

# Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb

Inspiration til kommunerne



Camilla T. Dalsgaard, Marie Kjærgaard og Kasper Lemvigh

*Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb –  
Inspiration til kommunerne*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-779-2

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301324

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

## Forord

Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem regeringen og KL har bedt VIVE om at udarbejde en analyse af økonomistyringen af hjemmepleje efter servicelovens § 83 og rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a. Analysen er den sjette i rækken af analyser, som udgør et samlet analyseprogram igangsat af partnerskabet.<sup>1</sup>

Formålet med analysen er at inspirere kommunerne med hensyn til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomiske styring af hjemmepleje og § 83a-forløb. Analysens resultater henvender sig blandt andet til økonomidirektører, økonomichefer samt fagchefer og myndighedsledere på ældreområdet i kommunerne.

Vi vil gerne takke de syv kommuner – Favrskov, Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup, Mariagerfjord, Middelfart, Varde og Vordingborg – som har deltaget i projektet. Deres velvillige deltagelse og store engagement har været en forudsætning for rapportens tilblivelse. VIVE er alene ansvarlig for analysens konklusioner.

Rapporten er udarbejdet af projektchef Camilla T. Dalsgaard, chefanalytiker Kasper Lemvig og senioranalytiker Marie Kjærgaard.

*Mads Leth Jakobsen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Styring og Ledelse  
2020

---

<sup>1</sup> De fem tidligere udgivelser i analyseprogrammet om kommunal økonomistyring er: Kjærgaard et al. (2017); Nørgaard et al. (2018a); Nørgaard et al. (2018b); Kjærgaard et al. (2018), Dalsgaard et al. (2019).

# Indhold

1	Baggrund, formål og metode.....	11
1.1	Formål og undersøgelsesspørgsmål .....	11
1.2	Analysedesign og metode .....	12
1.3	Rapportens opbygning.....	16
2	Strategier og retningslinjer .....	17
2.1	Konklusioner .....	17
2.2	Strategier og retningslinjer på ældreområdet .....	17
2.3	Kvalitetsstandarder .....	19
3	Organisering .....	25
3.1	Konklusioner .....	25
3.2	Hjemmeplejens organisering i forhold til sygepleje og plejecentre.....	26
3.3	Rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a.....	33
4	Økonomistyringsmodeller.....	42
4.1	Konklusioner .....	42
4.2	Beskrivelse af økonomiske styringsmodeller.....	43
4.3	Ressourcetildeling til hjemmeplejen .....	44
4.4	Ressourcetildeling til rehabiliteringsforløb efter § 83a.....	50
4.5	Ydelsesmodeller .....	53
5	Budgetlægning, forudsætninger og økonomistyringsprincipper .....	56
5.1	Konklusioner .....	56
5.2	Størrelsen af det samlede budget og demografitilskrivning .....	57
5.3	Brug af forudsætninger i disponering og budgettilpasning .....	59
5.4	Budgetansvar – to bundlinjer .....	63
5.5	Overførselsadgang – principper og praksis.....	66
6	Visitation og opfølgning på borgeres ydelser og forløb.....	70
6.1	Konklusioner .....	70
6.2	Organisering af visitationsarbejdet .....	72
6.3	Visitation til § 83a-forløb .....	74
6.4	Procedurer og fast praksis i visitationsarbejdet .....	76
6.5	Opfølgning på borgeres ydelser og forløb .....	80
7	Budgetopfølgning og styringsinformation .....	86
7.1	Konklusioner .....	86
7.2	Budgetopfølgningsproces .....	87
7.3	Budgetopfølgningernes indhold .....	92
7.4	Afvigeforklaringer og korrigerende handlinger.....	107
7.5	Styringsinformation om faglige resultater .....	108
	Litteratur.....	111
Bilag 1	Uddybende om analysedesign, metode og data .....	112

## Sammenfatning

Formålet med denne analyse er at inspirere kommunerne til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomiske styring af hjemmepleje efter servicelovens § 83 og rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a.

Kommunernes samlede udgifter til ældreområdet var i 2017 cirka 47 mia. kr.<sup>2</sup> Heraf udgjorde udgifterne til hjemmepleje og rehabiliteringsforløb knap en tredjedel, svarende til 14,2 mia. kr. Der er et stort og voksende fokus på rehabiliteringsforløb, og den potentielle modtagergruppe af både hjemmepleje og § 83a-forløb vil vokse i de kommende år, når der kommer flere ældre borgere i kommunerne.

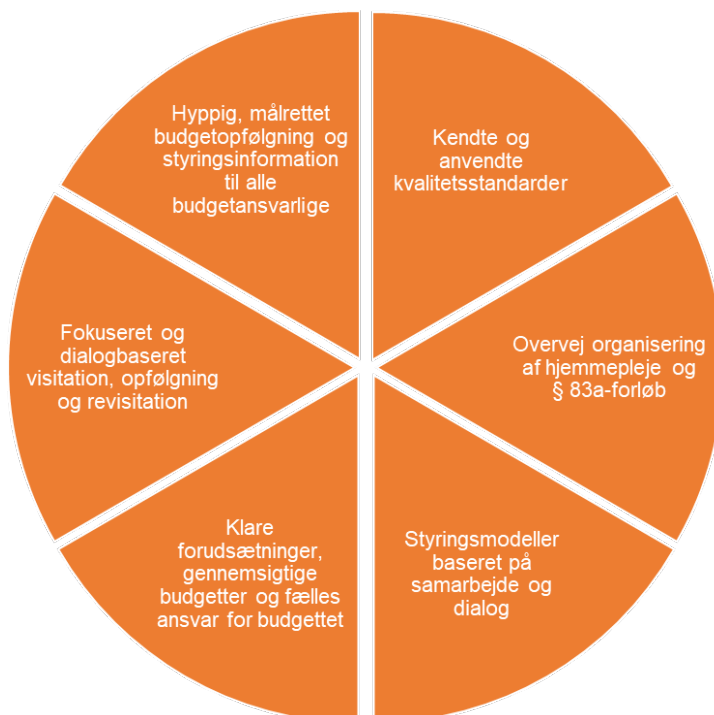
På den baggrund har Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem KL og regeringen bedt VIVE om at udarbejde denne analyse af kommunernes praksis i den økonomiske styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.

Der indgår syv deltagerkommuner i analysen: Favrskov, Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup, Mariagerfjord, Middelfart, Varde og Vordingborg. Datagrundlaget for analysen består af centrale dokumenter fra deltagerkommunerne, en indledende kortlægningsworkshop med deltagerkommunerne, interview med en række aktører i deltagerkommunerne samt drøftelser fra en afsluttende vurderingsworkshop med alle syv deltagerkommuner.

### Seks fokuspunkter

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

**Figur 1.** Seks fokuspunkter for økonomisk styring af hjemmepleje og § 83a-forløb



<sup>2</sup> Udgifterne er her afgrænset til nettodriftsudgifter inkl. statsrefusion på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82.

Det skal understreges, at de seks fokuspunkter skal ses som en helhed, dvs. i sammenhæng med hinanden. Det er således samspillet mellem og kombinationen af fokuspunkternes forskellige styringselementer, der udgør en kommunes samlede økonomiske styring. Derfor er det også vanskeligt at udpege den bedste måde at tilrettelægge ét element på, uden at det ses i sammenhæng med resten – og med den lokale kontekst.



### Fokuspunkt 1: Kendte og anvendte kvalitetsstandarder

Tidlig opsporing og en rehabiliterende tilgang er gennemgående elementer i deltagerkommunernes strategier på ældreområdet. Det politisk fastlagte serviceniveau på området fremgår af deltagerkommunernes kvalitetsstandarder, der udformes inden for lovgivningens rammer, herunder kravet om individuel vurdering af den enkelte borgers behov. Analysen peger i retning af, at det er væsentligt, at kvalitetsstandarderne – evt. i kombination med et ydelseskatalog – har et **detaljeringsniveau, der rammer en balance** mellem at specificere det politisk fastlagte serviceniveau og give rum til den individuelle vurdering. Det er erfaringen fra deltagerkommunerne, at det er en fordel for den økonomiske styring, at **kvalitetsstandarder for hjemmeplejen er kendte og anvendte, både i visitationen og i udførerleddet**. Dette bidrager til implementering af det politisk fastlagte serviceniveau i visitationspraksis såvel som i levering af serviceydelser til borgerne. Implementering af det vedtagne serviceniveau kan være med til at understøtte den økonomiske styring under forudsætning af, at budget og serviceniveau hænger sammen, jf. fokuspunkt 4. Kendskabet til og brugen af standarderne i hjemmeplejen kan øges gennem **løbende dialog om kvalitetsstandarderne**, fx mellem myndighedsleder og hjemmeplejeledere, mellem visitatorer og medarbejdere i hjemmeplejen eller internt i hjemmeplejen mellem ledere og medarbejdere. Det er væsentligt at have en systematiseret praksis for, hvordan viden om serviceniveau og kvalitetsstandarder løbende kommunikeres og indarbejdes i praksis, blandt andet hos nye medarbejdere og nye ledere i organisationen.



### Fokuspunkt 2: Overvej organisering af hjemmepleje og § 83a-forløb

Organisering skaber ikke i sig selv en bestemt styringspraksis men kan være med til at understøtte en sådan, i samspil med øvrige styringsprocesser, fx budgetopfølgning mv. Deltagerkommunerne har valgt **forskellige organiseringer af hjemmeplejen i forhold til hhv. plejecentrene og sygeplejen**. Analysen kan ikke pege på, hvilken organisering der er mest fordelagtig i relation til den økonomiske styring. Kommunerne har dog haft nogle fælles hensyn i deres valg af organisering, uanset om hjemmeplejen er organiseret sammen med eller adskilt fra sygeplejen og plejecentrene. Det gælder blandt andet hensynet til muligheden for **sparring om økonomistyring på lederniveau** samt hensynet til at **udnytte personaleressourcerne** bedst muligt.

Deltagerkommunerne har ligeledes valgt **forskellige organiseringer af § 83a-indsatsen**. Der kan være fordele og ulemper ved de forskellige organiseringer, men kommunerne peger på nogle fælles hensyn på tværs af organisering. For det første peger analysen i retning af, at det er væsentligt at understøtte **koordinering mellem planlægning og udførelse af § 83a-forløb** med henblik på at bidrage til, at forløbene både udføres og virker efter hensigten. For det andet er det væsentligt at understøtte en **rehabiliterende tilgang i hjemmeplejens daglige arbejde med borgere, der modtager § 83-ydelser** for bl.a. at bidrage til, at der bliver iværksat tiltag for at forbedre, fastholde eller minimere reduktioner i borgerens funktionsevne. For det tredje tyder analysen på, at det er væsentligt at understøtte **koordinering og samarbejde mellem rehabiliteringsterapeuter og visitatorer**, bl.a. med henblik på at understøtte visitatorenes opmærksomhed på at igangsætte § 83a-forløb. Nogle deltagerkommuner understøtter disse

hensyn gennem deres organisering. Andre deltagerkommuner har indført andre understøttende tiltag, eksempelvis systematiseret dialog og samarbejde mellem terapeuter og hjemmepleje hhv. visitatorer. I deltagerkommunerne ses to modeller for organisering og ansvarsplacering af medarbejdere, der arbejder med § 83a-forløb. **I den ene model** planlægges og udføres § 83a-forløb udelukkende eller hovedsageligt af bestemte medarbejdere, herunder fysio- og ergoterapeuter, der typisk er organiseret i et team placeret under myndighed eller i driften. **I den anden model** planlægges § 83a-forløb af terapeuter og udføres af hjemmeplejen under vejledning fra terapeuterne, der i denne model typisk er organiseret i et team placeret under myndighed eller i en træningsafdeling.



### Fokuspunkt 3: Styringsmodeller baseret på samarbejde og dialog

Alle deltagerkommuner har en aktivitetsbaseret ressourcetildelingsmodel for hjemmeplejen. Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan **kombinere den aktivitetsbaserede ressourcetildelingsmodel i hjemmeplejen med et dialogbaseret element**, der rummer samarbejde og dialog mellem myndighed og udførere, jf. også fokuspunkt 5.

Analysen peger endvidere på, at man med fordel kan indrette ressourcetildelingen sådan, at der er **synlighed i sygeplejen om udgiften til overdragede sygeplejeydelser**, så sygeplejen ikke overdrager sygeplejeydelser til hjemmeplejen uden at tage hensyn til, hvad det koster. Det kan blandt andet understøttes med en model, hvor hjemmeplejen afregnes for overdragede sygeplejeydelser med midler fra sygeplejens budget. Denne model vil formentlig kræve særlige overvejelser om den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket dog ikke er en del af denne analyse.<sup>3</sup> Tildelingsmodellen kan også indrettes på andre måder, der reducerer incitamentet for sygeplejen til at overdrage sygeplejeydelser uden at tage hensyn til økonomien. Eksempelvis ved at aktivitetsafregne sygeplejeydelser, uanset hvilken organisatorisk enhed der udfører dem.

I forhold til § 83a-forløb kan der ikke ud fra deltagerkommunernes praksis peges entydigt på det mest fordelagtige valg af ressourcetildelingsmodel. Både med en ramme- og en aktivitetsbaseret tildelingsmodel ser det dog ud til at være vigtigt med **opmærksomhed på at sikre et passende aktivitetsniveau for rehabiliteringsteamet**, så der kan skabes sammenhæng mellem aktivitet og ressourcer i teamene. Sammenhængen kan blandt andet understøttes af **dialog mellem rehabiliteringsteamet og visitationen henholdsvis hjemmeplejen** om muligheder for at skabe et passende aktivitetsniveau inden for teamets ramme.

