad hele tiden sætte medarbejdere op og ned i tid for at tilpasse

indtægtsside og udgiftsside. Personalet vil dermed opleve en større jobsikkerhed. Dermed vil det måske for medarbejderne i mindre grad opleves som at "save den gren over, man selv sidder på", hvis de bliver bedre til at afslutte eller mindske antallet af ydelser hos den enkelte borger. Man kan samtidig forestille sig, at hjemmeplejen vil få et større incitament til at lade besked om behov for revisitation ude hos borgerne gå videre til Visitationen, når kørsel afregnes som et fast beløb, og at et mindre antal minutter hos en borger, som bor langt ude på landet, ikke betyder en økonomisk straf for hjemmeplejen. Den informationsasymmetri, der er mellem myndighed og leverandør vil måske mindskes, når leverandør i mindre grad har et incitament til at tilbageholde information om egen indsats.

Et opmærksomhedspunkt er, at der i den blandede model set ift. et rammebudget er større transaktionsomkostninger, idet der skal bruges flere ressourcer på afregningsopgaverne (Pedersen, 2014, p. 191). Hjemmeplejen bruger tid på løbende tilbagemeldinger til Visitationen om ændringer hos borgeren, som visitator derefter bruger tid på at sagsbehandle og ændre i tildelte ydelser.

Sat på formel: Tildeling = F + T

#### 5.1.4 Ren aktivitetsbaseret tildeling – model 4

Man kan også vælge at gå helt i den anden grøft og lade alle elementer af rehabiliteringsydelsen være takstafregnet således, at alle leverandører modtager en takstafregning fra Visitationen for at levere hverdagsrehabiliteringsydelser.

	I dag -nuværende model	Model 4
Hjemmepleje	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafregning §83a	Takstafregning
Træning og Rehabilitering	Fast tildeling	Takstafregning
Visitation	Fast tildeling	Fast tildeling

Dermed placerer man hele den økonomiske risiko ved Visitationen mens hjemmeplejen og Træning og Rehabilitering skal tilpasse personaleudgifter hertil til den løbende efterspørgsel således, at der er balance mellem indtægter og lønudgifter. For hjemmeplejen vil det være uændret ift. nu, mens det for Træning og Rehabilitering vil betyde at rammebudgettet mindskes.

I takstafregningsprisen skal udgifter til overhead, ledelse, administration ligeledes indgå. Det vil dog kræve, at man er meget skarp på at adskille prisen fordelt på paragraffer således, at man ikke risikerer at skulle afregne private leverandører

for at levere hjemmehjælp efter §83 ud fra en prisberegning hvori der også indgår udgifter som er genereret af §83a (hvis vi forudsætter at godkendelsesmodellen fastholdes). For Træning og Rehabilitering vil der skulle sikres en prisberegning, hvor personalets tid brugt på ydelser leveret efter forskellige paragraffer skal kunne adskilles. Den samme træningsterapeut leverer f.eks. både træning i forbindelse med servicelovens §83a og sundhedslovens §140.

Idet §83a indeholder en tværfaglig indsats samt tid afsat til en motiverende samtale med borgeren, vil overheadudgifter til at koordinere forløbet være højere end ved en almindelig hjemmeplejeydelse.

Sat på formel: Tildeling = T

Modellerne opsummeret:

	I dag - nuværende model	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Hjemme- pleje	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafreg- ning §83a	Fast tildeling til ledelse, administration, sygepleje og §83a	Fast tildeling til ledelse, administration og sygepleje Takstafregning §83a	Fast tildeling til ledelse, administration, sygepleje og kørsel Takstafregning §83a	Takst- afregning
Træning og Reha- litering	Fast tildeling	Fast tildeling	Takstafregning §83a	Fast tildeling	Takst- afregning
Visita- tion	Fast tildeling	Fast tildeling	Fast tildeling	Fast tildeling	Fast tildeling

## 5.2 Udfordringer og muligheder

Med udgangspunkt i modellerne præsenteret ovenfor diskuteres her udfordringer og muligheder i modellerne på parametrene organisationsændringer, interessenternes holdninger, mulighed for budgetoverholdelse, kvalitet og effektivitet.

### 5.2.1 Organisationsændringer

Udgangspunktet, hvis der skal ske en organisationsændring, må være, at der opnås en forbedring på nogle parametre; enten at kvaliteten, effektiviteten, muligheden for at overholde budgettet eller noget helt fjerde forbedres. Ellers giver det ikke mening at foretage organisationsændringer.

Hvis vi tager udgangspunkt i model 1, hvor det er et rammebeløb, som tildeles hjemmeplejen til rehabilitering, så placerer vi ansvaret for den faglige indsats hos hjemmeplejen og den økonomiske risiko hos Visitationen. Dette kræver et godt og løbende samarbejde og dialog mellem bestiller og udfører. Dette kunne måske i højere grad understøttes, hvis der foretages en organisationsændring, hvor disse to aktører bringes tættere sammen. Dette gælder især, hvis der visiteres til forløb hvori både varige og midlertidige indsatser indgår. I dette tilfælde kan det give mening at organisere sig ud fra andre hensyn som f.eks. geografi. Hvis myndighed og leverandør er organiseret sammen inden for et givent geografisk område, vil der kunne ske en løbende justering af borgerens ydelser inden for hele den kommunale vifte af tilbud placeret på en form for "tyngde-trappe", hvor de økonomiske incitamentet mellem visiterende og leverende enhed er sammenfaldende. I dette tilfælde vil en organisationsændring måske både kunne øge kvaliteten og mindske udgifter til ledelse. Det kunne også overvejes at flytte træningsterapeuterne fra Træning og Rehabilitering og samle alle aktører i samme organisatoriske enhed.

I de øvrige modeller 2,3 og 4 er det mindre aktuelt med organisationsændringer, for model 2 og 3s vedkommende fordi der kun er tale om mindre justeringer af eksisterende model og i model 4 fordi snittet i BUM-modellen dermed er en ren skelnen mellem bestiller og udfører.

Givet modellen, vil en organisationsændring give en forbedring:

Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Ja	Nej	Nej	Nej

### 5.2.2 Interessenternes holdninger

Ældreområdet og hverdagsrehabilitering er noget, som mange interessenter har en holdning til. Interessenterne er bl.a. politikerne, FOA, lederne i Sundheds- og Ældreafdelingen, Ældre Sagen samt borgerne og deres pårørende.

Politisk er der i social- og sundhedsudvalget (SSU) et ønske om, at der leveres så gode ydelser som muligt og med så høj grad af medarbejderkontinuitet i borgers hjem som muligt. Der er i udvalget en tro på, at dette i højere grad vil kunne opnås, hvis hjemmeplejens personale i højere grad får frihed til at sætte egen faglighed i spil. Dermed vil model 1, hvor det at definere indholdet af indsatsen flyttes fra Visitation til hjemmepleje, være attraktiv for SSU. Udvalget er naturligvis også meget bekymrede for økonomien på området, idet der har været merforbrug de 2 foregående år. Fornemmelsen i SSU er, at området er underbudgetteret og man har politisk et ønske om at kunne synliggøre dette for de andre politikere i

kommunalbestyrelsen. Derfor kunne både model 1 og 2 være attraktive for politikerne, idet det tydeligere kan resultere i, at der kommer mere præcise tal for, hvad en rehabiliteringsindsats koster pr. person end nuværende model, hvor tallene ikke er skilt ad. Der er ikke nogen elementer i model 3, som i særlig grad taler til SSU, så min vurdering er, at de vil være indifferente over for denne. Til gengæld harmonerer model 4 ikke med ønskerne i SSU. Politisk har man et ønske om, at det i altovervejende grad er de kommunale leverandører, der leverer ydelserne. Det er fravalgt fra politisk side at udbyde området. Samtidig opleves Visitationen som værende restriktiv og ufleksibel, hvilket ikke harmonerer om det politiske ønske om at hjælpe borgerne. Så en model, hvor det potentielt bliver mere attraktivt at være privat leverandør og hvor den faglige vurdering samles hos Visitationen vil ikke falde i SSUs smag.

