

# Økonomisk styring af Kommunalt leveret sygepleje

## Inspiration til kommunerne

*Konklusioner og spørgsmål til refleksion*

# Indledning

VIVE har undersøgt **fem kommuners økonomiske styringspraksis** af kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138 med særligt fokus på sygepleje leveret af:

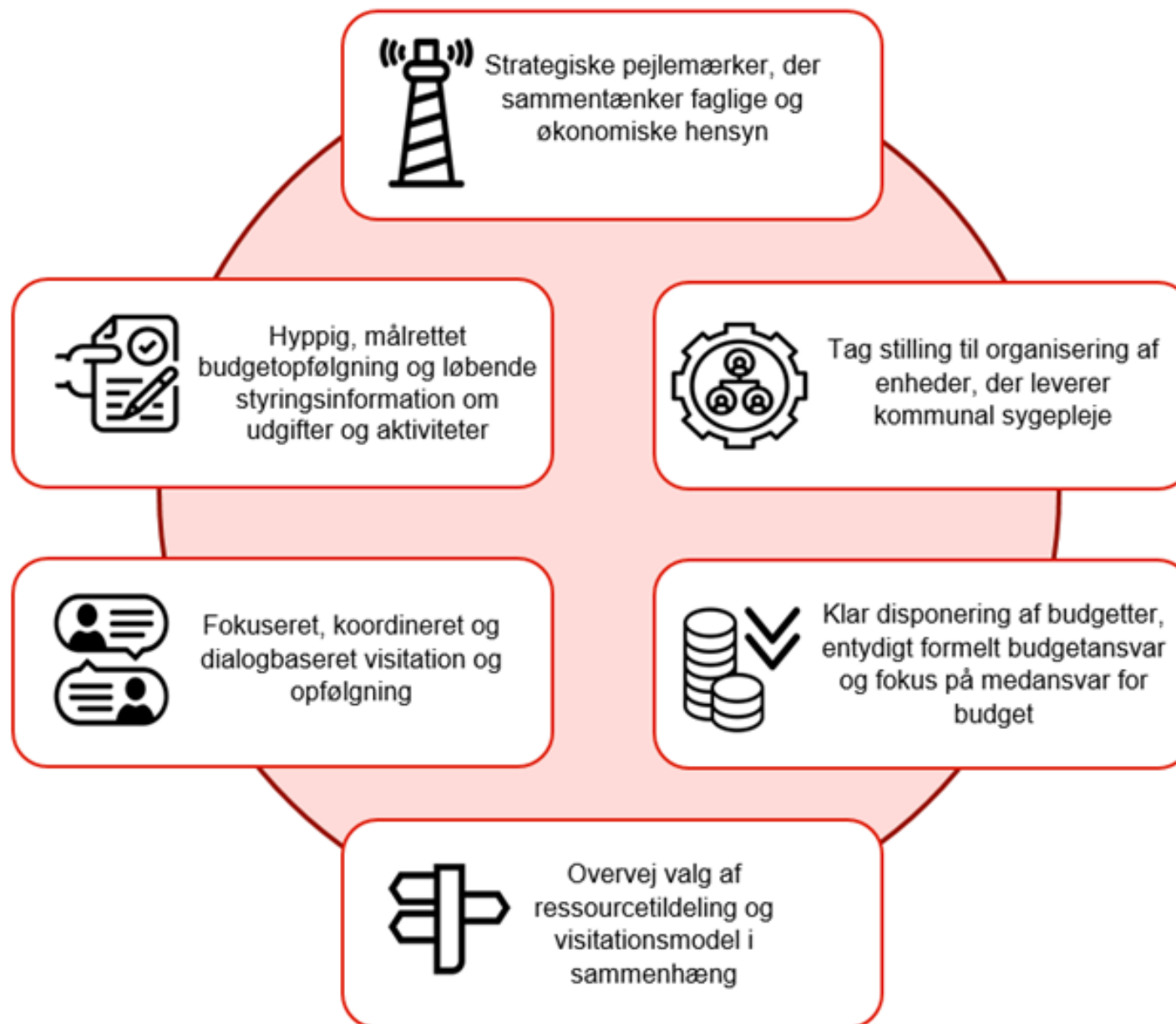
- Den udekørende sygepleje
- Hjemmeplejen (overdraget sygepleje)
- Sygeplejeklinikker
- Akutfunktionen.

Undersøgelsen har til formål at **inspirere andre kommuner** til at videreudvikle deres økonomiske styring af den kommunalt leverede sygepleje.

**Læs mere** om undersøgelsen i rapporten "Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje – inspiration til kommunerne".

# Seks fokuspunkter

Undersøgelsen peger på seks fokuspunkter, der er centrale for kommunernes økonomiske styring af sygeplejen