Analysen kan ikke pege på, om det er mest fordelagtigt at anvende en model med enkeltydelser eller en model med ydelsespakker for hjemmepleje og § 83a-forløb. Analysen viser dog, at **begge ydelsesmodeller fordrer dialog mellem myndighed og udfører** om sammenhængen mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen – og dermed afregningen.<sup>4</sup> Se også fokuspunkt 5.

<sup>3</sup> Der sigtes til, at et reduceret incitament til at overdrage sygeplejeydelser kan have den konsekvens, at sygeplejeydelser holdes i sygeplejen, selvom de *kunne* overdrages, og man dermed får løst opgaverne med dyrere medarbejdere. Derfor vil det formentlig kræve særlige overvejelser om den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket som nævnt i afsnit 1.2.1 ikke er en del af denne analyse.

<sup>4</sup> Den tætte, automatiserede sammenhæng mellem indsats og afregning gælder alene på områder med en aktivitetsbaseret tildelingsmodel, hvilket alle deltagerkommuner har på hjemmeplejeområdet, og de fleste også delvist har i relation til rehabiliteringsforløb, jf. afsnit 4.3 og 4.4.



#### Fokuspunkt 4: Klare forudsætninger, gennemsigtige budgetter og fælles ansvar for budgettet

Analysen peger i retning af, at det kan være en fordel i budgetlægningen at **tage stilling til håndtering af den demografiske udvikling**, dvs. de forventede økonomiske konsekvenser af et typisk stigende antal ældre borgere. Dette kan kommunerne fx gøre ved at anvende en demografimodel i budgetlægningen.

Analysen peger endvidere på, at det er en fordel, at der er **gennemsigtheden i budgetberegningerne og klarhed om, hvilke forudsætninger der ligger til grund for tilpasninger af budgettets størrelse og disponeringen af ældreområdet budget** på faglige delområder og distrikter. Kommunerne kan med fordel anvende forudsætninger om aktiviteter, brugerandel, timepriser, brugertidsprocent og serviceniveau. Klarhed om sådanne forudsætninger kan understøtte sammenhængen mellem budget og forudsat serviceniveau samt den løbende budgetopfølgning. Derudover kan gennemsigtheden i budgetberegningerne bidrage til at understøtte sammenhængen i den kommunale styringskæde ved at give politikerne indblik i, hvad fx et ændret serviceniveau betyder for økonomien, eller hvad en budgetændring betyder for serviceniveauet.

Ud fra deltagerkommunernes erfaringer er det en fordel at have en **entydig placering af det formelle budgetansvar** for henholdsvis myndighedsbudgettet og driftsbudgetterne. Dermed er det klart, hvem der har pligt til at tage initiativ til at forsøge at rette op på et forventet merforbrug, der konstateres i løbet af året. Samtidig peger analysen på, at man med fordel kan arbejde for at udvikle en opfattelse af og praksis for, at både **myndighed og udførere har medansvar for at bidrage til at overholde myndighedsbudgettet**. Desuden synes det væsentligt, at visitatorerne er opmærksomme på og opfatter sig som medansvarlige for, at myndighedsbudgettet overholdes. Medansvar for myndighedsbudgettet kan blandt andet udvikles i dialog mellem myndighed og udførere om opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb, jf. også fokuspunkt 5.

Analysen kan ikke entydigt pege på, om det er mest hensigtsmæssigt at have en stringent eller en mere fleksibel tilgang til efterlevelse af formelle principper for overførselsadgang, dvs. adgang til at overføre mer- og mindreforbrug på budgetterne fra ét budgetår til det næste. Det tyder dog på, at begge tilgange under bestemte forudsætninger kan understøtte økonomistyringen. **En stringent tilgang** kan understøtte det organisatoriske incitament til at overholde egne budgetter, hvis budgettildelingen opfattes som legitim af de budgetansvarlige. **En mere fleksibel tilgang** er i deltagerkommunerne kendetegnet ved, at merforbrug i ét distrikt eller område helt eller delvist udlignes af mindreforbrug i andre distrikter eller områder inden for ældreområdet. En mere fleksibel tilgang til de formelle principper kan i nogle tilfælde bidrage til at opbygge en kultur med en højere grad af økonomisk solidaritet mellem ledere og fælles ansvarlighed for det samlede budget på ældreområdet. Tilgangen forudsætter dog klarhed om praksis, så der udvikles en fælles forståelse blandt de budgetansvarlige af, hvordan man kan forvente, at der afviges fra principperne.



#### Fokuspunkt 5: Fokuseret og dialogbaseret visitation, opfølgning og revisitation

Visitatorerne i deltagerkommunerne har typisk visitationskompetence med ingen eller meget få begrænsninger. Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan **systematisere visitatorernes mulighed for faglig sparring om konkrete sager**. Faglig sparring med kolleger og ledere kan understøtte visitatorernes vurdering af komplekse sager og medvirke til at sikre en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau, inden for



lovgivningens rammer og det individuelle skøn, udmøntes i visitationspraksis. Det kan bidrage til, at det forudsatte udgiftsniveau realiseres og budgettet dermed overholdes, hvis der er sammenhæng mellem kommunens serviceniveau og budgettet, jf. fokuspunkt 4. Desuden peger deltagerkommunernes foreløbige erfaringer i retning af, at man med fordel kan overveje at lade **rehabiliteringsterapeuter foretage en afklaring** eller indledende udredning af borgeren forud for eller som et led i visitationen til **§ 83a-forløb**. Det kan styrke sagsoplysningen og bidrage til hurtigt at få afklaret borgerens behov og rehabiliteringspotentiale.

Ved opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb foretager visitator en vurdering af, om igangværende indsatser skal fortsættes, ændres, øges, reduceres eller afsluttes. Deltagerkommunernes erfaringer peger på, at **løbende, systematisk dialog og samarbejde mellem myndighed og udfører om opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb** er væsentligt for økonomistyringen af hjemmepleje og § 83a-forløb. Løbende, systematisk opfølgning kan bidrage til, at indsatser tages op til overvejelse, hvis borgerens tilstand forbedres eller forringes, eller hvis indsatsen ikke virker efter hensigten. Kommunerne kan i den forbindelse med fordel **have fokus på, at udfører løbende imødekommer deres lovbundne pligt til at oplyse myndighed om ændringer i borgerens tilstand**, så myndighed kan revurdere og eventuelt reorganisere borgeren på et oplyst grundlag. Dermed kan løbende opfølgning være med til at skabe sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen – og dermed afregningen. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan justeres eller øges.

Deltagerkommunernes erfaringer peger på, at man med fordel kan prioritere og have **særligt fokus på at opspore og reorganisere hjemmeplejemodtagere med potentiale for at have gavn af et § 83a-forløb**. Eksempelvis ved at lade rehabiliteringsmedarbejdere understøtte hjemmeplejepersonalets indsats for at opspore relevante borgere eller ved at have fokus på opsporing i supplerende opfølgingsrunder, jf. nedenfor. Det er væsentligt, at der er en løbende ledelsesmæssig opmærksomhed på og prioritering af opsporings- og reorganisationsarbejdet, både i myndighed og drift.

Analysen peger endvidere på, at kommunerne med fordel kan prioritere medarbejderressourcer til **supplerende, fokuseret opfølgning** på udvalgte sagstyper eller fokusområder med jævne mellemrum. Eksempelvis sager udvalgt ud fra antal visiterede timer eller efter forskellen mellem visiteret og leveret tid. Sådanne opfølgingsrunder er i deltagerkommunerne et vigtigt supplement til den løbende opfølgning på de enkelte borgeres ydelser og forløb.



#### **Fokuspunkt 6: Hyppig, målrettet budgetopfølgning og styringsinformation til alle budgetansvarlige**

Det er ifølge analysen en fordel at anvende **månedlig budgetopfølgning til de budgetansvarlige ledere**. En sådan praksis gør det muligt på et tidligt tidspunkt at opdage og reagere på en eventuel forventet overskridelse af myndighedsbudgettet eller forventet merforbrug i driften. Den månedlige budgetopfølgning kan med fordel foregå i samspil mellem lederne og økonomikonsulenterne på ældreområdet. Analysen peger i den forbindelse på, at det er vigtigt, at økonomifunktionen leverer en **systematisk og databaseret understøttelse** af ledernes budgetopfølgning. Det er en fordel, at økonomikonsulenterne har en vis **faglig indsigt i ældreområdet**, som kan bidrage til, at konsulenterne kan understøtte de faglige leders økonomiske styring på en meningsfuld måde.

Det er ikke muligt ud fra analysen at pege på præcist, hvilke aktører der skal mødes i forbindelse med budgetopfølgningen. Deltagerkommunernes erfaringer peger dog i retning af, at

man med fordel kan overveje at foretage **budgetopfølgning på tværs af myndighed og udfører** for at understøtte dialogen og samarbejdet på tværs.

Ud fra deltagerkommunernes erfaringer ser det ud til, at det er en fordel at **målrette styringsinformationen i budgetopfølgningen til forskellige modtagere**. Det kan således med fordel overvejes, hvilke informationer der er nødvendige for de enkelte budgetansvarlige ledere for at understøtte netop deres løbende behov for styring og prioritering.

Analysen peger desuden på, at det er væsentligt for ressourcestyringen, at den månedlige **opfølgning på myndighedsbudgettet og det samlede ældrebudget baseres på en pålidelig prognose for forventet regnskab**. Det er vigtigt, at regnskabsprognosen bygger på præcise og opdaterede forudsætninger om fx aktiviteter og forbrug.

Endvidere peger analysen på, at det er væsentligt for **styringen af driftsbudgetterne**, at de budgetansvarlige ledere løbende har et **opdateret overblik over hidtil realiserede udgifter og indtægter** i året, fx i form af en realiseret og en forventet forbrugsprocent. Desuden er det væsentligt at have overblik over **forventninger til udgifter og indtægter** i den resterende del af året, fx aktivitets- og lønprognoser. I den forbindelse kan kommunerne med fordel etablere en **løbende, tæt dialog mellem udførerledere og økonomikonsulenter** om fx forventninger til udviklingen i aktiviteter, personaleforbrug, fravær og vikarforbrug.

Deltagerkommunernes erfaringer viser, at man med fordel kan inddrage **forskellige typer af data** i budgetopfølgningen for **i tide at opdage, søge forklaringer på og rette op på forventede afvigelser** fra budgettet eller forventede merforbrug i driften. Budgetopfølgningen kan med fordel som minimum være baseret på økonomi- og aktivitetsdata, men det kan være relevant også at inddrage oplysninger om løn og fravær for det udførende personale.

I forlængelse heraf peger analysen på, at det er væsentligt, at man har en **fast praksis for at udarbejde afvigeforklaringer og aftale korrigerende handlinger**, hvis der forventes en budgetoverskridelse eller et underskud i driften. Fast brug af afvigeforklaringer fulgt op af korrigerende tiltag kan bidrage til at understøtte ressourcestyringen og det løbende fokus på justering af den faglige praksis.

Deltagerkommunerne har endnu begrænset erfaring med at dokumentere faglige resultater af § 83a-forløb, altså hvilken virkning indsatsen har haft på borgerens behov for hjælp. De peger dog på et **behov for mere sikker viden om de faglige resultater af § 83a-forløb** og et behov for i højere grad at kunne koble denne viden til økonomi. Deres udsagn peger i retning af, at kommunerne med fordel kan udvikle og afprøve forskellige måder at dokumentere faglige og økonomiske resultater af rehabiliteringsforløb på. En større klarhed om faglige resultater af den rehabiliterende indsats på kort og lang sigt kan, sammenholdt med udgifterne, bidrage til at vurdere, om indsatsen ser ud til at have reduceret kommunens udgifter på kort og lang sigt som følge af, at borgerne har et reduceret behov for hjemmepleje efter § 83a-forløb.

# 1 Baggrund, formål og metode

Flere generelle udviklinger har betydning for kommunernes økonomiske styring på ældreområdet. Den demografiske udvikling indebærer, at gruppen af ældre vokser og ændrer alderssammensætning. Det øger alt andet lige efterspørgslen efter kommunale ydelser til ældre. Antallet af 65+-årige er på landsplan steget med 35 % i forhold til for 20 år siden, og udviklingen vil fortsætte.<sup>5</sup> Især de 80+-årige borgere har behov for hjælp og pleje, og især denne aldersgruppe vokser – forventeligt med 58 % fra 2018 til 2028<sup>6</sup>. Derudover får kommunerne nye, flere og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver, der tidligere blev løst på sygehusene. Dette er en konsekvens af kortere indlæggelsestider og øget ambulat behandling på sygehusene, hvor flere patienter har behov for sygepleje efter endt sygehusbehandling. Denne udvikling har især betydning for den kommunale sygepleje, men har også konsekvenser på hjemmeplejeområdet som følge af overdragelse af sygeplejeopgaver til medarbejdere i hjemmeplejen.

Hjemmepleje efter servicelovens § 83 omfatter personlig og praktisk hjælp, mens rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a er korterevarende og tidsafgrænsede forløb med det formål at forbedre borgerens funktionsevne og nedsætte behovet for hjælp. Se også Boks 1.1 for en uddybning. Kommunernes udgifter til ældreområdet var i 2017 cirka 47 mia. kr.<sup>7</sup> Heraf udgjorde udgifterne til hjemmepleje og rehabiliteringsforløb knap en tredjedel, svarende til 14,2 mia. kr. Den potentielle modtagergruppe af både hjemmepleje og § 83a-forløb vil vokse i de kommende år, når der kommer flere ældre borgere i kommunerne.