Den faglige organisation, som hjemmeplejens social- og sundhedspersonale er organiseret i, er FOA. FOAs ønsker på medlemmernes vegne er bl.a.: høj(ere) løn, flere op på fuld tid og at medlemmernes faglighed bringes mest muligt i spil. Set ud fra lønspørgsmålet er der ingen forskel på modellerne. Hvis vi ser på muligheden for at få flere op på fuld tid, så kan der potentielt være forskelle. Når der pt. er en stor andel på nedsat tid, så skyldes det bl.a., at det kræver mange hænder at lægge en effektiv vagtplan hvor fremmødet skal være størst omkring morgenen. Samtidig skal hjemmeplejen fleksibelt kunne foretage en løbende tilpasning i takt med ændringer i antallet af visiterede timer. En model, hvor der er mindre udsving i tildelingen som i model 1 og til dels også model 3, vil derfor bedre kunne understøtte dette. Ser vi på muligheden for at sætte medarbejdernes faglighed mere fri er det ligeledes model 1 og 3, som bedst understøtter det. I model 3 fordi incitamentet til rent faktisk at give Visitationen en tilbagemelding om forbedringer i borgers funktionsniveau er større, når det ikke går ud over betalingen til kørsel.

Som leder vil man gerne have mulighed for at lede – og styre - det, som man har ansvaret for. Dvs., hvis man som i den nuværende model i princippet både bliver bedt om at løse opgaven beskrevet i kvalitetsstandard og overholde budgettet uanset om forudsætningerne f.eks. i form af antal borgere, som skal modtage ydelsen, så vanskeliggør man lederens arbejde. Det skal være en sammenhæng mellem ansvar og handlemulighed. I model 1 lægges ansvaret for rehabiliteringsforløbene hos hjemmeplejen. Hvis det skal være attraktivt for leder af hjemmeplejen, så skal der være lagt realistiske økonomiske forudsætninger ind således, at gennemsnitsprisen, som tildeles pr. borger, reelt er gennemsnitsprisen. Under den forudsætning, vil det være en attraktiv model for lederne, idet de får en bedre mulighed for at styre det budget, de er ansvarlige for, ved bedre selv at kunne tilrettelægge indsatserne. Og alt andet lige må det også formodes, at de ønsker større fagligt råderum til deres medarbejdere. Der vil

sikkert være blandede holdninger blandt lederne til model 2. På den ene side, vil en takstafregning til træningsterapeuterne synliggøre hvor stor en andel af budgettet, der anvendes på hverdagsrehabilitering, og hvis antallet af rehabiliterende ydelser stiger, så vil afregningen følge med, i modsætning til i dag, hvor udsving i ydelser indeholdes inden for det faste budget. Omvendt giver det måske en større fleksibilitet at have hele rammebudgettet og så selv fordele ud til de forskellige indsats som Træning og Rehabilitering er ansvarlig for. For ledere af hjemmeplejen gør modellen ingen forskel. Model 3 vil være attraktiv for lederne af hjemmeplejen med uden betydning for de øvrige ledere. Model 4 vil betyde endnu større udsving for alle lederne med undtagelse af leder af visitationen, idet hele budgettet gøre takstbaseret. Dette vil ikke bedre muligheden for at kunne lede – og styre – det, de er ansvarlige for, idet der er nogle grundomkostninger, som er uafhængige af antallet af leverede ydelser.

Ældre Sagen og øvrige organiserede interesser på området må formodes at ønske sig at leveringen af ydelserne organiseres så effektivt og med så høj kvalitet som muligt således, at serviceniveauet kan være så højt som muligt. Man kan forestille sig, at de vil ønske en tildelingsmodel, hvor der lægges nogle effektmål ind, som der kan følges op på og hvor der kan ske en sammenligning på tværs af kommuner. Det vil i princippet kunne opnås i alle 4 modeller.

Borgere og pårørende må antages at efterspørge en så høj kvalitet i rehabiliteringsforløbet som muligt således, at de kan være så selvhjulpne som muligt. (Selv om det i nogle tilfælde kan knibe med motivationen til at blive rehabiliteret til selv at kunne varetage rengøring). De er også fortalere for, at der er en høj grad af medarbejderkontinuitet. Givet dette, vil de være fortalere for en model, hvor der kan tænkes ud fra en investeringstankegang hvor en kortvarig og intensiv indsats leveres på bedste faglige måde. Dette understøttes nok bedst af model 1 og 3.

Er interessenterne positivt stemt over for modellerne:

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
SSU	Ja	Ja	Indifferent	Nej
FOA	Ja	Nej	Ja (lidt)	Nej
Lederne	Ja	Delvist	Delvist	Nej
Ældre Sagen	Ja	Ja	Ja	Ja
Borgere og pårørende	Ja	Indifferent	Ja	Indifferent

### 5.2.3 Budgetsikkerhed – og mulighed for budgetoverholdelse

Som Bukh og Christensen skriver, så er incitamentsstrukturen i BUM-modellen enkel. Hvis Visitationen skal holde sit budget, så kan de visitere til færre ydelser, og hvis leverandøren skal holde sit budget, så kan de levere ydelserne mere effektivt (Bukh og Christensen, 2020b, p. 16).

I den nuværende måde at styre økonomien på foretages der en månedlig budgetopfølgning, hvor den budgetansvarlige redegør for hidtidig og forventet for indeværende år. Hvis der forventes en overskridelse af budgettet i enten positiv eller negativ retning, skal der gives en forklaring herpå og ved større negative overskridelser, skal der udarbejdes en handleplan for hvorledes der bringes balance mellem forbrug og budget. Der er mulighed for at overføre mindreforbrug svarende til 5% af budgettet til det følgende år, mens det fulde beløb overføres, hvis der er et merforbrug. Dette betyder, at der er et stort fokus på budgetoverholdelse på det korte sigt og mindre mulighed for at spare op til større investeringer eller at foretage større investeringer, som vil kunne tjene sig hjem over en længere tidshorisont.

Hvis vi igen starter med model 1, hvor hjemmeplejen modtager et fast beløb for rehabiliteringsforløbene, så kan de overholde budgettet ved hele tiden at være så effektive som muligt og idet hjemmeplejen selv definerer indholdet af forløbet hos borgeren, når visitator har visiteret hertil, så kan hjemmeplejen i princippet tildele præcist det antal timer, som der er budget til. Der vil således ikke være modsatrettede incitament, som kan stå i vejen for budgetoverholdelse. Den nuværende budgetopfølgingsmodel understøtter dog ikke at der også kan anlægges et lidt længere tidsperspektiv, hvor en investering i et forløb hos en borger i år 1 måske kan give større besparelser i et længere tidsperspektiv. For Visitationen betyder denne model, at man har lagt mere præcise forudsætninger ind for tildelingen af budgetbeløb til rehabilitering og at der dermed bedre vil kunne argumenteres for en øget tildeling i forbindelse med budgetforhandlingerne ved ændringer i demografien. For Træning og Rehabilitering giver modellen ikke anledning til ændringer.

I model 2 takstafregnes også træningsterapeuterne for deres deltagelse i rehabiliteringsforløbet. Hvis de mange forskellige indsatser, som der skal allokeres personaletimer til i Træning og Rehabilitering pt. betyder, at der ikke er råd til alle indsatser, men at alle skal leveres, vil en takstafregning betyde, at det bliver nemmere for Træning og Rehabilitering at overholde budgettet. For Visitationen og hjemmeplejen giver modellen ikke anledning til ændringer.