# For hvert af de seks fokuspunkter gennemgås følgende tre ting

Undersøgelsens vigtigste **konklusioner**

Konkrete **eksempler** fra deltagerkommunerne

**Spørgsmål til refleksion**, som kan danne grundlag for en drøftelse af egen økonomistyringspraksis

# Strategiske pejlemærker, der sammentænker faglige og økonomiske hensyn





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

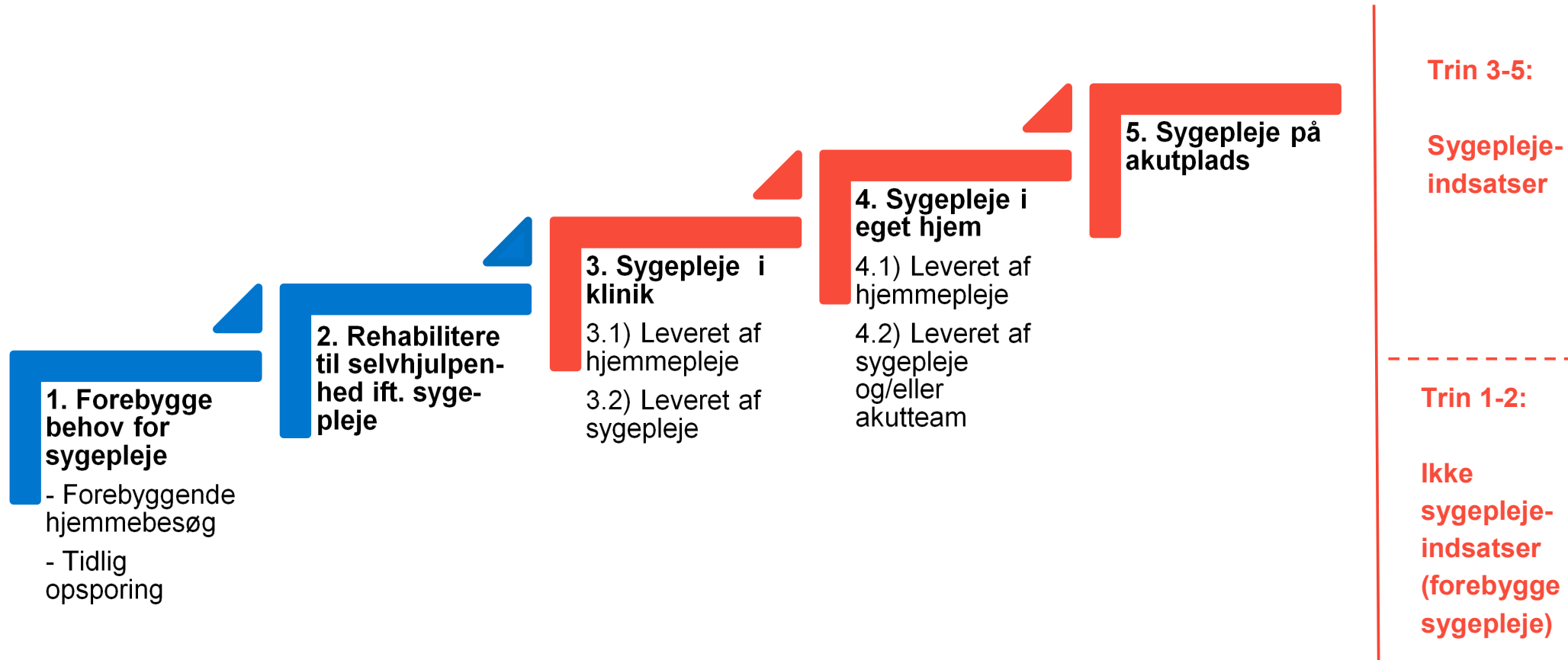
**Tre strategiske pejlemærker** fremhæves i deltagerkommunernes arbejde for at styrke den økonomiske og faglige styring af sygeplejen:

- **LEON-princippet:** Kommunerne leverer sygepleje på det lavest effektive omkostningsniveau. Det gælder både i forhold til leveringssted (fx klinik eller eget hjem), organisatorisk enhed (fx sygeplejen eller hjemmeplejen) og medarbejdere (fx sygeplejersker eller social- og sundhedsmedarbejdere).
- En **rehabiliterende tilgang:** Kommunerne hjælper borgeren til at blive mere selvhjulpne og få mindre brug for kommunal sygepleje. Det kan både have faglig værdi for den enkelte borger og være en økonomisk gevinst for kommunen.
- En **helhedsorienteret tilgang:** Tilgangen sikrer sammenhæng mellem de forskellige sygeplejefaglige og evt. andre kommunale indsatser til borgeren. Det kan reducere dobbeltarbejde og unødvendig koordination på tværs af det kommunale ældre- og sundhedsområde.

Deltagerkommunernes praksis peger på, at et **målrettet arbejde med at øge brugen af sygeplejeklinikker** kan forbedre produktiviteten i sygeplejen.



## LEON-princippet og den rehabiliterende tilgang som 'indsatstrappe'



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



# Spørgsmål til refleksion

Hvordan sammentænker kommunen sygeplejefaglige og økonomiske hensyn i den strategiske styring af sygeplejeområdet?

Anvender kommunen fx følgende strategiske pejlemærker:

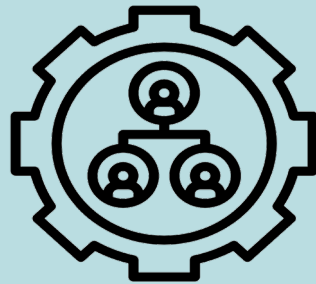
- LEON-princippet?
- En rehabiliterende tilgang?
- En helhedsorienteret tilgang?

Arbejder kommunen målrettet med at øge anvendelsen af sygeplejeklinikker?

- Er der en økonomisk og fagligt velbegrundet målsætning for brugen af sygeplejeklinik? Hvis ja, skal målsætningen konkretiseres med et måltal?
- Er der taget politisk stilling til brug af og målsætning for sygeplejeklinik?
- Følges der systematisk op på graden af klinikanvendelse? Skal der være en bedre opfølgning?



# Tag stilling til organisering af enheder, der leverer kommunal sygepleje

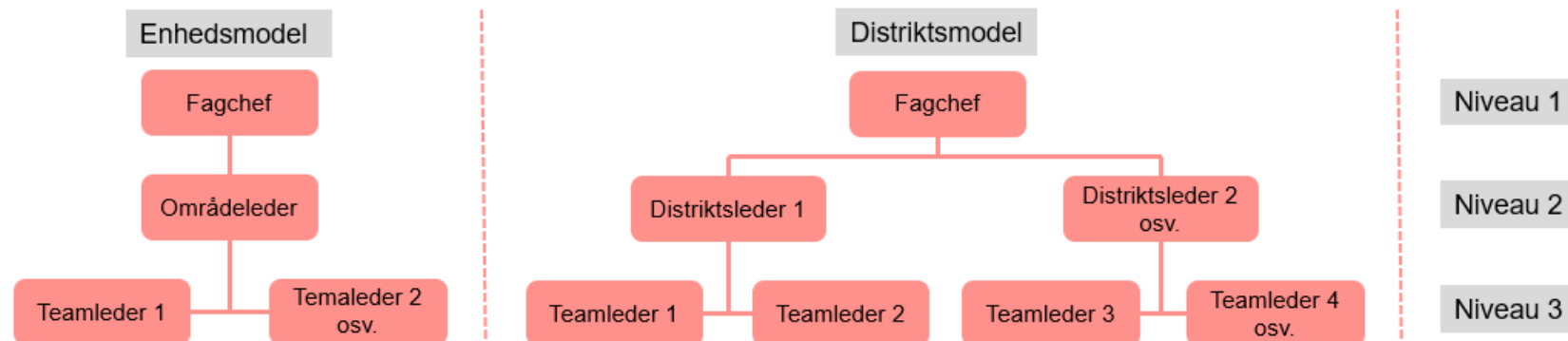




# Konklusioner 1/4

Deltagerkommunerne anvender to forskellige **ledelsesmodeller på niveau 2**, dvs. niveauet under fagchefen. De to modeller har i udgangspunktet hver deres fordele og ulemper i forhold til økonomisk styring:

- **Enhedsmodel.** I modellen er der én budgetansvarlig områdeleder på niveau 2 og en række teamledere på niveau 3. Modellen kan understøtte en samlet økonomisk styring og modvirke økonomisk suboptimering. Omvendt kan modellen indebære en risiko for, at decentrale ledere ikke ansvarliggøres økonomisk, og at lederen på niveau 2 er for langt fra driften.
- **Distriktsmodel.** I modellen er der to eller flere budgetansvarlige distriktsledere på niveau 2 og en række teamledere på niveau 3. Distriktsmodellen kan understøtte økonomisk ansvarlighed i de enkelte distrikter, men kan omvendt indebære en risiko for økonomisk suboptimering.





## Konklusioner 2/4

I deltagerkommunerne er der tre modeller for **organisering af udekørende sygepleje ift. hjemmeplejen**:

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

**Fordele og ulemper** ved modellerne:

- En fuldt eller delvist adskilt model kan understøtte et fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling. Modellen indebærer dog en risiko for en mindre effektiv udnyttelse af personaleressourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen og kan give sværere betingelser for tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen.
- En fuldt samorganiseret model kan understøtte det tværfaglige samarbejde mellem hjemmeplejen og sygeplejen. Modellen kan indebære en risiko for mindre fokus på sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling.
- En fuldt eller delvist samorganiseret model kan understøtte en effektiv anvendelse af personaleressourcer på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen.



# Konklusioner 3/4

I deltagerkommunerne er der to modeller for organisering af **sygeplejeklinikker**:

- **Decentral model:** Et antal mindre sygeplejeklinikker er forankret i de udekørende sygeplejeteams.
- **Kombinationsmodel:** Et antal mindre klinikker er forankret i de udekørende teams, og derudover findes en eller flere større klinikker, som er forankret centralt hos lederen af akutfunktionen.

Kommunerne kan med fordel tage stilling til følgende **tre organisatoriske valg** i arbejdet med sygeplejeklinikker:

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



Deltagerkommunerne har forskellige måder at **organisere akutfunktionen** på. Kommunerne adskiller sig ved valget af, om den udekørende akutsygepleje varetages af et særskilt akutteam eller er integreret i den udekørende sygepleje. Det er også forskelligt for de fem kommuner, om de har valgt at have akutpladser eller ej, og hvor mange akutpladser de i givet fald har valgt.

**Fordele og ulemper** ved forskellige organiseringer af akutfunktionen:

- En model med et særskilt udekørende **akutteam** kan understøtte specialiserede kompetencer til akutsygepleje, men kan indebære mindre gunstige betingelser for en høj kapacitetsudnyttelse i akutsygeplejen.
- En model, hvor den udekørende **akutsygepleje integreres** i den udekørende sygepleje, kan bidrage til at forbedre kapacitetsudnyttelsen, men kan i udgangspunktet indebære mindre gunstige betingelser for specialisering i akutsygepleje.
- En model med **akutpladser** kan, ifølge nogle deltagerkommuner, bidrage til at forhindre dyre forløb i borgerens hjem samt hospitalsindlæggelser. En ulempe ved akutpladser er, at akutpladser kan være relativt dyre sammenlignet med indsatser i borgerens hjem.



## Ledelsesmodel og opgaveportefølje på ledelsesniveau 2

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



## Organisering af udekørende sygepleje ift. hjemmeplejen i ledelsesniveau 3

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



## Organisering af sygeplejeklinikker

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





# Spørgsmål til refleksion 1/2

Understøtter kommunens **ledelsesmodel** (niveau 2) på sygeplejeområdet:

- Muligheden for en samlet økonomisk styring?
- At I undgår økonomisk suboptimering?
- At de decentrale ledere bliver gjort økonomisk medansvarlige?
- At den budgetansvarlige leder på niveau 2 aflastes i og kan delegerede dele af det økonomiske ansvar?

Understøtter kommunens organisering af **udekørende sygepleje ift. hjemmeplejen**:

- Et effektivt tværfagligt samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen?
- En effektiv anvendelse af personaleressourcerne på tværs af sygeplejen og hjemmeplejen?
- En tilstrækkelig sygeplejefaglighed og sygeplejefaglig udvikling?

Hvis ikke disse hensyn understøttes af ledelsesmodel og organisering, hvilke tiltag har I så iværksat for at imødekomme hensynene? Har I brug for at ændre noget?



## Spørgsmål til refleksion 2/2

Understøtter kommunens organisering af **sygeplejeklinikker** en øget anvendelse af sygeplejeklinikker? Hvordan? Har I overvejet følgende spørgsmål:

- Under hvilken leder og budgetramme skal sygeplejeklinikkerne placeres?
- Hvor mange og hvor store sygeplejeklinikker skal der være? Hvor skal de være placeret fysisk?
- Hvilke medarbejdergrupper skal bemande klinikkerne? Udelukkende sygeplejersker eller også social- og sundhedspersonale?

Understøtter kommunens organisering af **akutfunktionen** en god ressourceudnyttelse? Hvordan? Har I overvejet følgende spørgsmål:

- Skal kommunen have et særskilt akutteam eller en integreret udekørende akutsygepleje?
- Hvordan sikrer I, at der er specialiserede kompetencer i akutsygepleje i den udekørende sygepleje?
- Hvordan sikrer I høj kapacitetsudnyttelse i den udekørende akutsygepleje?
- Skal kommunen have akutpladser eller ej, og hvis ja, hvor mange?