På den baggrund har Partnerskabet om kommunal økonomistyring mellem KL og regeringen bedt VIVE om at udarbejde denne analyse af kommunernes økonomistyringspraksis på områderne for hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.

## 1.1 Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med analysen er at inspirere kommunerne til, hvordan de kan videreudvikle deres nuværende økonomistyring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb. Analysen kommer med anbefalinger til, hvordan kommunerne kan udvikle økonomistyringen på områderne og giver konkrete eksempler på, hvordan anbefalingerne kan implementeres i praksis.

Der deltager i alt syv kommuner i analysen, heraf fem kommuner, som i årene 2014-2017 har haft relativt gode økonomiske styringsresultater på ældreområdet generelt, og to kommuner, som i samme periode har haft vanskeligere ved at styre økonomien. Økonomiske styringsresultater måles her på en kombination af en række parametre, jf. afsnit 1.2.

Mere konkret undersøger analysen følgende spørgsmål:

- Hvad kendetegner deltagerkommunernes økonomiske styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb, herunder hvilke forskelle og ligheder er der mellem deltagerkommunerne?
- Hvordan kan deltagerkommunernes økonomiske styringspraksis inspirere andre kommuner til at videreudvikle den økonomiske styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb?

<sup>5</sup> Jf. Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivninger, se fx [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk), tabelreference FRKM119.

<sup>6</sup> Jf. Danmarks Statistik (2018).

<sup>7</sup> Udgifterne er her afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82. Afgrænsningen følger ECO Nøgletal (dog tillagt udgifter til genoptræning) og benytter ikke den tidligere anvendte fordelingsnøgle for udgifter til hhv. ældre- og handicapområdet (KL (2016)).

## 1.2 Analysedesign og metode

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

### 1.2.1 Centrale afgrænsninger og definitioner

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

#### Boks 1.1 Definitioner og afgrænsninger af centrale begreber

##### Hjemmepleje

Kommunerne skal iht. servicelovens § 83 tilbyde personlig pleje og praktisk hjælp til personer med nedsat funktionsevne, der bor i egen bolig. Forud for vurderingen af behovet for hjemmepleje efter § 83 skal kommunen vurdere, om et forløb efter § 83a vil kunne forbedre personens funktionsevne. Der skal fastsættes individuelle mål for hjælp til den enkelte modtager, ligesom hjælpen løbende skal tilpasses modtagerens behov. Loven rummer krav om frit valg af leverandør af hjemmepleje. Langt de fleste modtagere af hjemmepleje i kommunerne er ældre borgere.

##### Rehabiliteringsforløb

Kommunerne skal iht. servicelovens § 83a tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis et sådant forløb vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83. Rehabiliteringsforløb skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt, og der skal fastsættes individuelle mål for hvert forløb. Efter afslutning af et § 83a-forløb skal kommunen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83. § 83a blev indført i 2015. Der er ikke lovkrav om frit valg af leverandør af ydelser efter § 83a.

##### Økonomisk styring

Analysen opererer med en bred forståelse af økonomisk styring, hvorfor analysen tager afsæt i tre dimensioner af den økonomiske styring: ressourcestyring, aktivitetsbaseret økonomistyring og resultatbaseret økonomistyring. Ressourcestyring har økonomiske resultater, fx budgetbalance og udgiftsstyring, som genstandsfelt. Aktivitetsbaseret økonomistyring relaterer sig til forholdet mellem udgifter og aktiviteter og vedrører dermed kommunens produktivitet. Resultatbaseret økonomistyring beskriver forholdet mellem udgifter og resultater og er altså et spørgsmål om omkostningseffektivitet, dvs. hvor gode faglige resultater der opnås for et givet budget. Se bilagsfigur 1 i bilag 1 for en illustration og uddybning.

##### Den kommunale styringskæde

Analysen tager endvidere afsæt i den kommunale styringskæde. Udgangspunktet i den kommunale styringskæde er, at de politiske mål gennem forvaltningen omsættes til ydelser på det udførende niveau af fx sagsbehandlere og medarbejdere i de decentrale enheder. Samtidig sker der en løbende orientering tilbage til politikerne om resultaterne af aktiviteterne. Der er i analysen fokus på både de retningsgivende elementer og de opfølgende elementer i styringskæden. Se bilagsfigur 2 i bilag 1 for en illustration og uddybning.

Analysen er afgrænset til at komme med inspiration til *den økonomiske styring* af hjemmepleje og § 83a-forløb. Da undersøgelsen anvender en bred forståelse af økonomistyringsbegrebet, bevæger den sig dog visse steder i grænsefeltet mellem økonomisk styring og sundheds- eller plejefaglig styring. Det er dog ikke en del af analysens formål at afdække eller komme med inspiration til den faglige styring af området, isoleret set.

Kommunernes ydelser efter servicelovens § 83 og § 83a styres helt overordnet ved, at borgere visiteres til bestemte ydelser, som derefter leveres til borgeren. *Visitation* af ydelser sker i myndighedsfunktionen, hvis hovedopgaver er styring af ressourcer, visitation, kvalitetssikring og tilsyn. *Levering* af ydelser foretages af udførere, hvis hovedopgave er styring af driftsressourcer, planlægning og udførelse af visiterede ydelser samt dokumentation af leverede ydelser.

Analysen fokuserer på myndighedsfunktionen, som er "forbrugets kilde" på ældreområdet, samt på den økonomiske styringsrelation mellem myndighed og drift. Der fokuseres i mindre grad på den konkrete drift af de decentrale enheder. Det vil sige, at analysen kigger på de styringsmæssige rammer for de decentrale enheder, herunder bestiller-udfører-relationen og understøttelsen i budgetopfølgningen, men ikke på økonomisk effektiv drift af enhederne.

Analysen er afgrænset til at komme med inspiration til, *hvad kommunerne selv kan gøre* for at videreudvikle deres økonomiske styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb inden for de nugældende lovgivningsmæssige rammer. Det er således ikke en del af analysens formål at komme med forslag til ændringer af kommunernes overordnede rammevilkår.

Endelig er analysen afgrænset til de dele af ældreområdet, der vedrører hjemmepleje efter servicelovens § 83 og rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a, også kaldet § 83a-forløb. § 83a-forløb kan leveres af forskellige organisatoriske enheder. Analysen inkluderer den eller de enheder, der er relevante for at undersøge den økonomiske styring af § 83a-forløb. Hjemmeplejeydelser efter § 83 leveres typisk i kommunerne af decentrale enheder. I analysen betegnes disse enheder under ét som "hjemmeplejen". Hjemmeplejen leverer andre ydelser end hjemmeplejeydelser efter § 83, hvilket kan have betydning for den økonomiske styring af hjemmeplejen. I denne analyse er det særligt relevant, at hjemmeplejen kan levere overdragede sygeplejeydelser, da disse ydelser kan medføre et væsentligt ressourcetræk i hjemmeplejen. Analysen undersøger derfor også, hvordan kommunerne håndterer styringsmæssige udfordringer i snitflader til andre typer af ydelser til ældre borgere, i det omfang de har en betydning for den økonomiske styring i hjemmeplejen. Det gælder fx overdragede sygeplejeydelser.

### 1.2.2 Udvalgelse af deltagerkommuner

Analysen er tilrettelagt som en kvalitativ analyse i syv kommuner. De syv deltagerkommuner er udvalgt i to trin. Først er der ud fra registerdata udvalgt en bruttotrup på ti kommuner med "god økonomistyring", dvs. gode økonomiske styringsresultater, og fire "referencekommuner" med mindre gode økonomiske styringsresultater. Dernæst er der foretaget en telefonscreening, hvor bruttotruppen blev indsnævret yderligere til fem deltagerkommuner med gode økonomiske styringsresultater og to "referencekommuner". Screeningsinterviewene afdækkede kommunernes styringspraksis på ældreområdet på et overordnet niveau.

Kommuner med gode økonomiske styringsresultater er til bruttotruppen primært udvalgt efter, at de har relativt god udgiftsstyring på ældreområdet som helhed betragtet. Udgiftsstyringen er vurderet samlet ud fra en række parametre, herunder budgetoverholdelse, udgiftsniveau og udgiftsudvikling på ældreområdet samt udvikling i antal ældre.<sup>8</sup> Det er tilstræbt at udvælge kommuner, der har overholdt budgettet i 2014-2017, haft en stigning i antallet af ældre borgere i perioden, sænket eller fastholdt udgiftsniveauet pr. ældre borger samt tilsyneladende ikke haft væsentligt højere udgifter, end man skulle forvente ud fra deres borgersammensætning<sup>9</sup>. Der

<sup>8</sup> Udgifter til ældre er afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82.

<sup>9</sup> Forventet udgiftsbehov i 2015 er beregnet ud fra ECO Nøgletal. Forklaringskraften i analysen af udgiftsbehovet er 72 % og dermed relativt høj, jf. Houlberg et al. (2018), s. 31. Vi har sammenlignet med det faktiske udgiftsniveau i 2017, hvorfor relationen mellem udgiftsbehov og udgiftsniveau blot er en indikation for forbrug i forhold til behov.

er udvalgt kommuner med gode økonomiske styringsresultater på det samlede ældreområde. De vigtigste data i udvælgelsen fremgår af Bilagstabel 2 og 3 i Bilag 1 for de syv deltagerkommuner.

Favrskov, Høje-Taastrup, Middelfart, og Vordingborg Kommuner har haft mindre overskridelser i enkelte af de fire år, men som gennemsnit betragtet haft en høj grad af budgetpræcision i perioden 2014-2017. Varde Kommune har vendt store budgetoverskridelser til et lille mindreforbrug i perioden. Disse fem kommuner indgår som kommuner med "god økonomistyring" i undersøgelsen. Ud over god eller forbedret budgetoverholdelse har Favrskov, Varde, Vordingborg og til dels Høje-Taastrup Kommuner haft faldende udgifter pr. ældre borger. Dette gælder i lidt mindre grad Middelfart Kommune, der dog i udgangspunktet har relativt lave udgifter pr. ældre borger.

Herudover indgår i analysen to referencekommuner, som har haft budgetoverskridelser på ældreområdet i flere år i 2014-2017, samtidig med at de har haft stigende udgifter pr. ældre borger. Det drejer sig om Faaborg-Midtfyn og Mariagerfjord Kommuner.

Som nævnt har oplysninger om kommunernes styringspraksis fra screeningsinterviewene i udvælgelsens andet trin også haft betydning for valget af kommuner. Der er her lagt vægt på at sikre en vis variation i deltagerkommunernes praksis, fx deres organisering af § 83a-forløb.

### 1.2.3 Vurderingskriterier

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

- Kommunernes praksis i relation til hjemmepleje og § 83a-forløb understøtter ressourcestyling, dvs. en styring, der kan bidrage til blandt andet at opnå budgetoverholdelse.
- Kommunernes praksis i relation til hjemmepleje og § 83a-forløb understøtter aktivitetsbaseret og resultatbaseret økonomistyring.
- Kommunernes praksis i relation til hjemmepleje og § 83a-forløb understøtter, at der er sammenhæng og gennemsigthed i den kommunale styringskæde.

Vurderingen af, om en konkret kommunal praksis kan understøtte god økonomisk styring, er baseret på deltagerkommunernes erfaringer og på VIVEs vurdering af, hvorvidt der med udgangspunkt i dokumenter og interview kan sandsynliggøres en sammenhæng mellem den konkrete praksis og den økonomiske styring.

Kriterierne er desuden anvendt i kombination med kommuneudvælgelsen. Hvis en given praksis i de to referencekommuner er i strid med vurderingskriterierne, og praksis i de fem øvrige kommuner er i overensstemmelse med kriterierne, kan sidstnævnte praksis således lægges til grund for en anbefaling. I mange tilfælde er referencekommunerne på tidspunktet for dataindsamlingen overgået til den samme praksis som de øvrige deltagerkommuner. Her er det så vidt muligt undersøgt, om referencekommunerne tidligere har haft en anden praksis, og om de øvrige kommuner har haft den pågældende praksis i længere tid. Det har dog ikke kunnet undersøges fuldt dækkende for alle temaer og undertemaer i analysen. Herudover kan det forekomme, at nogle af deltagerkommunerne anvender én praksis, og de andre deltagerkommuner anvender en anden praksis, uafhængigt af om de er referencekommuner eller ej. I dette tilfælde er det den praksis, som er bedst i overensstemmelse med vurderingskriterierne, som kan lægges til grund for en anbefaling. Hvis alle syv deltagerkommuner anvender en praksis,

der er i overensstemmelse med vurderingskriterierne, kan denne praksis således lægges til grund for en anbefaling.

I en række tilfælde kan der ikke ud fra deltagerkommunernes praksis og vurderingskriterierne peges entydigt på generelle anbefalinger. I disse tilfælde er der afrapporteret fordele og ulemper ved forskellige styringsvalg i stedet for egentlige anbefalinger.

Derudover er der tilfælde, hvor ingen deltagerkommuner har konkrete erfaringer, så der ikke er analytisk og empirisk belæg for en anbefaling efter de ovennævnte vurderingskriterier. I de tilfælde har deltagerkommunernes vurderinger været anvendt som grundlag for at pege i retning af en styringspraksis, som man kan overveje at anvende eller kigge nærmere på som kommune. Det er i rapporten søgt tydeliggjort, hvad VIVEs vurderinger bygger på i hvert enkelt tilfælde.

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

#### 1.2.4 Datagrundlag og analyser

Dataindsamlingen og analysen har taget udgangspunkt i følgende temaer:

- Strategi og retningslinjer
- Økonomistyringsprincipper, herunder økonomistyringsmodeller
- Organisering
- Visitation af ydelser og opfølgning på borgeres ydelser og forløb
- Budgetlægning og styringsforudsætninger
- Budgetopfølgning og anden styringsinformation
- Økonomistyringskultur.