I model 3 ændres på sammensætningen af fast tildeling og takstafregning. Umiddelbart vil en større fast afregning give hjemmeplejen bedre muligheder for

at overholde budgettet idet en mindre del af tildelingen dermed er variabel. For Visitationen og Træning og Rehabilitering giver modellen ikke anledning til ændringer.

Model 4 er den rene takstafregning. Den model giver ikke nogen af aktørerne bedre muligheder for budgetoverholdelse, idet også budgettildeling til udgifter til elementer, som ikke påvirkes af antallet af ydelser, vil blive gjort afhængige af antallet.

Understøtter modellen bedre budgetoverholdelse:

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Hjemmeplejen	Ja	Nej	Ja	Nej
Træning og Rehabilitering	Nej	Ja	Nej	Nej
Visitationen	Ja	Nej	Nej	Nej

#### 5.2.4 Kvalitet

En ny økonomitildelingsmodel skal gerne medføre enten, at der kan leveres en bedre kvalitet til samme pris eller samme kvalitet til en lavere pris. Givet det merforbrug Sundheds- og Ældreafdelingen har haft de foregående 2 år er fokus pt. især samme kvalitet til lavere pris. Men givet at målet - en højere grad af selvhjulpethed blandt borgerne - både er en bedre kvalitet og kan bedre økonomien, er der et sammenfald i fokus.

Som Bukh og Christensen gør opmærksom på, så giver en given måde at tildele på ikke i sig selv incitamenter til at øge effekten af indsatsen. Det gør den hvis effektmål indgår som et tildelingskriterium (Bukh og Christensen, 2018, p. 124).

Model 1 rummer både potentiale for en kvalitetsforbedring og en potentiel fare for kvaliteten: kvaliteten kan øges ved, at sosu-medarbejderne faglighed bliver bragt bedre i spil. Men det, at ansvaret for økonomien for rehabiliteringsforløbene på tværs af borgerne er placeret i hjemmeplejen, kan i yderste konsekvens også betyde, at der ved udsigt til et merforbrug vil blive slækket på kvaliteten af ydelserne. Derfor vil en sådan model skulle suppleres med nogle kvalitetskrav. Disse findes i et vist omfang allerede i form af de politisk fastsatte kvalitetsstandarder.

Model 2 kan understøtte, at Visitationen kan få en større indflydelse på den del af rehabiliteringsindsatsen, som træningsterapeuterne leverer ved, at de i højere grad end i dag bestiller ydelserne, hvis vi anlægger en 'den der betaler-bestemmer'-synsvinkel. Men deri ligger også en potentiel udfordring ift. kvaliteten. Hvor træningsterapeuterne i dag agerer meget selvstændigt med udgangspunkt i egen



faglige vurdering, vil visitator i denne model komme mere ind over med sin faglighed. Dette er dog nok lidt tænkt, og i praksis vil denne model nok ikke have den store indflydelse på kvaliteten.

Model 3 kan potentielt bedre kvaliteten idet hjemmeplejens incitament til at rehabilitere også den borger, som bor langt ude på landet med lang kørselsafstand til, øges.

I model 4 er der langt den største mulighed for at fastsætte præcise kvalitetsmål og så honorere målrettet efter opfyldelse af dem.

Understøtter modellen en øget kvalitet:

Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Ja, men også en risiko	Neutral	Ja	Ja

#### 5.2.5 Effektivitet

Jeg har flere gange argumenteret for, at der ift. hverdagsrehabilitering er et sammenfald mellem kvalitet og effektivitet, når det handler om selve ydelsen. Så for effektiviteten af outcome af selve hverdagsrehabiliteringsydelsen er disse diskuteret i ovenstående afsnit 5.2.4. Men der er også en anden form for effektivitet, som man kan se på. Det handler om den administrative tid, som medgår til at levere ydelsen. Det kan være ressourcer, der skal afsættes på konto 06 til visitatorer, til koordinerende møder, til dokumentation osv.

Model 1 reducerer det antal visitatorer, der er behov for, idet de udelukkende skal visitere til indgangen til forløbet. Omvendt placeres en større koordineringsopgave i hjemmeplejen, som vil være nødt til at udvide deres forløbskoordinator-funktioner og koordinerende møder med træningsterapeuter mv. -En opgave, som personalet i hjemmeplejen ikke nødvendigvis er godt rustet til. I hvert fald har det i praksis vist sig, at trods det, at hjemmeplejens personale har været på et uddannelsesforløb heri, så er det vanskeligt for mange at varetage tovholderfunktionen ved moderate og komplekse forløb jf. beskrivelse af Thisted Kommunes organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatsen i afsnit 2.2.2. Så spørgsmålet er, om denne model faktisk er mindre effektiv målt på administration end den nuværende model.

I model 2 takstafregnes også for træningsterapeuternes indsats. Det giver et mere klart snit og en mere synlig økonomi, hvor tid brugt på §83a er skilt tydeligt ud ad budgettet i Træning og Rehabilitering. Det giver en form for administrativ effektivitet.

I model 3 øges den faste afregning til hjemmeplejen for så vidt angår udgifter til kørsel. Det betyder, at den vil skulle anslås og prisfastsættes 1 gang om året. Men idet kørsel også indgår i beregningen af BTP nu, så er det sandsynligvis neutralt. Samlet set vil model 3 ikke have en betydning for effektiviteten.

Model 4 er umiddelbart effektiv set med administrative briller, idet alle aktiviteter er prisfastsat. Omvendt er det en ret administrativ tung opgave at prisfastsætte aktiviteterne.

Er modellen effektiv (målt på effektiv administration):

Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Nej	Ja	Neutral	Ja

### 5.2.5 Opsamling

Diskussionen af de 4 modeller viser sammenfattende, at model 1 vil fungere godt hvis indførelse af modellen suppleres med en organisationsændring således, at alle aktører organiseres i samme organisatoriske enhed, som f.eks. etableres opdelt efter geografiske områder. Alle interessenterne vil kunne finde modellen attraktiv, idet den vil kunne understøtte deres særlige fokus hver især. Det er lidt blandet om modellen bedre understøtter budgetoverholdelse end den nuværende model. Det vil bl.a. afhænge af, hvor grundigt man går til værks med at ændre på organiseringen. Modellen vil kunne have en gavnlig effekt for kvaliteten af hverdagsrehabiliteringen, men der er også en potentiel fare ved at tildele det hele som et rammebeløb. Modellen kan derfor med fordel suppleres med nogle kvalitetskrav, som skal opfyldes. Modellen flytter rundt på nogle af de koordinerende opgaver, men der kan være en form for stordriftsulempe ved at samle hele forløbet hos 1 aktør.

I model 2 er der ved implementering ingen særlig forbedring at hente ved at ændre på nuværende organisering. Det er blandet, om interessenterne vil finde modellen god, hvor SSU og Ældre Sagen vil være mest positivt stemt, lederne vil vurdere det forskelligt, mens FOA ikke vil synes, at det er en god model. Modellen vil kunne gøre en positiv forskel for Træning og Rehabiliterings mulighed for budgetoverholdelse men ikke for Visitationen og Hjemmeplejen. Modellen påvirker ikke kvaliteten i nævneværdigt omfang, men er mere effektiv set ud fra en administrativ synsvinkel.

Implementering af model 3 giver ikke et behov for en organisationsændring for at virke optimalt. Interessenterne er overvejende positivt indstillede, men SSU vil sandsynligvis være indifferente ift. modellen. For hjemmeplejen vil modellen virke understøttende ift. bedre at kunne overholde budgettet men ikke for Visitationen

og Træning og Rehabilitering. Modellen vil kunne understøtte kvaliteten, men er neutral ift. at opnå en mere effektiv administration.