**Klar disponering af budgetter, entydigt formelt budgetansvar og fokus på medansvar for budget**





# Konklusioner 1/2

- I budgetlægningen kan kommunerne med fordel tage stilling til, hvordan man vil håndtere de forventede **budgetmæssige konsekvenser**, som et **stigende antal ældre borgere** kan have for den kommunale sygepleje.
- Den demografiske udvikling kan blandt andet håndteres ved at:
  - Foretage en løbende, konkret vurdering af behovet for demografiregulering
  - Anvende en demografimodel, der omfatter sygeplejen som grundlag for en stillingtagen til en evt. regulering af budgettet.
- Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan systematisere deres arbejde med at udvikle **effektiviseringstiltag**. Det kan gøres ved:
  - Med jævne mellemrum at gennemføre større og mindre analyser af sygeplejeområdet i budgetprocessen
  - Løbende at have fokus på at optimere driften og derigennem udvikle tiltag, der kan blive en del af budgetprocessen.

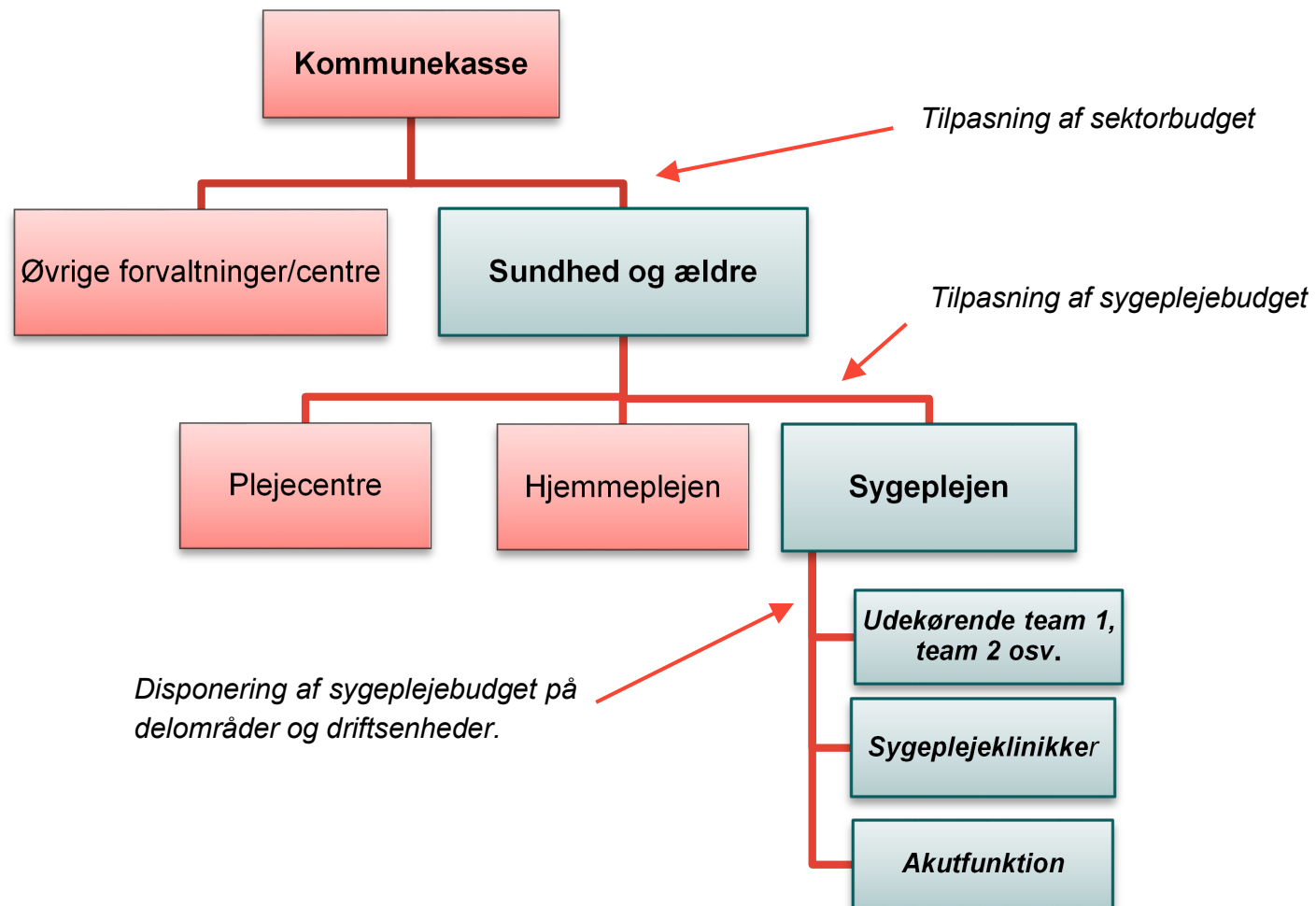


## Konklusioner 2/2

- En **klar disponering af sygeplejens budget** på underområder og driftsenheder giver driftslederne et godt grundlag for den løbende økonomiske styring. Disponeringen kan bestå af forudsatte udgiftsrammer eller af forudsætninger om aktivitet (fx visiterede timer) og produktivitet (fx timepris). Klare forudsætninger om aktivitet og produktivitet kan også bidrage til gennemsigtighed i den politiske styringskæde.
- Man kan med fordel have en **entydig placering af det formelle budgetansvar**, så det er klart:
  - Hvem der har ansvaret for, at et budget eller delbudget overholdes
  - Hvem der har pligt til at tage initiativ til at rette op på et forventet merforbrug.
- Samtidig kan kommunerne med fordel arbejde for **en høj grad af økonomisk ansvarlighed hos lederne** i niveauet under de formelt budgetansvarlige (ledelsesniveau 3). Det kan fx styrke den økonomiske ansvarsfølelse hos lederne i niveau 3 at gøre dem ansvarlige for individuelle og afgrænsede økonomiske delrammer. Dermed får de også et synligt medansvar for at overholde det samlede sygeplejebudget.