Datagrundlaget for analysen består af dokumenter fra deltagerkommunerne, en kortlægningsworkshop og et kommunebesøg med interview i hver af deltagerkommunerne. Dokumenter og kortlægningsworkshop er primært brugt til at afdække formelle principper og retningslinjer samt få et overordnet indblik i kommunernes praksis. Interviewene havde primært til formål at afdække kommunernes implementering af vedtagne retningslinjer og principper samt deres økonomiske styring i praksis. Der er i hver deltagerkommune gennemført interview med økonomichefen, økonomikonsulenter tilknyttet ældreområdet, fagchefen med ansvar for ældreområdet, myndighedsleder, visitatorer (evt. teamledere) samt ledere for udførende enheder, både inden for hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.

På baggrund af analyser af disse data har VIVE udarbejdet en række forslag til anbefalinger til økonomistyring af hjemmepleje og § 83a-forløb. Disse forslag blev videreudviklet og kvalificeret ved en vurderingsworkshop faciliteret af VIVE med repræsentanter fra alle syv deltagerkommuner. VIVE er alene ansvarlig for analysens konklusioner og anbefalinger.

### 1.3 Rapportens opbygning

Rapporten er ud over første kapitel om baggrund, formål og metode inddelt i seks kapitler, som omhandler strategier og retningslinjer (kapitel 2), organisering (kapitel 3), økonomistyringsmodeller (kapitel 4), budgetlægning, forudsætninger og økonomistyringsprincipper (kapitel 5), visitation og opfølgning på borgeres ydelser og forløb (kapitel 6) samt budgetopfølgning og styringsinformation (kapitel 7). I Bilag 1 uddybes analysens design og metode.

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



## 2 Strategier og retningslinjer

I dette kapitel afdækkes og vurderes deltagerkommunernes brug af strategier og retningslinjer samt udmøntningen af strategierne i kvalitetsstandarder for ældreområdet. Strategier behandles i afsnit 2.2, mens kvalitetsstandarder behandles i afsnit 2.3. Generelt skal det bemærkes, at de enkelte kommuners kvalitetsstandarder udformes og anvendes inden for de lovgivningsmæssige rammer og forpligtelser, herunder den individuelle vurdering af den enkelte borgers behov.

### 2.1 Konklusioner

#### Boks 2.1 Konklusioner – strategier og retningslinjer

- **Kvalitetsstandarder i balance**

Det politisk fastlagte serviceniveau på området fremgår af deltagerkommunernes kvalitetsstandarder, der udformes inden for lovgivningens rammer, herunder kravet om individuel vurdering af den enkelte borgers behov. Analysen peger i retning af, at det er væsentligt, at kvalitetsstandarderne – evt. i kombination med et ydelseskatalog – har et detaljeringsniveau, der rammer en balance mellem at specificere det politisk fastlagte serviceniveau og give rum til den individuelle vurdering af den enkelte borgers behov.

- **Udbred kendskab til og anvendelse af kvalitetsstandarder i visitation og udførerled**

Analysen peger på, at det er en fordel for den økonomiske styring, at kvalitetsstandarder for hjemmeplejen er kendte og anvendte i det daglige arbejde, både i visitationen og i udførerledet. Dette bidrager til implementering af det politisk fastlagte serviceniveau i visitationspraksis såvel som i levering af serviceydelser til borgerne. Implementering af det vedtagne serviceniveau kan være med til at understøtte den økonomiske styring under forudsætning af, at budget og serviceniveau hænger sammen, som beskrevet i afsnit 5.3.

- **Løbende dialog om kvalitetsstandarder**

Kendskabet til og brugen af kvalitetsstandarderne i hjemmeplejen kan øges gennem løbende dialog om standarderne, fx mellem myndighedsleder og hjemmeplejeledere, mellem visitatorer og medarbejdere i hjemmeplejen eller internt i hjemmeplejen. Det er væsentligt at have en systemiseret praksis for, hvordan viden om serviceniveau og kvalitetsstandarder løbende kommunikeres og indarbejdes i praksis, blandt andet hos nye medarbejdere og nye ledere i organisationen.

### 2.2 Strategier og retningslinjer på ældreområdet

#### 2.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Deltagerkommunerne arbejder alle med strategier og retningslinjer for ældreområdet. Et af de gennemgående elementer i strategierne handler om tidlig opsporing af borgere, der har eller forventes at udvikle behov for hjælp. Desuden har kommunerne fokus på at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang til borgerne. Det vil sige, at der er fokus på at understøtte borgeren i at være eller blive selvhjulpnen så længe som muligt.

Strategierne på ældreområdet fungerer i deltagerkommunerne i højere grad som en generel tilgang end som konkrete tiltag, der implementeres. Strategierne i Vordingborg og Favrskov Kommuner adskiller sig fra de øvrige deltagerkommuners strategier ved at indeholde konkrete resultatmål, som der kan følges op på. Resultatmålene i Vordingborg Kommunes strategi fremgår af Figur 2.1.

**Figur 2.1** Resultatmål i strategien i Vordingborg Kommune

- At andelen af 64+-årige, der ikke har behov for hjemmehjælp eller alene deltager i forebyggende indsats og aktiviteter, stiger år for år.
- At andelen af de 75+-årige, der deltager i forebyggende indsats målt i uge 11 og ved årets udgang, stiger år for år.
- At tilfredshedsundersøgelser viser en borgertilfredshed på 90 % set i forhold til den forebyggende indsats.

I Favrskov Kommune er de konkrete resultatmål skrevet ind i kvalitetsstandarderne og er specifikke mål for tilfredshed. Figur 2.2 viser et eksempel på resultatmål fra Favrskov Kommunes kvalitetsstandard vedrørende personlig pleje.

**Figur 2.2** Resultatmål i strategien i Favrskov Kommune

- Omfanget af hjælpen skal tilpasses den enkelte borgers behov. Mindst 85 % af alle borgere, der modtager hjemmehjælp, skal være meget tilfredse eller tilfredse med omfanget af den tildelte hjælp.
- Mindst 90 % af alle borgere, der modtager hjemmehjælp, skal være meget tilfredse eller tilfredse med udførelsen af hjælpen.
- Mindst 90 % af alle borgere, der modtager hjemmehjælp, skal opleve medarbejderne som venlige og imødekommende.

De fleste af de øvrige fem deltagerkommuner har også indskrevet resultatmål i enten deres strategi for ældreområdet eller i kvalitetsstandarderne. Resultatmålene er dog her formuleret bredere og ikke som kvantificerbare mål, der kan følges op på.

En væsentlig del af strategien på ældreområdet er i alle deltagerkommuner at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang til borgerne. Det rehabiliterende arbejde udmøntes dels i at tilbyde rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a, dels ved at styrke det rehabiliterende arbejde generelt i ældreplejen. I alle deltagerkommunerne er der formuleret en overordnet retning for det rehabiliterende arbejde, men kun Vordingborg Kommune har opstillet konkrete, kvantificerbare målsætninger for forebyggende indsatser (jf. ovenfor).

Deltagerkommunerne udtrykker et behov for at kunne måle og dokumentere virkningen af det rehabiliterende arbejde, herunder koble udgifter til faglige resultater.<sup>10</sup> Deltagerkommunerne

<sup>10</sup> Der findes generelle undersøgelser af, hvad effekten er af rehabiliterende indsatser til ældre borgere. Se fx Socialstyrelsen (2013) og Petersen et al. (2017). Deltagerkommunerne oplever dog stadig et behov for at kunne dokumentere resultaterne af indsatsen i deres egen kommune.

giver imidlertid udtryk for, at det er vanskeligt at dokumentere resultaterne af rehabiliteringsforløb og at skabe et klart billede af, i hvor høj grad det lykkes at implementere en rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen, samt hvad betydningen heraf er for borgerne. Vanskelighederne kan fx bestå i, at det er svært at vide og undersøge, hvordan et forløb for en borger havde udviklet sig, hvis borgeren havde modtaget hjemmepleje efter § 83 i stedet for et rehabiliteringsforløb efter § 83a. Samtidig kan det være vanskeligt at undersøge, hvad et rehabiliteringsforløb eller en rehabiliterende tilgang betyder for borgerens livskvalitet og behov for hjælp på længere sigt, og dermed hvad det samlede resultat af den rehabiliterende indsats er. Nogle af deltagerkommunerne arbejder dog med at måle resultaterne af rehabiliteringsforløb ved fx at se på, hvor mange borgerforløb der afsluttes, efter at de har modtaget et rehabiliteringsforløb, og hvor mange der overgår til hjemmepleje efter et rehabiliteringsforløb. Se også afsnit 7.5 om styringsinformation vedrørende faglige resultater.

## 2.2.2 Vurdering

Deltagerkommunernes strategier og retningslinjer på ældreområdet drejer sig generelt om tidlig opsporing af borgere, der har eller kan få behov for hjælp samt om at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang til borgerne. Den rehabiliterende tilgang i arbejdet har typisk fokus på at understøtte borgeren i at være eller blive selvhjulpnen så længe som muligt. De syv deltagerkommuners strategier på ældreområdet forekommer relativt overordnede, og de strategiske målsætninger er typisk formuleret bredt. Kun to deltagerkommuner har relativt konkrete, kvantificerbare målsætninger i deres strategier på ældreområdet. Det er således ikke ud fra deltagerkommunernes erfaringer muligt at afgøre, om formuleringen af konkrete målsætninger har en betydning for den økonomiske styring. Dog udtrykker deltagerkommunerne et behov for og ønske om at kunne følge op på faglige resultater af rehabiliteringsforløb samt at kunne koble dem til udgifterne. Se også afsnit 7.5 om styringsinformation vedrørende faglige resultater.

## 2.3 Kvalitetsstandarder

Deltagerkommunernes strategier suppleres af kvalitetsstandarder kombineret med ydelses- eller indsatskataloger, der fastlægger serviceniveauet og er retningsgivende for ældreplejens arbejde. Kommunalbestyrelsen skal én gang årligt udarbejde og godkende en kvalitetsstandard for blandt andet hjemmepleje efter § 83 og rehabiliteringsforløb efter § 83a.<sup>11</sup> Da kvalitetsstandarderne behandles og vedtages politisk, kan de fungere som strategiske dokumenter, der skal anvendes og implementeres i praksis, når visitationen foretages og plejen udføres. I dette afsnit ser vi på indhold og anvendelse af kvalitetsstandarder i deltagerkommunerne. Der er i afdækningen af deltagerkommunernes kvalitetsstandarder fokuseret på hjemmeplejen. Deltagerkommunernes eventuelle brug af ydelses- eller indsatskataloger er ikke undersøgt.

### 2.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

#### Kvalitetsstandardernes indhold

Tabel 2.1 viser eksempler på forskelle og ligheder mellem deltagerkommunernes kvalitetsstandarder. Det bemærkes, at nogle af deltagerkommunerne supplerer deres kvalitetsstandarder

---

<sup>11</sup> Jf. serviceloven og BEK nr. 1575 af 27/12/2014.

med et ydelses- eller indsatskatalog, der konkretiserer kvalitetsstandardernes mere overordnede beskrivelser af serviceniveauet yderligere. Andre deltagerkommuner har ikke et ydelseskatalog, og kvalitetsstandarderne kan derfor være mere detaljerede.<sup>12</sup>

**Tabel 2.1** Eksempler på ligheder og forskelle i deltagerkommunernes kvalitetsstandarder

Ligheder	Forskelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitetsstandarder angiver, hvem der kan modtage ydelser</li> <li>▪ Kvalitetsstandarder angiver, hvilke aktiviteter der indgår i ydelsen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitetsstandarder angiver, hvilke aktiviteter der ikke indgår</li> <li>▪ Detaljeringsgrad i kvalitetsstandardernes beskrivelser af aktiviteter.</li> </ul>

Et fællestræk ved kvalitetsstandarderne i alle syv deltagerkommuner er, at de angiver, hvilke borgere der kan modtage ydelser fra kommunens ældreområde. Figur 2.3 viser et eksempel på kvalitetsstandarderne i Høje-Taastrup Kommune.

**Figur 2.3** Uddrag af kvalitetsstandard fra Høje-Taastrup Kommune

<p><b>Hvem kan modtage støtte?</b></p> <p>Du kan få støtte, hvis du har varige eller midlertidige funktionsnedsættelser, der betyder, at der er daglige gøremål, som du ikke selv kan klare. Det kan både være fysisk, psykisk eller socialt. For at få støtte skal du have fast eller midlertidig adresse i Høje-Taastrup Kommune.</p> <p>Det er ikke selve det at have en bestemt sygdom, skade eller et handicap, eller det at være blevet ældre, der berettiger til støtte, men de konsekvenser det har for dine daglige færdigheder og din hverdag. Hvis du søger om støtte til praktiske ting, vurderer vi også, om det er noget, en ægtefælle eller andre pårørende kan hjælpe dig med.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samtidig angiver kvalitetsstandarderne i alle deltagerkommuner, hvilke aktiviteter der indgår i ydelsen. Der er dog forskel på detaljeringsgraden i beskrivelserne af, hvilke aktiviteter der indgår, hvilket som nævnt kan hænge sammen med, om kvalitetsstandarderne suppleres af et ydelseskatalog eller lignende. Det er deltagerkommunernes erfaring, at der kan være styringsmæssige fordele og ulemper ved både relativt detaljerede og relativt overordnede kvalitetsstandarder. På den ene side kan detaljerede kvalitetsstandarder være med til at skabe sammenhæng mellem den service, der faktisk visiteres og leveres til borgerne, og de politiske ønsker til serviceniveauet. På den anden side kan detaljerede kvalitetsstandarder i nogle tilfælde gøre det vanskeligere at bevare en tilstrækkelig fleksibilitet i forhold til den enkelte borgers behov. Derfor synes det væsentligt, at kvalitetsstandardens detaljeringsniveau rammer en balance mellem at sikre det politisk fastlagte serviceniveau og give rum til den individuelle vurdering af den enkelte borgers behov.