Model 4 vil heller ikke blive bedre med en organisationsændring. Til forskel for de andre modeller vil interessenterne i overvejende grad være negativt indstillede med Ældre Sagen som eneste undtagelse. Modellen understøtter ikke bedre budgetoverholdelse, men den kan have en positiv effekt på kvaliteten af ydelsen og den kan administreres på en effektiv måde.

## 6. Diskussion

Som diskussionen af de 4 modeller i afsnit 5 viser, så kan der være et potentiale i at justere vores nuværende økonomistyringsmodel. Den kan enten ændres meget og sågar på længere sigt også betyde noget for den organisatoriske opbygning af Sundheds- og ældreafdelingen eller blot justeres lidt.

Af de 4 modeller opstillet i afsnit 5, virker model 1 til bedst at kunne understøtte de forskellige hensyn. Jeg vil derfor tage udgangspunkt i principperne fra model 1, når jeg i dette afsnit diskuterer først mulige potentialer og dernæst mulige udfordringer. Opsummeret er hovedforskellen i model 1 og den nuværende model, at hjemmeplejen tildeles et rammebudget til rehabiliteringsforløbene.

### 6.1 Potentialer

Hvis en ny tildelings- og økonomistyringsmodel skal kunne forbedre vores nuværende muligheder for styring og bedre implementering af hverdagsrehabilitering, skal den dels kunne hjælpe lederne til bedre at kunne styre og holde budgettet og den skal være motiverende for medarbejderne.

#### 6.1.1 Bedre styringsmuligheder for lederne

Udgangspunktet for denne opgave er, at jeg mener, at der er et potentiale i at ændre tildelings- og økonomistyringsmodellen således, at den understøtter, at kerneopgaven kan leveres med en samstemt økonomisk rationel adfærd for de involverede aktører. Jeg har bl.a. i indledningen problematiseret, at den nuværende model har modsatrettede økonomiske incitament for i hvert fald 2 af de involverede aktører. Der vil derfor være et potentiale i at placere aktørerne i samme båd rent økonomisk, idet aktørerne derfor vil have et incitament til at arbejde ud fra samme retning og mål. En ny tildelingsmodel kan være med til at styrke ledernes ledelsesrum. Bukh og Christensen beskriver ledelsesrummet ud fra 3 dimensioner (Bukh og Christensen 2018, p. 25):

1. *Hvilke beslutninger kan man træffe, og hvilke aktiviteter kan man gennemføre?*
2. *Hvilke konsekvenser af beslutninger og aktiviteter har man ansvar for?*
3. *Hvordan påvirker beslutningerne og konsekvenserne de økonomiske rammer?*

De 3 dimensioner skal hænge sammen således, at hvis man som leder får et ansvar for at opnå bestemte effekter, så skal man også kunne træffe de nødvendige beslutninger, gennemføre de rette aktiviteter og have den rette økonomi hertil. Hvis hjemmeplejen tildeles et rammebudget til hverdagsrehabiliteringsforløbene, og giver dem ansvaret for at afgøre, hvad de enkelte forløb skal indeholde, så kommer der en overensstemmelse mellem de 3 ovenstående punkter.

Men der er også nogle udfordringer. For hvordan får man bedst samlet aktørerne i "samme økonomiske båd"? Visitationen, hjemmeplejen og Træning og Rehabilitering er alle samlet under mit økonomiske ansvarsområde, så på dette niveau er de i samme båd, men hvis de også skal være det tættere på lederens eget ledelsesrum, så skal der noget andet til. Mere om dette i næste afsnit 6.2 om udfordringer.

På det politiske niveau er der en bekymring for økonomien, og hvis jeg ser på kommunalbestyrelsen som helhed også en manglende forståelse for, hvorfor udgifterne stiger. Der er derfor et stort potentiale i at have en form for prediktionsmodel for, hvad budgetbehovet vil være i de kommende år givet et politisk ønsket serviceniveauet. Hvis der kan opstilles en tildelingsmodel, hvor udgangspunktet er, at prisen pr. borger beregnes og sammen med forventede tilgang af borgere i det kommende år kan bruges som afsæt for tildeling af budget, vil det dels give en politisk gennemsigtighed og dels et bedre grundlag for lederne for at overholde budgettet. Når det har været vanskeligt at overholde budgettet på dette område de seneste 2 år, kan det skyldes, at ydelserne ikke har været leveret effektivt nok, men det kan også skyldes, at området har været underbudgetteret. Uden en beregning af, hvad det rent faktisk koster at levere ydelserne givet antallet af borgere, som skal modtage dem, kan det være vanskeligt at vide, om det er det ene eller det andet, der gør sig gældende. Men også her løber vi ind i en udfordring, som skal adresseres, hvis potentialerne i model 1 skal kunne indfries, nemlig det at få lavet konkrete beregning af hvad rehabiliteringsforløbene koster. Dette kommer jeg også nærmere ind på i næste afsnit.

Når en ny model er indført, er der et potentiale i at indføre nogle nye elementer, som vi ikke arbejder med i dag. Et eksempel herpå er at indføre et element af risikovurderinger og så lave en kapita-tildeling på baggrund af vurderingen.

Sundhedsstyrelsen udpeger i Håndbog i rehabilitering følgende risikofaktorer for at modtage hjemmehjælp: alder (stigende med alder), køn (kvinder har øget sandsynlighed), det at blive alene (tab af ægtefælle), rygning og ufrivillig ensomhed. Andre risikofaktorer er: kronisk sygdom, manglende netværk, knoglebrud som følge af fald, social ulighed, komplekse plejebehov bl.a. grundet kortere indlæggelsestid (Sundhedsstyrelsen 2016, p. 68).

Ved at tilføje risikovurderinger vil der være et incitament til, at indsatsen målrettes de steder, hvor der er de største potentialer. I Thisted Kommune findes nogle forskellige indsatser målrettet nogle af risikogrupperne som f.eks. forebyggende hjemmebesøg, udskrivningsbesøg ved hjemmesygeplejerske og kroniker-rehabiliteringshold. Men hvis f.eks. disse eller genoptræningsforløb efter sundhedslovens §140 skal tænkes ind, så findes det største potentiale ved at udvide forløbet 'rehabilitering' til at omfatte mere, end jeg har valgt at gøre i denne opgave, hvor jeg har afgrænset det til udelukkende at omfatte §83a.

Bukh og Christensen peger på, at det, der skal afgøre valget af tildelings- og økonomistyringsmodel, i mindre grad bør afgøres ved at se på selve ydelsen og mere ved at se på produktionsformen. Her falder de ovenstående eksempler på indsatser målrettet risikogrupper alle i samme kategori, nemlig forløbsbaserede (Bukh og Christensen 2020b). Der kan derfor måske være et potentiale ved at samle denne type af forløb under ét budgetansvarsområde og så målrette tildelingen til at understøtte effektive samlede forløb til borgere med behov for en eller anden form for rehabiliterende og midlertidig indsats.

Dermed vil vi også kunne tage et skridt over mod en styringsmodel som knytter resultater og budget sammen og dermed over i en mere effektbaseret styringsmodel.

### 6.1.2 Motiverede medarbejdere

Jeg har i denne opgave valgt at fokusere på det hjørne i figur 2, som handler om økonomistyring. Men faktorerne i hjørnerne påvirker alle muligheden for at levere den ønskede ydelse – i dette tilfælde hverdagsrehabilitering. Der er ingen tvivl om, at det hjørne af figuren, som skal repræsentere medarbejdernes faglighed og deres forståelse af hvad godt fagligt arbejde er, spiller en stor rolle. Mange af sosu-medarbejderne er af den opfattelse, at de lykkes bedst med deres arbejde, når de hjælper – forstået som servicerer - borgerne. I modsætning hertil er træningsterapeuternes kerneopgave at træne med borgerne. Det, at skulle skabe en fælles forståelse på tværs af faggrupper af hvilken kerneopgave, vi skal levere hos borgeren, er en proces, der tager tid.