## Eksempel på tilpasning og disponering af budgettet til kommunal sygepleje

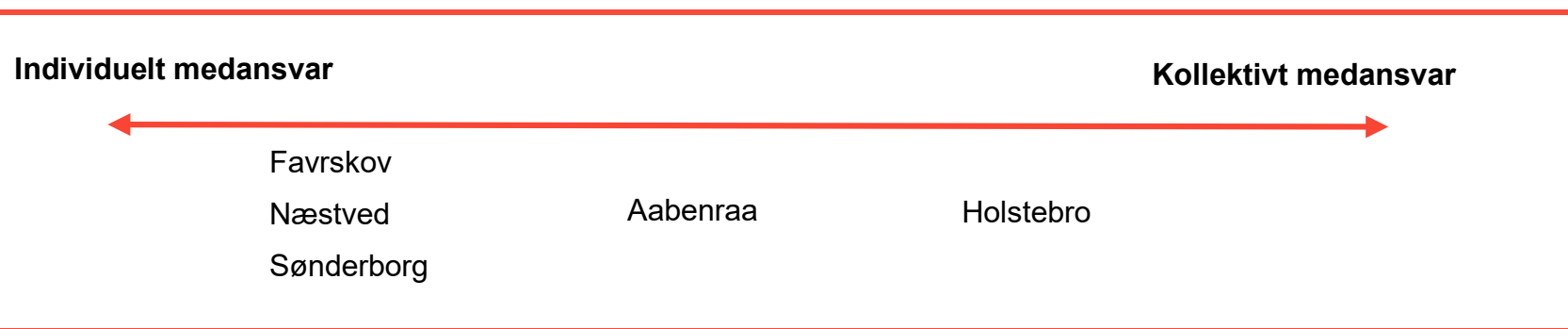




## Eksempler 2/2

### Ansvar og medansvar for budget i ledelsesniveau 2 og 3

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



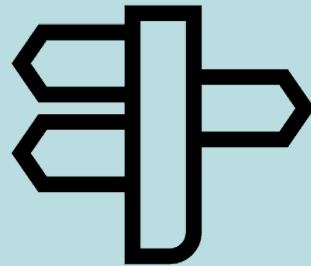


# Spørgsmål til refleksion

- Hvordan arbejder I med at håndtere den **demografiske udvikling** på sygeplejeområdet? Har I fx en demografimodel, der omfatter sygeplejen, eller tager I løbende stilling til evt. budgetmæssige konsekvenser?
- Har I en systematisk praksis for arbejdet med **effektiviseringer** i budgetprocessen samt et løbende fokus på at optimere driften og derigennem udvikle tiltag, der kan blive en del af budgetprocessen?
- Hvordan **disponerer** I sygeplejens budget på delområder og driftsenheder, og hvilket økonomisk styringsgrundlag giver det driftslederne? Disponerer I fx sygeplejebudgetterne efter forudsætninger om aktiviteter (fx timer) og produktivitet (fx timepris)? Er der behov for at gøre det i højere grad end i dag?
- Er der en entydig placering af det **formelle budgetansvar** for sygeplejeområdet i kommunen? Hvem har det?
- Hvordan arbejder I med at understøtte en høj grad af **økonomisk medansvar for sygeplejebudgettet** hos lederne i niveauet under de formelt budgetansvarlige? Er disse ledere eksempelvis ansvarlige for individuelle og afgrænsede økonomiske delrammer? Skal de i højere grad være det?



## Overvej valg af ressourcefordeling og visitationsmodel i sammenhæng





- Fire af de fem deltagerkommuner rammestyrer deres **udekørende sygepleje**, mens én kommune aktivitetsstyrer sygeplejen. Begge ressourcefordelingsmodeller har **fordele og ulemper**:
  - **Rammebaseret fordelingsmodel** understøtter en fast dimensionering af sygeplejen. Modellen skaber behov for, at kommunen er særligt opmærksom på, om der er et rimeligt forhold mellem rammens størrelse og aktivitetsniveauet.
  - **Aktivitetsbaseret fordelingsmodel** understøtter, at afregningen følger aktiviteten. Modellen skaber behov for, at kommunen er særligt opmærksom på, at myndighed og udførere følger op på borgeres ydelser, så der er sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen – og dermed afregningen.
- Analysen peger på, at det er en fordel at kombinere ressourcefordelingen med **data om aktiviteter og produktivitet**:
  - For en rammebaseret fordelingsmodel kan data om aktiviteter og produktivitet understøtte arbejdet med, at gennemsnitsomkostningen pr. ydelse ikke bliver for høj, og det samtidigt er muligt at løse opgaverne inden for rammen.
  - For en aktivitetsbaseret fordelingsmodel kan data om aktiviteter og produktivitet være med til at sikre, at aktivitetsafregningen er passende.



- **Afregningsmodeller for overdraget sygepleje:** I alle fem deltagerkommuner aktivitetsafregnes hjemmeplejen for overdragede sygeplejeydelser. Afregningsmodellerne er indrettet forskelligt, og det er væsentligt at gennemtænke, hvilke incitamenter der knytter sig til dem.
- For kommuner med **decentral visitation og rammestyret** sygepleje er det afgørende, om afregningen sker fra sygeplejens budget eller fra myndighedsbudgettet:
  - Hvis afregningen sker fra sygeplejens budget, er de økonomiske konsekvenser af overdragelsen synlige og mærkbare for sygeplejen. Det reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen.
  - Hvis afregningen sker fra myndighedsbudgettet, er de økonomiske konsekvenser ved at overdrage mindre synlige og mærkbare for sygeplejen. Det øger incitamentet for sygeplejen til at overdrage ydelser til hjemmeplejen. Afregning fra myndighedsbudgettet reducerer dog sygeplejens incitament til at følge op på overdragede sygeplejeydelser og gør det sværere for myndigheden at styre ressourcerne.
- For kommuner med **central visitation og aktivitetsfinansieret** sygepleje har driftslederne et økonomisk incitament til at placere opgaver hos den medarbejdergruppe, hvor ydelsen kan leveres på det lavest mulige omkostningsniveau. Disse kommuner kan med fordel opgøre og følge niveauet af overdraget sygepleje.



- Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan overveje, hvordan ressourcetildelingsmodellen for **sygeplejeklinikker** kan understøtte en øget klinikanvendelse. Det er her relevant at overveje, om budgettet til sygeplejeklinikker skal være en del af den udekørende sygeplejeramme, om klinikkerne skal tildeles en særskilt budgetramme, eller om man skal kombinere de to.
- Vælger man at tildele én eller flere klinikker en særskilt budgetramme, er det relevant at tage stilling til, om der skal være en intern afregning, når den udekørende sygepleje henviser borgere til disse klinikker.
- Der findes i deltagerkommunerne to modeller for **ressourcetildeling til den udekørende akutsygepleje**:
  - Model 1: Udekørende akutsygepleje i akutteam med fast, særskilt budgetramme. Modellen understøtter muligheden for altid at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje, men skaber behov for at være særligt opmærksom på at sikre et tilstrækkeligt aktivitetsniveau inden for rammen.
  - Model 2: Udekørende akutsygepleje organisatorisk og økonomisk integreret del af den udekørende sygepleje med en samlet, aktivitetsbaseret ressourcetildeling. Modellen understøtter kapacitetsudnyttelsen for den samlede sygepleje, men skaber behov for at sikre tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje.
- Tre deltagerkommuner har **akutpladser**. Ved rammefinansierede akutpladser er der et særligt behov for sikre en god kapacitetsudnyttelse. Ved aktivitetsfinansierede akutpladser kan der være behov for at tilpasse personaleressourcer til det aktivitetsbestemte budget.



## Ressourcetildeling og visitationskompetence for udekørende sygepleje

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



## Afregning for overdragede sygeplejeydelser

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

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



## Ressourcetildeling til akutfunktion i deltagerkommunerne

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



- Understøtter kommunens ressourcefordelingsmodel for **udekørende sygepleje**:
  - Et rimeligt forhold mellem budgettets størrelse og aktivitetsniveauet?
  - En sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen, herunder at indsatser ikke løber i længere tid end nødvendigt, samt at der er overensstemmelse mellem visiteret og leveret indsats?
- I hvilket omfang kombineres kommunens ressourcefordeling til den udekørende sygepleje med data om aktiviteter og produktivitet? Er der behov for yderligere data til den løbende ressourcestyring?
- Understøtter kommunens afregningsmodel for **overdraget sygepleje** mellem sygeplejen og hjemmeplejen:
  - Et hensigtsmæssigt niveau af overdragelse af sygeplejeydelser?
  - En tilstrækkelig opfølgning på overdragede sygeplejeydelser?
  - At myndighedsbudgettet overholdes?





- Understøtter ressourcetildelingsmodellen for **sygeplejeklinikker** øget anvendelse af klinik?
  - Er budgetterne til kommunens sygeplejeklinikker en del af den udekørende sygeplejes budget? Eller er en eller flere klinikker tildelt en særskilt budgetramme? Er der behov for at ændre på dette for at skabe et øget incitament til at henvise borgere til klinik?
  - Hvis kommunen tildeler en eller flere klinikker særskilt budgetramme, er der så en intern afregning eller ej? Hvis der ikke er en intern afregning, hvordan skal budgettet til klinik så finansieres?
  
- Understøtter jeres ressourcetildelingsmodel for **akutfunktionen** muligheden for:
  - altid at have tilstrækkeligt med ressourcer og kompetencer til at udføre akutsygepleje?
  - at sikre et tilstrækkeligt aktivitetsniveau inden for rammen?
  - at have en høj kapacitetsudnyttelse?

# Fokuseret, koordineret og dialogbaseret visitation og opfølgning





I deltagerkommunerne er der tre forskellige **visitationsmodeller** for sygeplejeydelser:

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

De tre visitationsmodeller har hver deres **fordele og ulemper** i relation til at imødekomme seks hensyn med betydning for den økonomiske styring af sygeplejen:

1. Understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse hos udførende medarbejdere
2. Minimere administrativt arbejde forbundet med visitation
3. Understøtte sammenhæng mellem borgerens behov og visiteret indsats
4. Understøtte ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis og fælles forståelse af udmøntning af serviceniveau
5. Understøtte god udnyttelse af udførende personaleressourcer
6. Understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger.



- Kommunerne kan med fordel have fokus på at udvikle en fælles forståelse af, hvordan kommunens **serviceniveau** udmøntes i praksis. Det kan bl.a. ske ved at lave et fælles administrations- og styringsgrundlag (fx kvalitetsstandard) samt ved dialog mellem visiterende og udførende medarbejdere.
- For at understøtte LEON-princippet kan det være relevant at udarbejde et skriftligt grundlag for beslutning om **overdragelse** af sygeplejeydelser til hjemmeplejen, så der er klare rammer for, hvilke indsatser de forskellige medarbejdergrupper må udføre.
- Deltagerkommunernes foreløbige erfaringer peger på, at det kan være en fordel at udarbejde klare retningslinjer for visitation til **sygeplejeklinik**.
- Det er væsentligt, at kommunerne prioriterer og har en systematisk dialog om **opfølgning på individuelle borgeres sygeplejeydelser**. Det kan sikre, at indsatser tages op til overvejelse, hvis borgerens tilstand ændrer sig. Overensstemmelse mellem behov og indsats kan understøtte realisering af det forudsatte aktivitets- og udgiftsniveau og dermed budgetoverholdelse.
- Som supplement til den løbende opfølgning kan kommunerne med fordel prioritere medarbejderressourcer til at foretage **særskilte, supplerende opfølgingsrunder** med jævne mellemrum, fx med fokus på bestemte sygeplejeindsatser.