Desuden er der forskel på, om kvalitetsstandarderne angiver, hvilke aktiviteter der *ikke* indgår i de forskellige ydelser. I kvalitetsstandarderne i fire af kommunerne – Favrskov, Mariagerfjord, Varde og Vordingborg – fremgår det, hvilke aktiviteter der ikke indgår. Figur 2.4 viser et eksempel på dette fra kvalitetsstandarderne i Favrskov Kommune. I de tre øvrige kommuner –

<sup>12</sup> Som nævnt er deltagerkommunernes brug af ydelses- eller indsatskataloger ikke undersøgt.

Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup og Middelfart – er det ikke specificeret i kvalitetsstandarderne, hvilke aktiviteter der *ikke* indgår i ydelserne. Det kan dog fremgå af ydelseskataloget.<sup>13</sup>

**Figur 2.4** Uddrag af kvalitetsstandard for personlig pleje, Favrskov Kommune

**Lovgrundlag**  
*Serviceovens § 83, Sundhedslovens § 138.*

**Formål med hjælpen:**  
At støtte borgeren i at opretholde en god personlig hygiejne.

**Hvem kan modtage hjælpen:**  
Borgere, der pga. midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har brug for støtte/hjælp til personlig hygiejne.

**Aktiviteter der kan indgå i hjælpen:**

- Bad i form af brusebad eller sengebade
- Øvre og nedre toilette
- Hårvask
- Mundhygiejne
- Hudpleje
- Af- og påklædning
- Toiletbesøg
- Opgaver i forbindelse med kropsbårne hjælpemidler
- Forflytning, vending og lejring
- Sengeredning
- Medicingivning
- Psykisk pleje og omsorg
- Vejledning og rådgivning
- Hjælp og støtte til struktur i hverdagen.

**Aktiviteter, der ikke indgår i hjælpen:**  
Hjælp til hårpleje, der normalt udføres af en frisør. Hjælp til neglepleje, som normalt udføres af faguddannede inden for dette område.

### Anvendelse af kvalitetsstandarder

Kommunernes kvalitetsstandarder er offentligt tilgængelige og fungerer blandt andet som information til borgerne om, hvilket serviceniveau de kan forvente, dvs. hvilke ydelser kommunen tilbyder eller ikke tilbyder. Alle deltagerkommunerne lægger vægt på denne funktion af kvalitetsstandarderne og bruger kvalitetsstandarderne konkret i dialogen med borgeren, fx i forbindelse med visitation til eller udførelse af hjælp, hvor borgeren har spørgsmål til, hvad der kan forventes.

Kvalitetsstandarderne sætter i alle deltagerkommunerne retning for det daglige arbejde i visitationen og blandt udførerne. Der er dog forskel på, hvor kendte og anvendte kvalitetsstandarderne er i de enkelte deltagerkommuner. Der er ligeledes forskel på kendskab og anvendelse i visitation og udførerled. Forskellene uddybes i det følgende.

De syv deltagerkommuners myndighedsledere giver alle udtryk for, at de kender kvalitetsstandarderne indgående og bruger dem i deres daglige arbejde over for både medarbejdere og borgere. Kvalitetsstandarderne er desuden i høj grad retningsgivende for visitorernes praksis

<sup>13</sup> Som nævnt er deltagerkommunernes brug af ydelses- eller indsatskataloger ikke undersøgt.

i deltagerkommunerne. I de to referencekommuner – Mariagerfjord og Faaborg-Midtfyn – arbejder man generelt på at udvikle og understøtte en mere ensartet visitationspraksis, naturligvis fortsat inden for lovgivningens rammer og ud fra en konkret og individuel vurdering af borgerens behov.

Også i udførerleddet er kvalitetsstandarderne kendte og anvendte i alle syv deltagerkommuner. Der lader dog til at være forskel på, hvor grundigt kendskabet er, og i hvor høj grad kvalitetsstandarderne bruges i hjemmeplejens daglige arbejde. Alle syv deltagerkommuner giver udtryk for, at kendskabet til kvalitetsstandarderne er relativt højt hos lederne i hjemmeplejen (fx distriktsledere), mens medarbejdernes kendskab til og brug af kvalitetsstandarderne typisk er lavere. Det skal her bemærkes, at der ikke har deltaget medarbejdere fra hjemmeplejen i VIVES interview med udførerne. Vurderingen af hjemmeplejemedarbejdernes kendskab til og brug af kvalitetsstandarderne bygger altså på udsagn fra myndighed, fagchef, ledere i hjemmeplejen og i enkelte kommuner planlæggere i hjemmeplejen.

Deltagerkommunerne arbejder på forskellige måder med at udbrede kendskabet til og anvendelsen af kvalitetsstandarderne blandt hjemmeplejepersonalet. Generelt har lederne i hjemmeplejen det overordnede ansvar for, at kvalitetsstandarderne bliver anvendt i det daglige arbejde, og at eventuelle ændringer implementeres i de leverede hjemmeplejeydelser. Til det formål drøftes kvalitetsstandarderne typisk på personale-, gruppe- eller teammøder internt i hjemmeplejen, enten systematisk eller på mere ad hoc basis.

I flere deltagerkommuner arbejder man derudover med at udbrede og fastholde brugen af kvalitetsstandarderne ved at øge dialogen mellem hjemmeplejen og visitatorerne. Dette sker for det første ved møder i ledelsen, fx mellem myndighedsleder, fagchef og ledere i hjemmeplejen. Derudover er der i flere deltagerkommuner en systematiseret kommunikation mellem visitatorer og medarbejdere eller gruppeledere i hjemmeplejen. Typisk foregår det konkret ved, at visitatorer deltager på møder i hjemmeplejedistrikterne et antal gange om året. På disse møder kan serviceniveauet drøftes, herunder kan visitatorerne forklare indholdet i kvalitetsstandarderne og afklare spørgsmål fra hjemmeplejen om det konkrete indhold i en given ydelse.<sup>14</sup>

Deltagerkommunernes arbejde med at sikre, at kvalitetsstandarderne er kendte og anvendte i visitation og levering af ydelser, foregår løbende, da der hele tiden er af- og tilgang af medarbejdere til området. Det gælder navnlig medarbejdere i hjemmeplejen. Desuden kommer der løbende borgere til, som begynder at modtage ydelser fra ældreområdet. For at fastholde kendskabet til og brugen af kvalitetsstandarderne i det daglige arbejde anser deltagerkommunerne det derfor for nødvendigt at have en systematiseret praksis for, hvordan viden om serviceniveauet løbende kommunikeres til medarbejdere og borgere.

I Figur 2.5 er oplyst en række eksempler på forskellige måder, hvorpå deltagerkommunerne løbende arbejder med at sikre, at kvalitetsstandarderne og eventuelle ændringer heri er kendte og anvendte i visitationspraksis og i leveringen af hjemmeplejeydelser.

---

<sup>14</sup> Der kan ligeledes ske en løbende dialog mellem visitationen og de private leverandører for at sikre, at kvalitetsstandarderne er kendte og anvendes i arbejdet, også af de private leverandører. Dette er dog ikke systematisk afdækket i analysen.

**Figur 2.5** Eksempler på, hvordan kommunerne arbejder med at udbrede kendskab til og brug af kvalitetsstandarder i organisationen

#### **Eksempler på tiltag i ledelsen**

- Kvalitetsstandarder drøftes i ledergruppen på ældreområdet (dvs. fagchef, myndighedsleder, distriktsledere og evt. områdeledere)

#### **Eksempler på tiltag i driften**

- Drøftes på ledermøder med deltagelse af gruppelederne fra alle hjemmeplejegrupper (Mariagerfjord)
- Velkomstfolder med beskrivelse af kvalitetsstandarder uddeles til nye medarbejdere (Middelfart)

#### **Eksempler på tiltag mellem myndighed og udførere**

- Kvalitetsstandarder introduceres systematisk til nye medarbejdere af visitatorer (Favrskov)
- Visitatorer deltager i triagemøder med hver hjemmeplejegruppe (Mariagerfjord)
- Terapeuter (der sidder i visitation) deltager på ugentlige møder med hjemmeplejegrupperne (Faaborg-Midtfyn)
- Myndighedsleder og visitatorer deltager på dialogmøder med hjemmepleje tre gange om året (Varde)
- Visitatorer der deltager på møder med de enkelte hjemmeplejegrupper efter behov (Varde).

### **Revidering af kvalitetsstandarder**

Kvalitetsstandarderne skal vedtages politisk mindst en gang årligt og kan derfor blive justeret løbende. Til at udbrede kendskabet til justeringer i kvalitetsstandarderne anvender deltagerkommunerne de samme kommunikationsveje som til det generelle arbejde med at udbrede kendskabet til kvalitetsstandarderne. Justeringer i kvalitetsstandarderne diskuteres således i ledelsen mellem blandt andet myndighedsleder og ledere i hjemmeplejen. Derudover kan ændringer kommunikerer på møder internt i hjemmeplejen og i nogle deltagerkommuner på møder i hjemmeplejedistrikterne, hvor visitatorer deltager (jf. beskrivelsen ovenfor).

Der er lidt forskellig praksis i deltagerkommunerne for, om og hvordan visitationen og hjemmeplejen bliver inddraget i processen med at revidere kvalitetsstandarderne. I fem deltagerkommuner – Favrskov, Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup, Mariagerfjord og Middelfart – er både myndighedsleder og medarbejdere i visitationen inddraget, når kvalitetsstandarderne revideres. Visitatorerne har mulighed for at komme med input til, hvordan kvalitetsstandarderne kan revideres, og hvilke sproglige præciseringer der kan være hensigtsmæssige i forhold til visitation af ydelser eller i forhold til den praktiske brug af kvalitetsstandarderne i hjemmeplejen. I alle kommunerne orienteres lederne af både myndighed og udfører desuden om ændringer i kvalitetsstandarder og ydelseskataloger og har derigennem mulighed for at kommentere på dem.

### **2.3.2 Vurdering**

Det politisk fastlagte serviceniveau på området fremgår af deltagerkommunernes kvalitetsstandarder, der udformes inden for lovgivningens rammer, herunder kravet om individuel vurdering af den enkelte borgers behov. Det er ud fra deltagerkommunernes erfaringer væsentligt, at

kvalitetsstandarderne – eventuelt i kombination med et ydelseskatalog – har et detaljeringsniveau, der rammer en balance mellem at specificere det politisk fastlagte serviceniveau og give rum til den individuelle vurdering af den enkelte borgers behov.

VIVE vurderer ud fra deltagerkommunernes erfaringer, at det er væsentligt, at kvalitetsstandarderne for hjemmeplejen er kendte og anvendte i det daglige arbejde, både i visitationen og i udførerledet. Det gælder både ledere og medarbejdere. I nogle tilfælde kan det dog formentlig for medarbejdere i hjemmeplejen være tilstrækkeligt, at de kender og anvender et evt. ydelses- eller indsatskatalog, som afspejler kvalitetsstandardens serviceniveau. Deltagerkommunernes brug af ydelses- og indsatskataloger er, som nævnt, ikke afdækket. Kendskabet til og anvendelsen af kvalitetsstandarder bidrager til at implementere det politisk fastlagte serviceniveau i både visitationspraksis og i leveringen af serviceydelser til borgerne. Implementering af det vedtagne serviceniveau kan være med til at understøtte den økonomiske styring af området, forudsat at budget og serviceniveau hænger sammen, som beskrevet i afsnit 5.3.

Kendskabet til og brugen af kvalitetsstandarderne i hjemmeplejen kan øges ved, at standarderne løbende drøftes i forskellige fora. Det kan være møder i ledelsen, hvor bl.a. myndighedsleder og hjemmeplejeledere deltager, møder internt i hjemmeplejen og møder i hjemmeplejedistrikterne med deltagelse af visitatorer. Desuden er det væsentligt at have en systematiseret procedure for, hvordan nye medarbejdere og ledere i organisationen lærer kvalitetsstandarderne at kende og får dem indarbejdet i deres daglige praksis.



## 3 Organisering

I dette kapitel afdækkes og vurderes deltagerkommunernes organisering af hjemmepleje og § 83a-forløb. Kapitlet ser for det første på den organisatoriske placering af hjemmeplejen i forhold til sygepleje og plejecentre. For det andet afdækkes organiseringen af § 83a-forløb i forhold til hjemmeplejen og eventuelle trænings- og rehabiliteringsenheder i kommunen. Organiseringen af henholdsvis hjemmeplejen og § 83a-forløb er relevant for den økonomiske styring i det omfang, organiseringen kan understøtte en hensigtsmæssig økonomisk styringspraksis. Organiseringen skaber således ikke automatisk en bestemt praksis, men kan være med til at understøtte en sådan i samspil med øvrige styringsprocesser, fx budgetopfølgning mv.

Typisk for de syv deltagerkommuner er, at ældreområdet er organiseret under samme direktør og i samme politiske udvalg som sundhedsområdet og det specialiserede voksenområde. I nogle deltagerkommuner har ældre- og sundhedsområdet samme fagchef, mens voksenområdet har en anden fagchef. I andre deltagerkommuner har områderne tre forskellige fagchefer.