Mange ansatte, og ikke mindst mange offentligt ansatte, har en profession, hvor professionens normer og standarder for, hvad det er godt arbejde, vejer tungere

end økonomiske incitamenter (Andersen et al. 2017). Der kan ligefrem være en negativ effekt af at anvende økonomiske incitamenter, hvis disse opleves som værende i modstrid med god faglighed. Mange offentligt ansatte er i højere grad motiverede af den indre tilfredsstillelse, det giver at levere, hvad de betragter som et godt stykke arbejde, end af økonomiske incitamenter. Der kan skelnes mellem en ydre og en indre motivation, hvor f.eks. økonomiske incitamenter er ydre, mens glæden ved at løse arbejdet godt er indre. I praksis er adfærd hyppigt motiveret af begge former (Andersen et al., 2017). Særligt for offentligt ansatte kan der også være tale om, at medarbejderne motiveres ud fra glæden ved at gøre noget godt for andre og for samfundet – public service motivation (Andersen et al., 2017). Social- og sundhedspersonale er ikke defineret som en profession. En profession betegner i stedet faggrupper med en særlig teoretisk viden og professionelle normer (Andersen et al., p. 74). Men sosu-gruppen har alligevel som faggruppe haft det kendetegn og i lang tid den opgave, at skulle levere omsorg fremfor at udvikle selvhjulpenhed hos borgerne. Hvis dette er tilfældet, så består den ledelsesmæssige opgave i at beskrive en sammenhæng mellem rehabilitering og god faglighed. Der er en opgave i at forklare den måde, økonomien til Hjemmeplejen tildeles på, som noget, der understøtter den gode faglige løsning af kerneopgaven på en måde, som vil få medarbejderne til at opfatte den som understøttende frem for kontrollerende.

Med en tildelingsmodel hvor hjemmeplejen tildeles et rammebeløb og selv står for indholdet af rehabiliteringsforløbene, vil der langt nemmere kunne tegnes et billede for medarbejderne af, at den økonomiske tildeling til organisationen 'hjemmeplejen' understøtter det at rehabiliterer borgerne til at opnå så en høj en grad af selvhjulpenhed som muligt og dermed at afslutte eller minimere hjemmeplejens ydelser hos borgeren på længere sigt. Men det er ikke gjort med dette alene. Givet at det at arbejde rehabiliterende fremfor kompenserende hos borgeren er en anden opgave, som kræver en anden forståelse hos medarbejderne af hvad kerneopgaven er, så betyder det, at det rent ledelsesmæssigt er meget vigtigt at have fokus på, hvordan man kommunikerer, når man ændrer på den ydelse, der skal leveres fra at være omsorg til passiv modtager til at være understøttelse af, at borger selv er aktiv. Mere om dette i afsnit 6.2.

## 6.2 Hvor vil det blive svært?

Som beskrevet i ovenstående afsnit er der nogle udfordringer, hvis jeg ønsker at implementere en ny tildelingsmodel med et rammebeløb til rehabiliteringsforløb. Udfordringerne er bl.a.:

- Hvordan får vi bragt aktørerne i samme båd økonomisk set på et niveau tættere på deres ledelsesrum?

- Hvordan får vi beregnet, hvad tildelingen skal være?
- Hvordan implementerer man en ny faglig tilgang i en medarbejdergruppe?

### 6.2.1 Ændret organisering?

Udfordringen er at finde en struktur hvor lederne, på det ledelsesniveau som har budgetansvaret, har sammenfaldende økonomiske incitament. Visitationen er gatekeeper og visiterer til rehabiliteringsforløb. Det skal de gøre inden for et budget, som også omfatter andre ydelser end §83a. Leder af Visitationen har ansvaret for at holde dette budget. Ledere af hjemmeplejens 2 distrikter skal levere rehabiliteringsforløb og også hjemmehjælp og sygepleje. De har ansvaret for at holde dette budget.

Lige nu afprøver vi en model, hvor vi bringer visitator, planlægger samt teamleder fra hjemmeplejen sammen i en fast mødestruktur, hvor kørelisterne gennemgås i fællesskab med henblik på revisiteringer. Denne models succes afhænger af, at aktørerne kan sætte sig ud over egne økonomiske interesser og have det perspektiv, som egentlig ligger på mit niveau, hvor det er det samlede sundheds- og ældreområdes økonomi, der tages hensyn til.

Det vil være godt, hvis vi kan finde en model, hvor vi rent organisatorisk kan få samstemt incitamenterne. Et forslag kunne være at opdele Thisted Kommune i 2 distrikter svarende til de to nuværende hjemmeplejedistrikter (se oversigt på kort i bilag 2). Inden for hvert distrikt tildeles et fast budget til ledelse, administration og sygepleje. Der tildeles et rammebudget til rehabiliteringsforløbene. Visitationen flyttes ud i de 2 distrikter, hvor visitator fortsat er gatekeeper, koordinerer på tværs af sektorer og sagsbehandler. Men hvor der er 1 budgetansvarlig leder for distriktet som helhed. Dette vil helt sikkert åbne op for nogle andre udfordringer bl.a. fordi hjemmeplejen ikke den eneste anden aktør, som Visitationen har et tæt samspil med, det har de også med f.eks. socialområdet, men det kunne også give muligheden for en langt tættere dialog mellem bestiller og udfører ud fra et samstemt økonomisk incitament.

### 6.2.2 Data

Hvis vi skal kunne beregne hvilket beløb, hjemmeplejen skal tildeles til rehabiliteringsforløb, så skal vi bruge data. Der skal på baggrund af historiske data kunne beregnes en pris pr. borger pr. forløb, så der kan beregnes en gennemsnitspris som en baseline. Volumen i antal rehabiliteringsforløb skal være store nok til, at når en gennemsnitspris beregnes, så er den et udtryk for et reelt gennemsnit.

Som jeg har været efterhånden mange gange i løbet af opgaven, så har vi en stor udfordring omkring data. Vi har grundet skift af omsorgsjournalsystem og

overgang til Fælles Sprog III ikke data fra 2018 og bagud. Vi er også usikre på, om alle rehabiliteringsydelse rent faktisk registreres som sådanne. Og endelig er det et stort manuelt arbejde at adskille økonomi brugt på rehabilitering fra andre typer af leverede ydelser i f.eks. Træning og Rehabilitering. Det er dog muligt.

Vi har et stort ønske om at kunne arbejde mere datadrevet og med et langt større fokus på effekt. I 2016 påbegyndte vi i Sundheds- og Ældreafdelingen i Thisted Kommune en strategiproces, som mandede ud i et strategikort for afdelingen (Jensen et.al 2018). Det var en rigtig god proces, og der var en stor opbakning til at arbejde med mål i ledergruppen. Vi fik fastsat de kritiske succesfaktorer (KSF) og nåede også langt i arbejdet med at opstille de KPI'er (key performance indicators), der skal til for at måle på, om vi lykkes med KSF'erne (se f.eks. Bukh og Christensen, 2013). Men af mange forskellige årsager er vi ikke i mål med rent faktisk at have sat targets for hvilken effekt, vi ønsker at opnå. Vi har ikke opstillet mål for rehabiliteringsindsatsen som f.eks. hvor mange forløb, der skal gennemføres blandt nye og gamle borgere, hvilken effekt vi ønsker at se m.v. Og det er også blevet meget tydeligt, at vi ikke har adgang til tilstrækkelig med data til følge (og fastsætte) de rette KPI'er. Det er en nødvendig forudsætning for rent faktisk at arbejde kontinuerligt ud fra strategikortet. Ikke mindst overgangen til et nyt omsorgsjournalsystem og til dokumentationsmetoden 'Fælles Sprog III' i begyndelsen af 2018, sendte os helt til tælling. Vi opdagede lidt hen på foråret 2018, at vores data på visiterede og leverede ydelser i hjemmeplejen overhovedet ikke stemte og at selv historiske data i øvrigt ændrede sig, hver gang vi trak dem. Det gav selvklart mange udfordringer både af afregningsmæssig og styringsmæssig karakter. Der gik adskillige måneder før fejlen var lokaliseret og kunne rettes.