## Systematiseret dialog og samarbejde om konkrete borgere

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



## Supplerende opfølgningsrunder

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



# Spørgsmål til refleksion 1/2

Understøtter jeres **organisering af visitationen** til sygeplejeydelser muligheden for at:

- understøtte fleksibel arbejdstilrettelæggelse hos udførende medarbejdere?
- minimere administrativt arbejde forbundet med visitation?
- skabe sammenhæng mellem borgerens behov og visiteret indsats?
- sikre en ensartet sygeplejefaglig vurderingspraksis?
- skabe en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i praksis?
- udnytte de udførende personaleressourcer bedst muligt?
- tilrettelægge en helhedsorienteret og koordineret indsats til den enkelte borger?

Hvis jeres visitationsmodel ikke understøtter disse hensyn, hvilke andre tiltag har I så iværksat, der imødekommer hensynene? Er der behov for at ændre noget i jeres nuværende praksis?

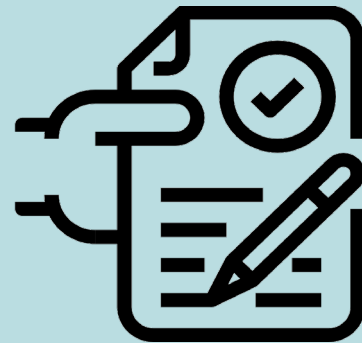


## Spørgsmål til refleksion 2/2

- Har I etableret en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet i kommunen udmøntes i visitationspraksis? Er der behov for at styrke denne forståelse, fx ved at ændre visitationsmodel eller ved at systematisere dialogen mellem visiterende og udførende medarbejdere?
- Hvordan sikrer I klarhed over, hvilke sygeplejeydelser der kan overdrages til hjemmeplejen? Er der fx udarbejdet et konkret grundlag for beslutning om overdragelse af sygeplejeydelser til hjemmeplejen, fx et kompetenceskema? Er der behov for at gøre det?
- Hvordan understøtter I en mulig målsætning om at øge anvendelsen af sygeplejeklinik i kommunen? Er der fx udarbejdet klare retningslinjer for visitation til sygeplejeklinik? Er der behov for at gøre det?
- Har I løbende og systematisk dialog om opfølgning på individuelle borgeres sygeplejeydelser? For eksempel dialog mellem visiterende, koordinerende og udførende medarbejdere, mellem medarbejdere og ledere i sygeplejen eller mellem hjemme- og sygeplejen? Er der behov for at styrke opfølgningen, evt. ift. visse indsatser eller ydelsestyper?
- Prioriterer I at gennemføre supplerende opfølgning med jævne mellemrum, fx med gennemgang af bestemte indsatstyper? Er der behov for at sætte ekstra fokus på supplerende opfølgning?



**Hyppig, målrettet budgetopfølgning og løbende styringsinformation om udgifter og aktiviteter**





# Konklusioner 1/2

- Kommunerne kan med fordel lave **månedlige budgetopfølgninger** for fagchefen og faglige ledere på niveau 2 og 3, som har et ansvar og medsvær for sygeplejens økonomi.
- Det er relevant at tage stilling til, **hvem der konkret skal mødes** i forbindelse med budgetopfølgningen. Eksempelvis er det relevant at overveje at foretage fælles budgetopfølgning på tværs af ledere af forskellige enheder i sygeplejen og med deltagelse af fagchefen.
- Som supplement til budgetopfølgningerne er det væsentligt at foretage **løbende ressourcestyring** i driften.
- Kommunerne kan med fordel anvende relevante og målrettede **data om aktiviteter og produktivitet** i både budgetopfølgningen og den løbende ressourcestyring af den udekørende sygepleje. Anvendelsen af forskellige typer af data, også om løn og fravær, gør det muligt at opdage og reagere på forventede budgetoverskridelser.
- Det er væsentligt, at kommunen har en **fast praksis for at identificere forklaringer og iværksætte korrigerende tiltag**, hvis der i løbet af året er udsigt til en budgetoverskridelse eller et underskud i driften.



- Kommunerne kan med fordel **målrette styringsinformation** til forskellige modtagere, så de forskellige aktører får – eller har mulighed for at trække – de data, der er nødvendige for at skabe overblik og understøtte det løbende behov for styring og prioritering:
  - **Fagchefen** har ansvar for det samlede sygeplejebudget. Som grundlag for den løbende budgetopfølgning til fagchefen er det væsentligt, at der udarbejdes pålidelige prognoser for forventet regnskab baseret på præcise og opdaterede forudsætninger om fx aktiviteter og lønforbrug.
  - **Udførerlederne på niveau 2 og 3** har ansvar eller medansvar for driftsbudgetterne. Det er væsentligt, at udførerlederne løbende har et opdateret overblik over økonomien i form af allerede realiserede udgifter og forventede udgifter resten af året (og realiserede og forventede indtægter i aktivitetsstyrede kommuner).



## Løbende, administrative budgetopfølgninger (deltagerkommuner med distriktsmodel)

	Fagchef (niveau 1)	Distriktsleder (niveau 2)	Teamleder (niveau 3)
Favrskov	<ul style="list-style-type: none"><li>- Månedlige opgørelser og løbende dialog med distriktsledere og økonomikonsulent</li><li>- Kvartalsvise møder med økonomikonsulent</li><li>- Kvartalsvise fællesmøder med distriktsledere og økonomikonsulent</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Månedlige opgørelser og løbende dialog mellem den enkelte distriktsleder og økonomikonsulent</li><li>- Kvartalsvise distriktsledermøder med fagchef, anden distriktsleder og økonomikonsulent</li></ul>	Månedlige opgørelser og løbende dialog mellem den enkelte distriktsleder og den enkelte teamleder
Næstved	Månedlige møder med den enkelte distriktsleder og økonomikonsulenter	Månedlige møder med fagchef og økonomikonsulenter	

Note: Oplysningerne i tabellen centrerer sig om den del af budgetopfølgningen, der sker til fagchefen og det øverste ledelseslag i udførerledet.