### 3.1 Konklusioner

#### Boks 3.1 Konklusioner – organisering

- **Forskellig organisering af hjemmepleje i forhold til plejecentre og sygepleje – men fælles hensyn**

Analysen kan ikke pege entydigt på, om det ud fra et økonomistyringsperspektiv er mest fordelagtigt at organisere hjemmeplejen sammen med eller adskilt fra plejecentrene og sygeplejen. Deltagerkommunerne er organiseret forskelligt, men deler nogle fælles hensyn i deres valg af organisering, herunder hensynet til muligheden for sparring om økonomistyringen mellem ledere og til muligheden for at udnytte personaleressourcerne bedst muligt.

- **Overvej hensyn til at understøtte ledelsesmæssig sparring**

Analysen peger i retning af, at kommunerne med fordel kan indrette deres organisering af hjemmeplejen, så lederne af distrikterne har mulighed for at sparre om den økonomiske styring med andre ledere, der har sammenlignelige opgaver. Den ledelsesmæssige sparring kan opnås på forskellige ledelsesniveauer, afhængigt af organisering.

- **Overvej hensyn til at understøtte udnyttelse af personaleressourcer**

Analysen peger i retning af, at kommunerne med fordel kan indrette deres organisering af hjemmeplejen, så personaleressourcerne kan udnyttes på tværs af organisatoriske enheder. En sådan praksis kan nedbringe udgifterne til fx eksterne vikarer og dermed forbedre ressourcestyringen. Udnyttelsen af personaleressourcer kan opnås på forskellige måder, afhængigt af om hjemmeplejen er organiseret sammen med eller adskilt fra plejecentrene og sygeplejen.

- **Stillingtagen til organisering af medarbejdere i § 83a-indsats**

Der kan ikke peges entydigt på den mest fordelagtige organisering af og ansvarsplacering hos medarbejdere, der arbejder med § 83a-forløb. I deltagerkommunerne ses følgende modeller:

- **Model 1:** § 83a planlægges og udføres udelukkende eller hovedsageligt af bestemte medarbejdere, herunder terapeuter, der typisk er organiseret selvstændigt i et team eller lignende, placeret under myndighed eller i driften.

### Boks 3.1 Konklusioner – organisering

- **Model 2:** § 83a planlægges af terapeuter og udføres af hjemmeplejen under vejledning fra terapeuterne, der typisk er organiseret selvstændigt i et team eller lignende, placeret i myndighed eller i en generel træningsafdeling på ældre- eller sundhedsområdet.

- **Overvej hensyn til at koordinere mellem planlægning og udførelse af § 83a-forløb**

Analysen peger i retning af, at det er væsentligt at understøtte koordinering mellem planlægning og udførelse af § 83a-forløb. Denne koordinering kan skabe sammenhæng mellem mål for og udførelse af forløbene, hvilket forventes at kunne bidrage til, at forløbene virker efter hensigten. Nogle deltagerkommuner understøtter koordineringen ved at organisere § 83a-indsatsen i et samlet team, der både planlægger og udfører forløbene. Andre deltagerkommuner gør det ved på forskellige måder at lade rehabiliteringsterapeuter have en fast og jævnlig tilknytning til hjemmeplejedistrikterne.

- **Overvej hensyn til at fremme en rehabiliterende tilgang i hele hjemmeplejen**

Analysen peger i retning af, at det er væsentligt at understøtte en rehabiliterende tilgang i hjemmeplejens arbejde med borgere, der modtager § 83-ydelser. Dette kan fx understøttes ved at give hjemmeplejen ansvaret for at udføre § 83a-forløb eller ved at indføre samarbejdsstrukturer mellem hjemmepleje og terapeuter, der understøtter udbredelsen af en rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen. En rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen kan være med til at sikre, at der bliver iværksat tiltag for at forbedre, fastholde eller minimere reduktioner i funktionsevnen.

- **Overvej hensyn til at koordinere mellem terapeuter og visitation**

Analysen peger i retning af, at det er væsentligt at understøtte koordinering mellem visitationen og de rehabiliterende terapeuter, der planlægger og evt. udfører § 83a-forløb, blandt andet med henblik på at understøtte visitatorernes opmærksomhed på at igangsætte § 83a-forløb. En af deltagerkommunerne har gjort dette ved at organisere rehabiliteringsteamet under myndighedslederen. Andre deltagerkommuner har indført andre tiltag, fx fast mødestruktur for sparring mellem visitatorer og terapeuter.

## 3.2 Hjemmeplejens organisering i forhold til sygepleje og plejecentre

I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes organisering af hjemmeplejen i forhold til plejecentrene og sygeplejen. Den organisatoriske placering af rehabiliteringsforløb behandles selvstændigt i afsnit 3.3 og indgår derfor ikke i dette afsnit.

### 3.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

#### Hjemmeplejens organisering i forhold til plejecentre og sygepleje

Hjemmeplejen kan være organiseret sammen med eller adskilt fra henholdsvis sygeplejen og plejecentrene. Organiseringen kategoriseres primært ud fra distriktslederniveauet. Dermed kategoriseres hjemmeplejen eksempelvis som værende samorganiseret med sygeplejen, hvis distriktslederne både har syge- og hjemmeplejegrupper i reference.

Det skal bemærkes, at deltagerkommunerne har forskellige betegnelser for forskellige organisatoriske og lederniveauer. I denne rapport anvendes termen "distriktsledere" om ledere på niveauet under en evt. områdeleder eller niveauet under fagchefen, hvis der ikke er områdeledere i kommunen. "Områdeledere" forstås i rapporten som ledere af eksempelvis det samlede hjemmepleje-, sygepleje- eller plejecenterområde i en kommune.

Kategoriseringen er vist i Tabel 3.1. Den vandrette dimension angiver, om hjemmeplejen er organiseret sammen med sygeplejen, mens den lodrette dimension angiver, om hjemmeplejen er samorganiseret med plejecentrene. Kombinationen af de to dimensioner giver de fire typer af organisering, der fremgår af Tabel 3.1.

**Tabel 3.1** Organisering af hjemmepleje i forhold til sygepleje og plejecentre

Hjemmeplejen samorganiseret med sygeplejen?			
		Ja	Nej
Hjemmeplejen samorganiseret med plejecentre?	Ja	Type 1: Fuld samorganisering Vordingborg	Type 2: Sygepleje adskilt Varde
	Nej	Type 3: Plejecentre adskilt Favrskov (Høje-Taastrup)*	Type 4: Fuld adskillelse Middelfart Faaborg-Midtfyn Mariagerfjord Høje-Taastrup*

Note: \* I Høje-Taastrup Kommune refererer hjemmeplejedistrikterne og sygeplejen til den samme områdeleder.

Som det fremgår af Tabel 3.1, er deltagerkommunernes organisering forskellig, hvilket uddybes nedenfor i afsnittet om deltagerkommunernes samlede organisering.

De fire organiseringstyper kan kombineres med forskellige ledelsesstrukturer. Nogle kommuner har et lag af områdeledere imellem fagchefen og de enkelte distriktsledere. I andre kommuner refererer distriktslederne direkte til fagchefen. Alle fire typer af organisering i Tabel 3.1 kan i princippet optræde i kombination med en struktur med såvel som uden områdeledere. Tabel 3.2 viser kombinationen af organisationstyper og ledelsesstruktur, opdelt på, om man har en områdeleder for hjemmeplejen eller ej. Deltagerkommunernes placering i tabellen angiver deres nuværende organisering, som i tre kommuner er ændret for nylig (markeret med kursiv), jf. nedenfor.

**Tabel 3.2** Organiseringstype og ledelsesstruktur

Ledelsesstruktur			
		Med områdeleder	Uden områdeleder
Organisationstype	Type 1: Fuld samorganisering		Vordingborg <i>Faaborg-Midtfyn (-2018)</i>
	Type 2: Sygepleje adskilt		Varde (2017-) <i>Mariagerfjord (-2019)</i>
	Type 3: Plejecentre adskilt		Favrskov
	Type 4: Fuld adskillelse	Faaborg-Midtfyn (2018-) Mariagerfjord (2019-) Middelfart Høje-Taastrup*	<i>Varde (-2017)</i>

Note: \*Samme områdeleder i Høje-Taastrup Kommune har ansvar for både hjemmeplejedistrikterne og sygeplejen.

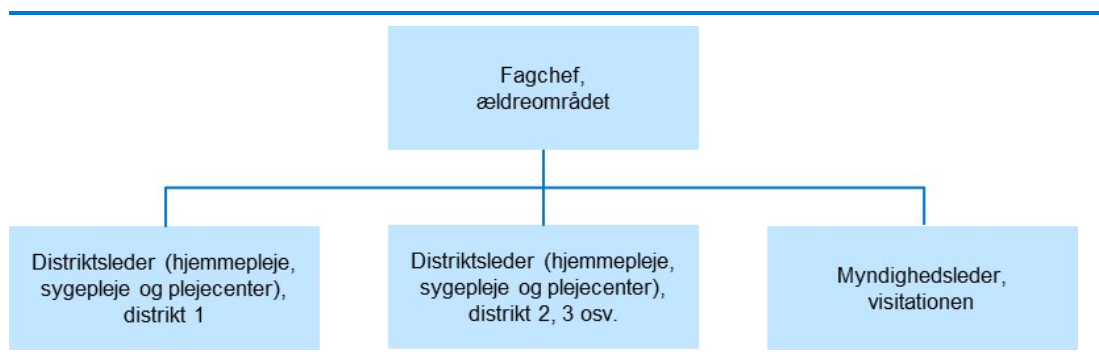
De fire deltagerkommuner med organisationstypen "Fuld adskillelse" har en områdeleder for hjemmeplejen, som distriktslederne refererer til. Områdelederen refererer til fagchefen. I de øvrige tre kommuner refererer distriktslederne direkte til fagchefen.

### Beskrivelse af deltagerkommunernes samlede organisering af hjemmeplejen

I det følgende uddybes organiseringerne i de syv kommuner og eventuelle større forandringer af organiseringen. Da sygeplejen – uanset organisatorisk placering – kan overdrage sygeplejedydelser til hjemmeplejen, beskrives koordinering og samarbejde mellem hjemmepleje og sygepleje særskilt i de kommuner, hvor de to delområder er organisatorisk adskilt.

Vordingborg Kommune har fuld samorganisering af hjemmepleje, sygepleje og plejecentre i fælles geografiske distrikter, dvs. type 1 i Tabel 3.1. Denne type af organisering er illustreret på eksempelbasis i Figur 3.1, der viser "Fuld samorganisering" uden områdeledere.

**Figur 3.1** Illustration af eksempel på organisationstype 1: Fuldt samorganiseret hjemmepleje, sygepleje og plejecentre (uden områdeledere)

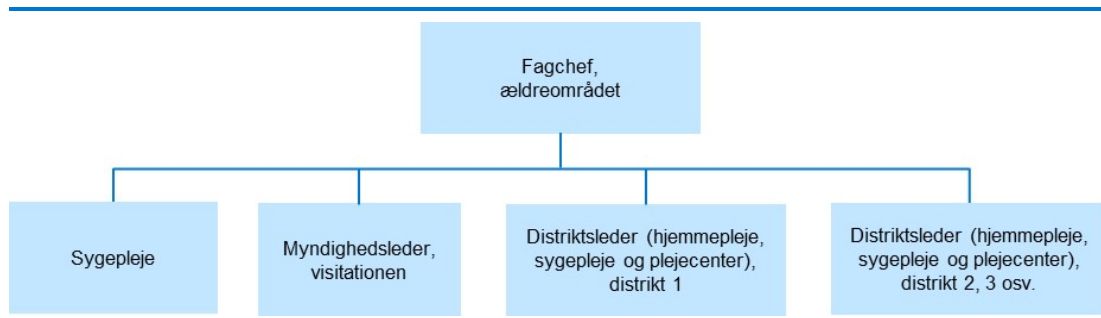


Note: VIVEs tegning til illustration af organisationstype 1: Fuldt samorganiseret hjemmepleje, sygepleje og plejecentre.

Der er i Vordingborg Kommune syv distrikter med hver deres distriktsleder samt en eller to assisterende distriktsledere. Distriktslederne refererer direkte til fagchefen. I hvert distrikt er der et eller to plejecentre. Det ene af de syv distrikter dækker desuden aftensygepleje samt både sygepleje og hjemmepleje om natten i hele kommunen. I et af distrikterne er hjemmeplejen opdelt i en by- og en landgruppe. Sygeplejen i hvert distrikt mødes dagligt med distriktets hjemmeplejegrupper.

I Varde Kommune er hjemmeplejen organiseret sammen med plejecentrene og adskilt fra sygeplejen, dvs. type 2 i Tabel 3.1. Denne type af organisering er illustreret på eksempelbasis i Figur 3.2. Figuren viser organiseringen "Sygepleje adskilt" uden områdeledere.