Hvis vi skal udnytte potentialerne for at udvide modellen og f.eks. inddrage andre paragraffer i forløbene eller tilføje elementer af risikovurderinger eller opstille mål for hvilken effekt, der skal opnås, kræver det data på individniveau på en helt anden måde, end vi har arbejdet med det indtil videre.

### 6.2.3 Adfærd

Som vist i figur 2 er der et samspil mellem lovgivning og serviceniveau, faglighed og økonomistyring. En af udfordringerne – uanset økonomistyringsmodel – er, at det kan tage lang tid at ændre på en kultur og en vant måde at levere det, som medarbejderne betragter som 'den gode faglige opgaveløsning'.

Vi ved, at meningsskabelse og kulturændring er et langt sejt træk. Vi har arbejdet med hverdagsrehabilitering siden 2011, så vi er godt i gang, men der kan måske arbejdes med flere forhold, som i endnu højere grad vil kunne understøtte den ønskede adfærd. Der kan være behov for at få tegnet et endnu mere tydelige



billede af hvorfor, det er vigtigt at rehabilitere, så der både er penge og hænder til de borgere, som har et endnu større behov. Måske kan der være et potentiale i at bruge figur 1 i en formidlingsmæssig sammenhæng med fokus på at få tegnet et nyt fælles virkelighedsbillede. Der vil her måske med fordel kunne arbejdes mere strategisk med sensemaking f.eks. via flere borger-historier i en Weick'sk terminologi (Weick, 1993 og Weick et al., 2005).

Der er en lang række af mulige værktøjer og tilgange, når man skal arbejde med forandringsledelse, forandringsprocesser og ikke mindst de, som handler om at ændre adfærd.

En mulighed, som allerede findes i Sundheds- og Ældreafdelingens værktøjskasse, er forbedringsmodellen. Vi har siden 2013, hvor Thisted Kommune indgik i projektet "I Sikre Hænder", der er et projekt mellem KL, Sundheds- og Ældreministeriet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, arbejdet dels med at forbedre patientsikkerheden men også – og i denne sammenhæng mest vigtigt – arbejdet ud fra 'forbedringsmodellen'. Dette er en metode til implementering, der sikrer målrettethed, småskala-afprøvninger og data som basis for opsamling og implementering af de bedst virkende arbejdsgange. Det er frontpersonalet som ud fra PDSA-cirklen (Plan-Do-Study-Act), med udgangspunkt i deres faglig afprøver arbejdsgange og tilpasser dem kontinuerligt, til de virker.

Andre tilgange til forandringsledelse findes hos f.eks. Kotter og Schlesinger, som anbefaler at ledelsen dels får afdækket, hvad medarbejdernes modstand mod forandring bunder i, vælger en strategi til at overvinde det og igangsætter en forandringsproces, som løbende overvåges (Kotter og Schlesinger, 1979). Kotter er også kendt for sin 8-trins model for hvordan en forandring i en organisation kan gennemføres (f.eks. Kotter, 2005).

## **7. Afslutning og konklusion**

I Thisted Kommune stiger antallet af 80+ årige fra 2.398 borgere i 2020 til 4.108 i 2035 (en stigning på 1.710 eller 71 %) mens antallet af borgere i de erhvervsaktive aldersgrupper i samme periode daler fra 24.960 til 21.767 (et fald på 3.193 eller 13%) (Kilde: Danmarks Statistik). Der sker samtidig en omlægning af det danske sundhedssystem, hvor den mest specialiserede behandling skal foregå på sygehusene og resten skal klares i primærsektoren. Dermed bliver bl.a. kommunerne en væsentlig aktør med en stadig stigende rolle i sundhedsvæsenet. Det betyder dels, at vi skal være dygtige til at levere de rette opgaver og dels at vi skal være dygtige til at styre økonomien, når ressourcerne er knappe. Jeg har valgt at fokusere på hverdagsrehabilitering, som er et af de store svar i

kommunerne på, hvordan en del af den økonomiske udfordring skal adresseres. Den nuværende økonomistyrings- og tildelingsmodel giver ikke medarbejderne incitament til rent faktisk at lykkes med opgaven. Hvordan vi konkret arbejder både med rehabilitering og med økonomistyring og -tildeling er blevet afdækket i denne opgave, og jeg har med udgangspunkt i teorien om formula funding skitseret 4 alternative økonomistyringsmodeller. De forskellige modeller samt deres udfordringer og potentialer er dernæst blevet diskuteret ud fra forskellige parametre. Alt sammen med henblik på at afdække om jeg kan udpege en ny model for økonomistyring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb, som jeg efterfølgende kan implementere i Thisted Kommune.

Samlet set konkluderer jeg, at der er størst potentiale ved at indføre en model, som læner sig op ad model 1 beskrevet i afsnit 5.1.1. Altså en model, hvor hjemmeplejen får et rammebudget til rehabilitering og derefter selv tilrettelægger rehabiliteringsforløbene. Dermed har hjemmeplejens medarbejdere den faglige frihed til at vurdere, om en konkret borger har brug for mere, mindre eller gennemsnittet af, hvad et rehabiliteringsforløb i gennemsnit indeholder (og koster). Visitationens rolle bliver at være gatekeeper til forløbet. Diskussionen af modellen viser, at modellen vil kunne suppleres af en organisationsændring således, at alle aktører organiseres i samme organisatoriske enhed, som f.eks. etableres opdelt efter geografiske områder. Diskussionen viser også, at både det politiske niveau, lederne, medarbejderne og borgerne vil kunne finde modellen attraktiv, idet den vil kunne understøtte deres særlige fokus hver især. De to seneste år har hjemmeplejen og Visitationen haft vanskeligt ved at overholde budgettet. Model 1 understøtter bedre budgetoverholdelse ved at hjemmeplejens personale rent faktisk har et (økonomisk) incitament til at gøre borgerne mere selvhjulpne. Modellen vil kunne have en gavnlig effekt for kvaliteten af hverdagsrehabiliteringen, men der er også en potentiel fare ved at tildele det hele som et rammebeløb og derfor kan der med fordel suppleres med nogle kvalitetskrav, som skal opfyldes.

Mit udgangspunkt for at ønske en ny økonomistyring når hjemmeplejen skal arbejde rehabiliterende er – sat på spidsen – at medarbejderne ikke har et incitament til at afslutte borgerens ydelser, når de så derved risikerer at stå uden arbejde, idet hjemmeplejen tildeles en afregning pr. leveret time. Hvis medarbejderne skal være motiverede for at arbejde rehabiliterende, skal de ifølge Andersen et al. opleve de økonomiske incitamenter som understøttende for arbejdet og som værende i samklang med det, der vurderes at være rette faglige indsats. Hvis dette ikke er tilfældet, vil de økonomiske incitamenter have en demotiverende effekt (Andersen et al. 2017).

Hvis vi ændrer tildelingsmodellen således, at opgaven med at definere indholdet af hverdagsrehabiliteringsforløbet placeres hos udførende, når Visitationen har visiteret en adgang til et forløb, så gives medarbejderne bedre mulighed for at bruge egen faglighed.