## Eksempel 2/5

### Løbende, administrative budgetopfølgninger (deltagerkommuner med enhedsmodel)

	Fagchef (niveau 1)	Områdeleder (niveau 2)	Teamleder (niveau 3)
Holstebro	Månedlige møder med økonomileder	- Månedlige møder med økonomikonsulent - Månedlige møder med den enkelte teamleder og økonomikonsulent	- Månedlige møder med økonomikonsulent - Månedlige møder med områdeleder og økonomikonsulent
Sønderborg	Månedlige møder med økonomikonsulent (økonomileder deltager ad hoc)	Opfølgning med økonomikonsulent og adm. medarbejder i sygeplejen  Områdelederfunktion varetages p.t. af fagchef	Månedlige møder med økonomikonsulent
Aabenraa	Månedlige møder med områdeleder, teamledere samt økonomileder og økonomikonsulent	Månedlige møder med fagchef, teamledere samt økonomileder og økonomikonsulent	Månedlige møder med fagchef, områdeleder samt økonomileder og økonomikonsulent

Note: Oplysningerne i tabellen centrerer sig om den del af budgetopfølgningen, der sker til fagchefen og det øverste ledelseslag i udførerleddet.



# Eksempel 3/5

## Holstebro Kommune:

- Fagchefen har månedlige møder med ældre- og sundhedsafdelingens områdeledere, herunder områdelederen af sygeplejen.
- På møderne drøftes udvalgte KPI'er, som afspejler strategiske pejlemærker i afdelingen.
- Diagrammet nedenfor viser antal borgere og andel borgere i kommunens tre sygeplejeklinikker samlet set og fordelt på de enkelte klinikker.





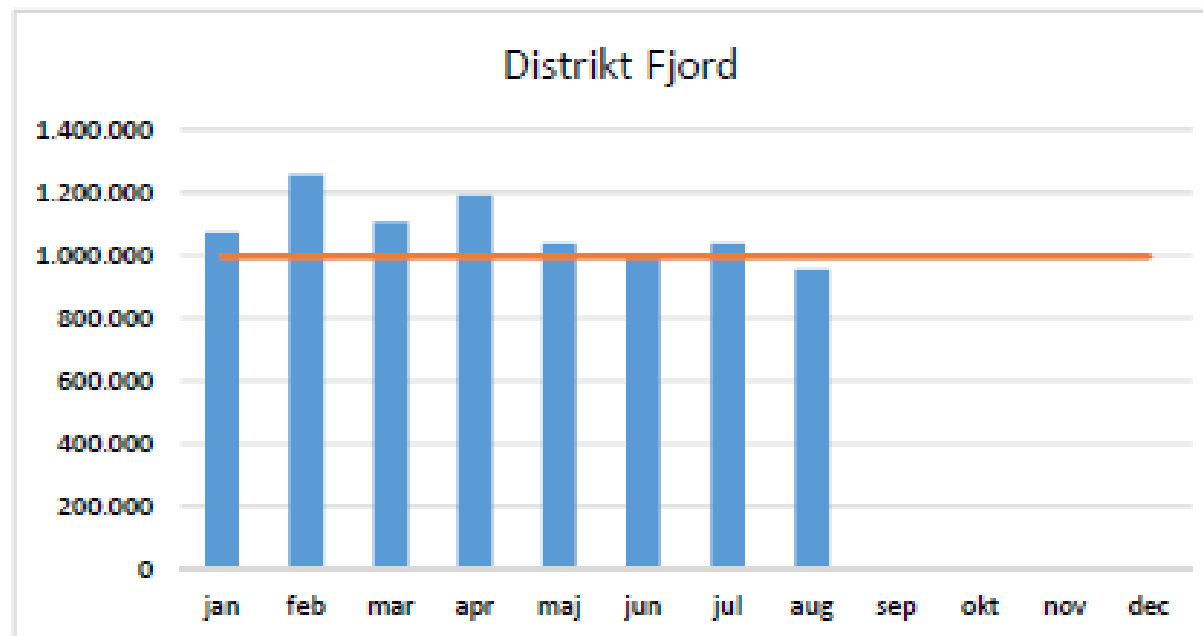
# Eksempel 4/5

## Sønderborg Kommune:

Distriktslederne modtager månedligt oplysninger om lønforbrug, lønbudget og forbrugsprocent for alle sygeplejedistrikter.

Tabellen og diagrammet viser nogle af de lønoplysninger, der tilgår udførerlederne.

Tabellens tal og diagrammets søjler viser lønforbrug. Den orange streg i diagrammet viser den budgetterede lønudgift.



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



## Eksempel 5/5

### Næstved Kommune:

- I Næstved Kommune, som har en aktivitetsstyret sygepleje, følges der løbende op på ATA-tid og timepris.
- Tabellen nedenfor indeholder oplysninger om den leverede produktivitet udtrykt ved den realiserede timepris og de udgiftsdrivere, som påvirker timeprisen i form af ATA-tid og vikarforbrug.
- Det skal bemærkes, at den udekørende sygepleje i Næstved Kommune kun udgør en delmængde af tallene, da de viste tal inkluderer alle kommunes inde- og ude teams, dvs. også hjemmepleje og plejeboliger.

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





# Spørgsmål til refleksion 1/1

- Hvor ofte sker der budgetopfølgning til de budgetansvarlige ledere og øvrige ledere med økonomiansvar på sygeplejeområdet? Er der behov for at ændre hyppigheden?
- Hvem mødes i de forskellige administrative budgetopfølgninger? Er der tale om, at de budgetansvarlige ledere mødes samlet, sker budgetopfølgningen med de forskellige ledere enkeltvis, eller en kombination? Er der behov for at justere i den nuværende opfølgningspraksis?
- Udarbejder I løbende prognoser for forventet regnskab for sygeplejeområdet? Hviler prognoserne på præcise og opdaterede forudsætninger? Er der behov for at justere i metoden, herunder fx datagrundlaget?
- Hvilke oplysninger indgår i jeres budgetopfølgning og den løbende ressourcestyring? Inddrager I eksempelvis data om aktiviteter, produktivitet, løn og fravær? Er der behov for at gøre dette i højere grad?
- Hvordan arbejder I med at sikre, at styringsinformationen er afstemt med modtagerens styringsbehov?
- Hvad er jeres praksis for at identificere forklaringer og iværksætte korrigerende tiltag, hvis der er udsigt til en budgetoverskridelse eller et underskud i driften? Følges der eksempelvis faste principper og krav?