**Figur 3.2** Illustration af eksempel på organiseringstype 2: Samorganiseret hjemmepleje og plejecentre, sygepleje adskilt (uden områdeledere)

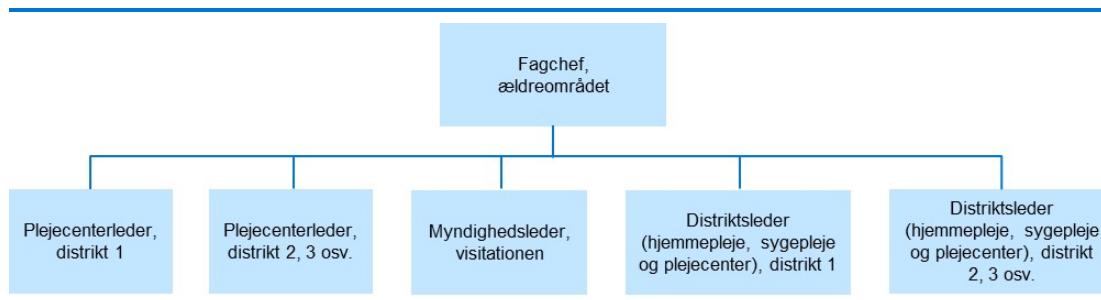


Note: VIVEs tegning til illustration af organisering af type 3: Samorganiseret hjemmepleje og plejecentre, sygepleje adskilt – uden områdeledere.

Konkret har Varde Kommune en geografisk distriktsopdeling, hvor plejecentre og hjemmepleje er samorganiseret i fire distrikter med hver deres leder. Kommunen er overgået til denne struktur i 2017. Indtil da havde man fem distrikter, heraf to hjemmeplejedistrikter og tre plejecentre. Sygeplejen er organiseret i et selvstændigt team, der siden 2017 har været placeret under fagchefen på ældreområdet. De udkørende sygeplejersker deltager i såkaldte træffetidsmøder med hjemmeplejen og rehabiliterende terapeuter i distrikterne hver eller hver anden uge. På møderne drøftes udvalgte komplekse borgersager, og der sparres om sager, hvor der er brug for særlig opmærksomhed.

I Favrskov Kommune er hjemmeplejen organiseret sammen med sygeplejen og adskilt fra plejecentrene, dvs. type 3 i Tabel 3.1. Denne type af organisering er illustreret på eksempelbasis i Figur 3.3, der viser organiseringen "Plejecentre adskilt" uden områdeledere.

**Figur 3.3** Illustration af eksempel på organiseringstype 3: Samorganiseret hjemmepleje og sygepleje, plejecentre adskilt (uden områdeledere)



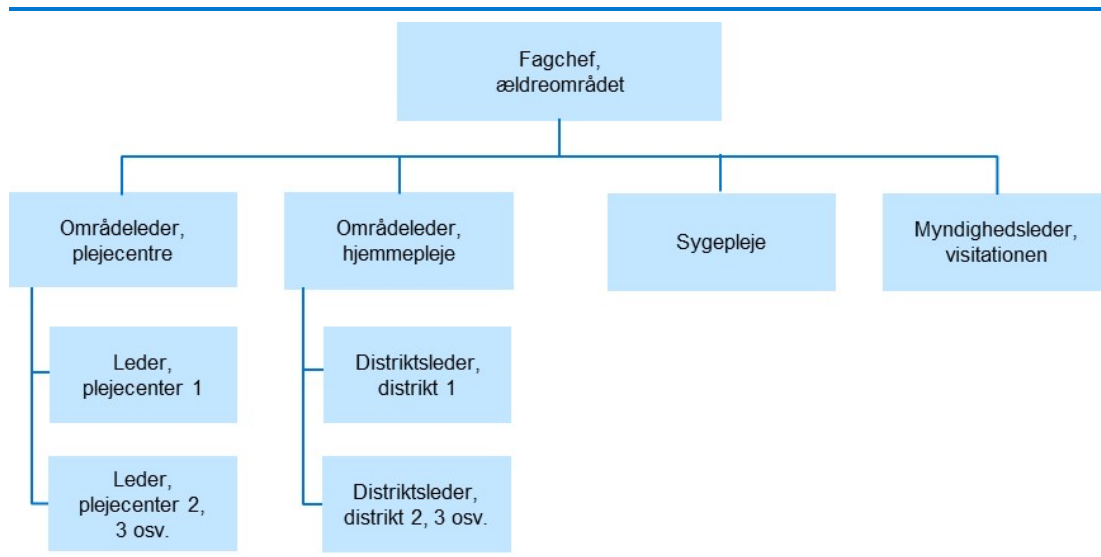
Note: VIVEs tegning til illustration af organisering af type 3: Integreret hjemmepleje og sygepleje – uden områdeledere.

I Favrskov Kommune er sygeplejen organiseret sammen med hjemmeplejen på den måde, at hvert hjemmeplejedistrikt har både en hjemme- og en sygeplejegruppe, hvis ledere refererer til samme distriktsleder. Hjemme- og sygeplejen er inddelt i fire geografiske områder, der hver består af en sygepleje- og en hjemmeplejegruppe. De fire områder er samlet i to distrikter med hver sin distriktsleder, der begge refererer til fagchefen.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Dermed er Favrskov Kommunes organisering lidt anderledes end den arketype, der er illustreret i Figur 3.3.

Hjemmeplejen er i Faaborg-Midtfyn, Mariagerfjord, Høje-Taastrup og Middelfart Kommuner organisatorisk adskilt fra både plejecentrene og sygeplejen, dvs. type 4 i Tabel 3.1. Denne type af organisering er illustreret på eksempelbasis i Figur 3.4, der viser typen "Fuld adskillelse" med områdeledere, da lederne af hjemmeplejedistrikterne i de fire kommuner refererer til en fælles områdeleder.

**Figur 3.4** Illustration af eksempel på organiseringstype 4: Fuldt adskilt hjemmepleje, sygepleje og plejecentre (med områdeledere)



Note: VIVEs tegning til illustration af organisering af type 4: Fuldt adskilt hjemmepleje, sygepleje og plejecentre – med områdeledere.

I Faaborg-Midtfyn Kommune er hjemmeplejen inddelt i syv distrikter med hver sin distriktsleder. Denne organisering har kommunen haft siden 1. april 2018. Sygeplejen er organiseret i en enhed for sig med en leder af sygeplejen, der refererer til fagchefen. Kommunen arbejder på at udvikle en mere systematiseret model for koordination og samarbejde mellem hjemmeplejen og sygeplejen om bl.a. overdragede sygeplejeydelser. Før den nuværende organisering havde kommunen i ca. 1½ år en organisering, hvor sygepleje, hjemmepleje og plejecentre var organiseret sammen i såkaldte rehabiliteringsgrupper.

Mariagerfjord Kommunes nuværende organisering trådte i kraft 1. januar 2019. Hjemmeplejen er i dag inddelt i seks distrikter med hver sin distriktsleder, som refererer til en fælles områdeleder. Tidligere har kommunens hjemmepleje været distriktsopdelt i tre geografisk afgrænsede distrikter, hvor plejecentre og hjemmepleje var samorganiserede. Sygeplejen er organiseret i en selvstændig enhed med en leder af sygeplejen, der refererer til fagchefen på ældreområdet. Lederne af sygeplejen og hjemmeplejen (områdeledere) er opmærksomme på at sikre koordination mellem sygeplejen og hjemmeplejen, så det eksempelvis er nogenlunde ensartet for sygeplejerskerne at samarbejde med de forskellige distrikter i hjemmeplejen. Koordineringen på medarbejderniveau sker primært på triagemøder, hvor bl.a. sygeplejersker deltager på møder i de enkelte hjemmeplejedistrikter.

I Høje-Taastrup Kommune er hjemmeplejen inddelt i fire distrikter med hver deres leder, der alle refererer til en fælles områdeleder. Tre af distrikterne er geografiske, mens det fjerde distrikt dækker hjemmeplejen i aften- og nattetimerne. Områdelederen er samtidig ansvarlig for den udkørende sygepleje, der dog er organiseret for sig selv.

I Middelfart Kommune er hjemmeplejen inddelt i fire almindelige distrikter og et distrikt med dagcentre. Hvert distrikt har sin distriktsleder og alle distriktsledere refererer til en fælles områdeleder. Sygeplejen er adskilt fra hjemmeplejen og organisatorisk placeret under sundhedsområdet, der har en anden fagchef end ældreområdet.<sup>16</sup> Kommunen har etableret koordinerende fora på lederniveau på tværs af sundheds- og ældreområdet for at understøtte behovet for koordinering mellem hjemme- og sygepleje.

### Økonomistyringsmæssige hensyn ved valg af organisering

Deltagerkommunerne beskriver en række hensyn, som det kan være væsentligt at være opmærksom på, når man træffer beslutning om eventuelle tilpasninger af organiseringen af ældreområdet i kommunen. Der fokuseres her på udvalgte hensyn, der – direkte eller indirekte – knytter sig til den økonomiske styring i hjemmeplejen.

De to mest fremtrædende økonomistyringsmæssige hensyn, som deltagerkommunerne peger på i forbindelse med valg af organisering, går igen på tværs af organiseringstyper. Der er således nogle fælles hensyn, som kommunerne forsøger at imødekomme i deres valg af organisering, hvilket kan opnås på forskellige måder i forskellige organiseringer. Det drejer sig om hensynene til at understøtte muligheden for henholdsvis:

1. sparring om økonomistyring på lederniveau
2. udnyttelse af personaleressourcer på tværs af organisatoriske enheder.

Hvad angår muligheden for sparring om økonomistyring på lederniveau, fremhæver de fleste deltagerkommuner, at denne er væsentlig for den økonomiske styringspraksis på området. Sparringen opfattes i høj grad som meningsfuld, når de ledere, der mødes, har sammenlignelige opgaveporteføljer og derfor oplever sammenlignelige udfordringer i deres arbejde generelt, herunder med økonomistyringen. De forskellige organisationstyper skaber sammenlignelighed i ledernes opgaveportefølje på forskellige måder og på forskellige niveauer, jf. Tabel 3.3.

**Tabel 3.3** Organiseringstyper og sparring om økonomistyring på lederniveau

Hvordan kan organiseringen understøtte hensynet til sparring om økonomistyring på lederniveau?	
Organisering	Type 1 – fuld samorganisering
	Type 2 – sygepleje adskilt
	Type 3 – plejecentre adskilt
	Type 4 – fuld adskillelse

Disse organiseringstyper optræder hos deltagerkommunerne uden områdeleder. I disse typer er det lederne af de samlede distrikter på tværs af hjemmepleje samt sygepleje og/eller plejecentre, der har sammenlignelige opgaveporteføljer, og som kan sparre med hinanden om økonomisk styring.

I denne organiseringstype er det lederne af *hjemmeplejedistrikterne*, der har ensartede opgaver, og som derfor kan sparre med hinanden om økonomistyring. Til gengæld har områdelederne ikke sammenlignelige opgaver.

De fleste deltagerkommuner nævner udnyttelse af personaleressourcer på tværs af organisatoriske enheder som en fordel, bl.a. fordi man ved at udnytte personaleressourcerne på tværs kan nedbringe brugen af eksterne vikarer. I stedet for at bruge eksterne vikarer kan medarbejdere i en enhed således vikariere i en anden enhed ved sygdom og andet fravær. Det er typisk dyrere for kommunerne at bruge eksterne vikarer frem for at udnytte eget personale. Bedre

<sup>16</sup> Dermed er Middelfart Kommunes organisering lidt anderledes end den arketype, der er illustreret i Figur 3.4.

udnyttelse af allerede ansatte personaleressourcer på tværs af enheder reducerer derfor udgifterne og forbedrer ressourcestyringen.

Desuden er det en fordel, at personaleressourcer kan udnyttes på tværs af enheder, når hjemmeplejen aktivitetsafregnes, dvs. tildeles ressourcer afhængigt af visiteret tid til borgere i distriktet. Antallet af visiterede timer og dermed behovet for medarbejderressourcer kan svinge over året for det enkelte distrikt. Dermed er det en fordel for ressourceudnyttelsen, hvis medarbejdere kan indgå i arbejdet i andre enheder end deres egen. En sådan praksis bidrager til at holde driftsudgifterne nede og dermed til, at de visiterede ydelser kan leveres inden for den afregning, hjemmeplejedistriktet modtager.

De fire organisationstyper understøtter på forskellige måder udnyttelsen af personaleressourcer på tværs af organisatoriske enheder, jf. Tabel 3.4.

**Tabel 3.4** Organiseringstyper og udnyttelse af personaleressourcer

Organisering	Hvordan kan organiseringen understøtte udnyttelsen af personaleressourcer på tværs af enheder?
Type 1 – fuld samorganisering	Kommuner med disse organiseringstyper udnytter primært personaleressourcer på tværs af enheder, ved at personale kan udlånes fra et plejecenter til hjemmeplejen eller omvendt inden for distriktet. En af deltagerkommunerne fremhæver dog, at personalet i nogle tilfælde ikke ønsker at arbejde på et plejecenter, hvis de er ansat i hjemmeplejen, eller omvendt.
Type 2 – sygepleje adskilt	
Type 3 – plejecentre adskilt	Kommuner med disse organiseringstyper udnytter primært personaleressourcer på tværs af organisatoriske enheder, ved at hjemmeplejedistrikterne "udlåner" medarbejdere til andre distrikter, hvis et distrikt i en periode har færre visiterede timer end sædvanligt, mens et andet distrikt skal levere flere timer eller har personalefravær. Det er ikke muligt på samme måde at udlåne medarbejdere mellem sygeplejen og hjemmeplejen, da der er tale om forskellige faggrupper.
Type 4 – fuld adskillelse	

### 3.2.2 Vurdering

De syv deltagerkommuner organiserer sig forskelligt, hvad angår hjemmeplejens organisatoriske relation til plejecentrene og sygeplejen. Det gælder både valget af samorganisering eller adskillelse af delområderne og valget af, hvorvidt man har områdeledere eller ej. Flere af deltagerkommunerne har desuden gennemført organisatoriske ændringer i de senere år. Der kan således ikke ud fra deltagerkommunernes praksis peges entydigt på det økonomistyringsmæssigt mest fordelagtige valg af organisering af hjemmeplejen i forhold til sygeplejen og plejecentrene.