Mit valg af metode med en grundig beskrivelse af vilkårene i Thisted Kommune og opstilling af modeller med udgangspunkt i den praksis, jeg kender til, har den åbenbare fordel, at konklusionerne fra besvarelsen af min problemformulering, ligger tæt på at kunne omsættes til handling. Havde jeg i stedet valgt en mere generel tilgang med et bredere datagrundlag fra mange andre kommuner (hvis det havde være tilgængeligt), kunne jeg risikere, at der skulle et større arbejde til for at gøre konklusionerne anvendelige ind i Thisted Kommunes kontekst. Jeg har fået gennemgået egen praksis meget nøje og har dermed et godt afsæt for at justere modellen til, så den præcist passer i Thisted Kommune, hvilket kan være en udfordring, hvis man kopierer en model fra andre steder med anden organisering og andre forudsætninger. Kommunernes forskelligartede tilgang til opgaveløsningen vanskeliggør i en vis udstrækning læring og effektivisering på tværs af kommunerne. Udfordringen er naturligvis, at det kan være vanskeligt at få øje på muligheder og udfordringer, hvis man udelukkende har øje for egen praksis. Som afdækningen og diskussionen har vist, så er den helt store udfordring, at vi er og har været begrænset i adgangen til data. Der er behov for adgang til data på individniveau på en måde, som vi ikke har p.t., men som vi arbejder med at få. Og der er behov for adgang til data koblet til nogle kvalitetsindikatorer, så vi kan måle på, om vi lykkes. I det hele taget er adgangen til data, som skal sige noget om kvaliteten et udviklingsområde på sundhedsområdet. I et samarbejde mellem Sundheds- og ældreministeren, Danske Regioner og KL er man i 2016 blevet enige om 8 nationale mål for sundhedsvæsenet, hvor målene følges via 38 målepunkter. Men også her vanskeliggør kommunernes forskellige særpræg det at fastsætte ensartede mål, og kun 2 ud af de 8 mål er rettede mod kommunerne. Adgangen til data og ændringer f.eks. i Landspatientregisteret vanskeliggør ligeledes arbejdet (Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner, 2019).

Min vurdering er, at model 1 er mest anvendelig. Model 1 angiver nogle rammer, men jeg kan ikke bare gå i gang med at implementere den umiddelbart. Der er brug for at afdække mulige variationer og for at indhente data. Det er en nødvendig forudsætning, at vi får styr på vores registreringer og at vi har dem til at køre over tilpas lang tid, så vi kan beregne nogle takster/udgifter pr. forløb. Dette har vi allerede fokus på, men det vil nok kunne gøres mere fokuseret.

Der er også det forhold, at tingene hænger sammen og griber ind i hinanden. Det er vanskeligt at ændre på en parameter uden, at det påvirker de andre. F.eks. vil

en ændring af visitationspraksis påvirke tildelingsmodellen og omvendt. Det er nemmest at håndtere, hvis der visiteres til 1 forløb, som det er 1 organisatorisk enhed, der leverer. Men lige nu er der 3 organisatoriske enheder involveret. Det betyder ikke, at det er umuligt at ændre økonomistyrings- og tildelingsmodellen, men at det er noget, som skal planlægges grundigt og som jeg skal have flere involveret i.

Det at finde frem til og implementere en god økonomistyrings- og tildelingsmodel handler ikke kun om den økonomiske side men også om ledelse. Lederne har de bedste forudsætninger for at styre, når budget-, beslutnings- og handleansvaret er placeret det samme sted. Det er demotiverende, hvis man har ansvaret for noget, som man ikke har muligheden for at påvirke og derfor påvirker den styringsmæssige ramme adfærden. Dette rækker også videre fra lederne og til medarbejderne. Hvis de økonomiske incitamenter skal have enten den positive motiverende effekt eller det modsatte, så skal medarbejderne kende til dem. Det betyder, at lederne af f.eks. hjemmeplejen m.fl. skal være meget opmærksomme på deres kommunikation herom.

Der er perspektiver i at ændre på økonomistyrings- og tildelingsmodellen med udgangspunkt i model 1, idet den vil kunne udvides til også at tage højde for forløb bredere set og for at borgerne har en forskellig risikoprofil. På længere sigt vil den kunne danne udgangspunkt for en egentlig effektbaseret tildelingsmodel. Når der f.eks. søges om hjemmehjælp efter servicelovens §83 – og borger derfor ofte vil blive tilbudt et rehabiliteringsforløb efter §83a – er det ofte fordi, der er tilstødt borgeren noget. Dette kan f.eks. være en sygehusindlæggelse, hvorfra borgerne udskrives med f.eks. en genoptræningsplan (SUL §140). Der er forskellig visitation til SUL§140 (sygehuset) og SEL §83a (Visitationen), men det er samme borger, som visiteres til begge dele og ofte også samme leverandører, der leverer ydelserne. Derfor kan det give mening på længere sigt at se på rehabiliteringsforløb ud fra et bredere perspektiv end det jeg har valgt at anlægge i denne opgave, hvor jeg har afgrænset det til udelukkende at handle om §83a. Det kan være, at vi skal udvide modellen til at være en forløbsbaseret tildelingsmodel, hvor flere typer af midlertidige indsatser tænkes ind. Der vil så kunne anvendes en form for 'bundled payments', som er en bevilling, der dækker alle udgifter forbundet med borgeren i en given periode uanset paragraf eller leverandør (Porter & Lee, 2016). Det vil sætte borgeren i centrum på en anden måde, end det vi opnår i dag, hvor det i højere grad er vores organisering, som er styrende. Dette vil kunne stå ved siden af en periodebaseret tildeling til hjemmeplejen for den mere varige hjemmehjælp.

Sundheds- og Ældreafdelingens overordnede vision er: "Vi skaber rammerne for det gode hverdagsliv". Det er det, der er udgangspunktet. Vores vilkår for at

skabe de rammer og forståelsen af, hvad et godt hverdagsliv består i, er ændret. Derfor er det helt naturligt, at der er opstået en disharmoni mellem den struktur, vi har bygget op og den nye type af opgaveløsning. Min ledelsesmæssige ambition skal være på baggrund af de nye erkendelser at (gen)etablere harmonien, sådan at der bliver overensstemmelse mellem økonomistyringsmodellen og opgaven for at støtte op om visionen til glæde for borgerne i Thisted Kommune.

## Litteratur

Analyse af hjemmepleje og visitation, 2020, Thisted Kommune. Link:  
[https://www.thisted.dk/~media/ESDH/committees/140/1227/Punkt\\_15\\_Bilag\\_1\\_Analyse\\_hjemmepleje\\_og\\_visitation\\_300120.ashx](https://www.thisted.dk/~media/ESDH/committees/140/1227/Punkt_15_Bilag_1_Analyse_hjemmepleje_og_visitation_300120.ashx)

Andersen, Lotte Bøgh & L.H. Pedersen. 2014. Styring og motivation i den offentlige sektor. Jurist- og Økonomforbundet.

Andersen, Lotte Bøgh, Christian Bøtcher Jacobsen, Mads Leth Felsager Jakobsen, Thomas Pallesen og Søren Serritzlew. Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor, 2017. Hans Reitzels Forlag.

Bevan, Gwyn & Christopher Hood. 2006. What is measured is what matters: Targets and Gaming i The English Public Care System. Public Administration Vol. 85, no. 3 (517-538).

Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen, 2013. Succes med balanced scorecard. Gyldendal.

Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen (eds.), 2018. Strategi og styring med effekt. København: DJØF Forlag.

Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen, 2020a. Tildelingsmodeller og effektbaserede principper i den offentlige sektor. Under udgivelse i *Samfundslederskab i Skandinavien*.

Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen, 2020b. Effektbaserede ressourcetildelingsmodeller for forløbs- og periodebaserede indsatser. Under udgivelse i *Samfundslederskab i Skandinavien*.

Dalsgaard, Camilla T., Kasper Lemvig og Marie Kjærgaard. Et smugkig: Kommende analyse af økonomistyring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb – Beskrivelse af tre kommuners organisering, styringsmodel og budgetopfølgning. VIVE, 2020.

Jensen, Jan Bendix, Julie Theresa Neidhardt og Anne Fink: Mål skaber mening: Strategi og målstyring på sundheds- og ældreområdet. 2018. I Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen: Strategi og styring med effekt. København: DJØF Forlag.

Kotter, J.P. 2005. Acceleration: Strategisk smidighed i en foranderlig verden. Gyldendal Business.

Kotter, J.P. & Schlesinger L.A. 1979. Choosing strategies for change. Harvard Business Review. Mar-Apr; 57(2):106-14

MarselisborgCentret: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. <https://www.marselisborgcentret.dk/viden-om-rehabilitering/definitioner-af-rehabilitering/>.

Pedersen, Kjeld Møller. 2014. Basal sundhedsøkonomi. Munksgaard. København.

Porter, Michael E. & Thomas H. Lee. 2013. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, Vol. 91, No. 10, pp. 50-70.

Smith, P.C. 2008. Formula Funding of health services: Learning from experience in some developed countries. Discussion paper number 1/2008, World Health Organization, Geneva.

Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkenhed. Rehabilitering på ældreområdet efter §83a i serviceloven. Oktober 2019.

Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Håndbog-rehabilitering/Håndbog-i-Rehabiliteringsforløb-på-ældreområdet.ashx?la=da&hash=9F48190B03AB3020FC6040B9CD4B15B32AB834BE>

Sundheds- og Ældreministeriet, KI og Danske Regioner. 2019. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019. Link: [https://sum.dk/Temaer/~/\\_/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2019/Nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2019/Nationale-Maal-2019-pub.pdf](https://sum.dk/Temaer/~/_/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2019/Nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2019/Nationale-Maal-2019-pub.pdf)

Thisted Kommunes værdighedsstrategi: [https://www.thisted.dk/Politik/PolitikkerOgPlaner/\\_/media/POLITIK/PolitikkerStrategier/Strategier/Værdighedsstrategi.pdf](https://www.thisted.dk/Politik/PolitikkerOgPlaner/_/media/POLITIK/PolitikkerStrategier/Strategier/Værdighedsstrategi.pdf)

Weick, K. 1993. The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 38, no. 4 (dec., 1993), pp. 628-652.

Weick, K., K. Sutcliffe & D. Obstfeld. 2005. Organizing and the Proces of Sensemaking, *Organization Science*, Vol. 16, no. 4, pp. 409-421.

## Bilag

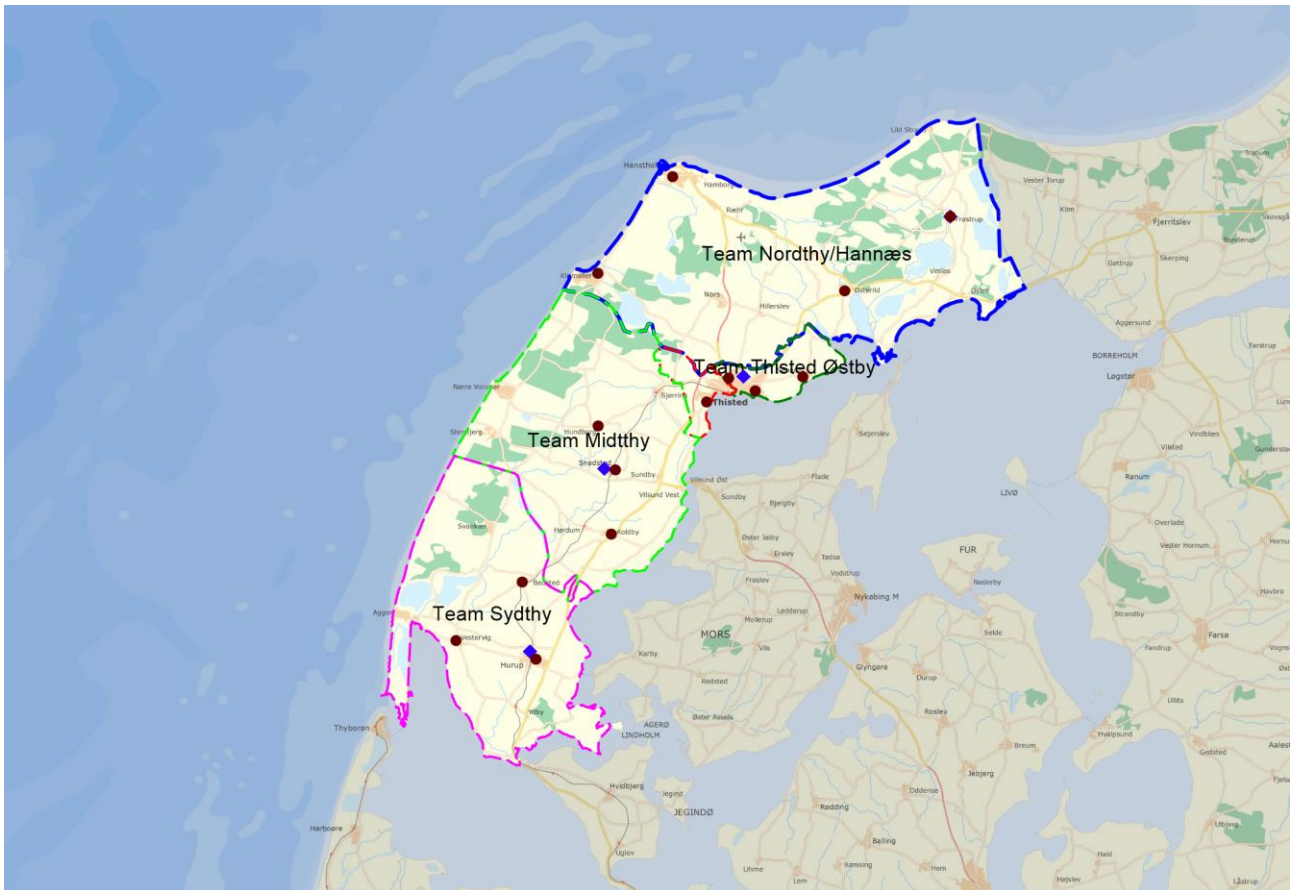
### Bilag 1:

Uddrag af serviceloven vedrørende Personlig pleje og praktisk hjælp samt rehabilitering:

<p>§83 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) personlig hjælp og pleje,</li><li>2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og</li><li>3) madservice.</li></ol> <p>Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.</p> <p>Stk. 3. Forud for vurderingen af behovet for hjælp efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen vurdere, om et tilbud efter § 83 a vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter stk. 1.</p> <p>Stk. 4. Tilbud om hjælp efter stk. 1 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.</p> <p>Stk. 5. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for hjælp efter stk. 1 til den enkelte modtager af hjælpen. Hjælpen skal løbende tilpasses modtagerens behov.</p> <p>Stk. 6. I forbindelse med afslutning af et rehabiliteringsforløb efter § 83 a skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83.</p>	<p>§83a Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.</p> <p>Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.</p> <p>Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.</p> <p>Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6.</p>
---	--



Bilag 2: Kort over Thisted Kommune med Sundheds- og Ældreafdelingens tilbud tegnet ind.



Røde prikker: Plejecentre

Blå ruder: Sygeplejeklinikker

Lyserød samt lys grøn streg: Hjemmeplejen Syd, hhv. Team Sydthy og Team Midtthy

Rød, mørkegrøn og blå streg: Hjemmeplejen Nord, hhv. Team Thisted Østby, Team Thisted Vestby og Team Nordthy/Hannæs