På baggrund af kortlægningen kan der dog identificeres to væsentlige, økonomistyringsmæssige hensyn, man som kommune med fordel kan være opmærksom på i sit valg af organisering. Således påpeger deltagerkommunerne på tværs af organiseringstype på, at organiseringen med fordel kan understøtte muligheden for at udnytte personaleressourcer på tværs af organisatoriske enheder samt muligheden for, at lederne kan sparre med hinanden om den økonomiske styring af sammenlignelige opgaver.

Organisering skaber således ikke i sig selv en bestemt styringspraksis, men kan være med til at understøtte en sådan praksis, i samspil med de øvrige styringsprocesser i kommunen, fx budgetopfølgning, som er behandlet i kapitel 7. Således må en kommunes valg af organisering bero på overvejelser om kommunens konkrete, aktuelle styringsbehov og situation.



### 3.3 Rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a

#### 3.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

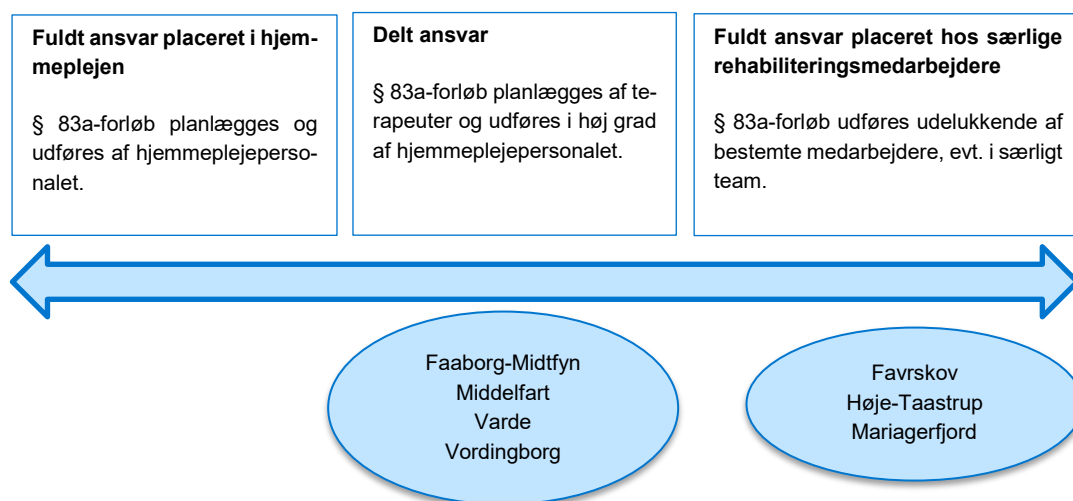
Kommunerne har pligt til at tilbyde borgere med nedsat funktionsevne et tidsafgrænset rehabiliterende forløb efter servicelovens § 83a, hvis borgeren vurderes at kunne have gavn heraf. Organiseringen af § 83a-forløbene er forskellig på tværs af de syv deltagerkommuner.

#### Organisatorisk placering og ansvarsdeling i forhold til § 83a-forløb

I det følgende kategoriseres først deltagerkommunernes placering af ansvaret for planlægning og udførelse af § 83a-forløb (Figur 3.5) og dernæst den organisatoriske placering af de medarbejdere, der arbejder med § 83a-forløb (Figur 3.6).

Figur 3.5 viser et kontinuum, der illustrerer forskellige placeringer af ansvaret for § 83a-forløbene i kommunens organisation. *Længst til venstre* er det fulde ansvar for både planlægning og udførelse af § 83 a-forløb placeret hos hjemmeplejen. Det er dermed det samme personale, der varetager både rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a og hjemmeplejeydelser efter servicelovens § 83. *Længst til højre* er det fulde ansvar for både planlægning og udførelse af § 83a-forløb placeret hos bestemte medarbejdere uden for hjemmeplejen. Det vil sige, at § 83a-forløbene udelukkende eller hovedsageligt udføres af rehabiliteringsmedarbejdere med forskellige faglige baggrunde, herunder typisk ergo- og fysioterapeuter (herefter også kaldet terapeuter). Disse medarbejdere kan være organiseret i et særligt team. *Imellem de to yderpunkter* i Figur 3.5 findes forskellige kombinationer af ansvarsfordeling, hvor fx terapeuter afklarer, igangsætter, understøtter og afslutter rehabiliteringsforløb, mens selve forløbene i høj grad udføres af hjemmeplejens personale.

**Figur 3.5** Placering af ansvar for planlægning og udførelse af § 83a-forløb



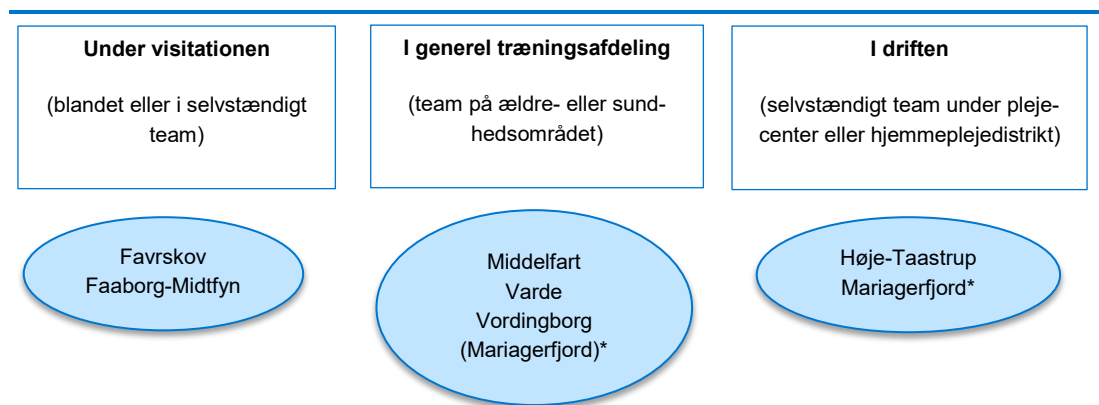
Note: I Høje-Taastrup Kommune varetages de fleste rehabiliteringsforløb af det rehabiliterende team, mens enkelte forløbstyper udføres af hjemmeplejen.

De syv deltagerkommuner er indplaceret i Figur 3.5. I alle syv kommuner er der bestemte medarbejdere, der varetager enten hele eller dele af indsatsen i forhold til rehabiliteringsforløbene. Denne medarbejdergruppe udgøres fortrinsvist af fysio- og ergoterapeuter, men nogle deltagerkommuner har også social- og sundhedsmedarbejdere, som udelukkende eller hovedsageligt udfører § 83a-forløb. I tre deltagerkommuner – Favrskov, Høje-Taastrup og Mariagerfjord

– varetages både tilrettelæggelsen og udførelsen af alle eller langt de fleste § 83a-forløb af en gruppe særlige medarbejdere jf. Figur 3.5. I Høje-Taastrup og Favrskov Kommuner er disse medarbejdere placeret i ét samlet team. I Mariagerfjord Kommune er social- og sundhedsmedarbejderne, der udfører § 83a-forløbene, placeret i et særligt, samlet team, mens de terapeuter, der planlægger forløbene, er placeret på sundhedsområdet. I de fire øvrige deltagerkommuner forestår et rehabiliteringsteam planlægning, understøttelse og afslutning af rehabiliteringsforløb, mens forløbene hovedsageligt udføres af hjemmeplejepersonalet.

Derudover optræder der blandt de syv deltagerkommuner tre forskellige organisatoriske placeringer af de medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb, jf. Figur 3.6. Rehabiliteringsteamet eller -medarbejderne kan være placeret under myndighed (visitationen), under en distriktsleder (i driften) eller i en generel træningsafdeling, enten under fagchefen på ældreområdet eller på sundhedsområdet under en anden fagchef.

**Figur 3.6** Organisatorisk placering af medarbejdere, der arbejder med § 83a-forløb



Note: Figuren viser, hvor de medarbejdere, der især arbejder med rehabiliteringsforløb er placeret. For de tre kommuner med "Fuldt ansvar placeret hos særlige rehabiliteringsmedarbejdere", jf. Figur 3.5, viser Figur 3.6 placeringen af disse medarbejdere. For de fire kommuner med "Delt ansvar", jf. Figur 3.5, viser Figur 3.6 placeringen af de medarbejdere (terapeuter), der planlægger, understøtter og eventuelt afslutter rehabiliteringsforløbene.

\*I Mariagerfjord Kommune er de medarbejdere, der arbejder med § 83a-forløb delt på to forskellige organisatoriske placeringer. De udførende social- og sundhedsmedarbejdere er samlet i et team i driften, mens de understøttende terapeuter er placeret i en generel træningsafdeling.

Tabel 3.5 kombinerer de to dimensioner, der er beskrevet i Figur 3.5 og Figur 3.6. Tabel 3.5 viser således, hvordan de syv deltagerkommuner har kombineret placeringen af ansvaret for rehabiliteringsforløbene og den organisatoriske placering af rehabiliteringsmedarbejderne.

**Tabel 3.5** Kombination af ansvar og organisatorisk placering af § 83a-medarbejdere

		Organisatorisk placering		
		Under visitation	I generel træningsafdeling	I driften
Placering af ansvar	<b>Delt ansvar</b>  <i>Rehabiliteringsforløb planlægges af terapeuter og udføres i høj grad af hjemmeplejepersonalet</i>	Faaborg-Midtfyn	Middelfart <i>(under anden fagchef)</i>  Varde <i>(under anden fagchef)</i>  Vordingborg <i>(under ældrechef)</i>	
	<b>Fuldt ansvar hos rehabiliteringsmedarbejdere</b>  <i>Rehabiliteringsforløb udføres udelukkende eller hovedsageligt af særlige rehabiliteringsmedarbejdere (evt. i særligt team)</i>	Favrskov	(Mariagerfjord – terapeuter) <i>(under anden fagchef)</i>	Høje-Taastrup <i>(i tilknytning til plejecenter og døgnrehabiliteringsenhed)</i>  Mariagerfjord (2019-) <i>(i tilknytning til hjemmeplejedistrikt)</i>

Som det fremgår af Tabel 3.5, er der ikke i deltagerkommunerne en entydig sammenhæng mellem, hvorvidt ansvaret for forløbene er delt eller samlet, og hvor rehabiliteringsmedarbejderne organisatorisk er placeret. Kommunernes samlede organisering i forhold til § 83a-forløbene er uddybet nedenfor.

### Organisering af § 83a-forløb i de syv deltagerkommuner

I Favrskov og Faaborg-Midtfyn Kommuner er de medarbejdere, der især arbejder med § 83a-forløb, organiseret under visitationen. Der er dog forskel på de to kommuners placering af ansvar for de forskellige dele af forløbene.

I Favrskov Kommune udgør rehabiliteringsmedarbejderne et særligt rehabiliteringsteam med egen teamleder, der refererer til myndighedslederen. Teamet består af ergoterapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere. Visitationen vurderer, om en borger skal visiteres til et rehabiliteringsforløb. Herefter kvalificerer og præciserer rehabiliteringsteamet det konkrete rehabiliteringspotentiale med en faglig vurdering, ligesom teamet udfører de forløb, der sættes i gang. For borgere, der både modtager ydelser efter § 83 og § 83a udfører medarbejderne i det rehabiliterende team desuden opgaver, der er visiteret til borgeren efter § 83, på de tidspunkter, hvor medarbejderen er hos borgeren. Det er dog hjemmeplejepersonalet, der varetager opgaver med borgeren om aftenen, i weekender og eventuelle besøg i løbet af dagen, hvor der ikke er fokus på § 83a-indsatsen. Det øvrige plejepersonale i hjemmeplejen udfører dermed ikke rehabiliteringsforløb.

I Faaborg-Midtfyn Kommune udfører hjemmeplejen som hovedregel § 83a-forløb. Cirka ti ergoterapeuter understøtter hjemmeplejen i at planlægge forløbene, bistår med rådgivning og vejledning undervejs i forløbene, og følger i nogle tilfælde op på borgerens progression ved forløbenes afslutning med henblik på at vurdere og visitere til eventuel efterfølgende hjemmepleje efter § 83. Herudover kan terapeuterne henvise til og levere enkelte kortere forløb, fx med henblik på at hjælpe borgeren til selv at kunne tage bad. Terapeuterne er organisatorisk pla-

ceret i visitationen i to team. Ud over arbejdet med § 83a-forløb er terapeuterne ude i hjemmeplejedistrikterne en gang om ugen for at understøtte det generelle rehabiliterende arbejde med borgere, der modtager hjemmepleje. Indtil 2018 blev denne understøttelse varetaget af terapeuter, der til daglig var placeret i hjemmeplejegrupperne.

Tre af kommunerne – Varde, Middelfart og Vordingborg – har et team af rehabiliterende medarbejdere, der er organiseret i en generel træningsafdeling i kommunen. I Vordingborg Kommune er træningsafdelingen placeret under ældreområdet, mens den i Varde og Middelfart Kommuner er placeret under sundhedsområdet og dermed under en anden fagchef. Også Mariagerfjord Kommune har en del af de medarbejdere, der arbejder med rehabilitering, organiseret i en træningsafdeling. Det drejer sig om terapeuterne.

Varde Kommune har et rehabiliteringsteam af terapeuter, som er organisatorisk placeret i en enhed på sundhedsområdet, der har en anden fagchef end ældreområdet, men hører under samme direktørområde. Hvis en borger vurderes at kunne have gavn af et rehabiliteringsforløb, visiteres borgeren til træning efter servicelovens § 86 og til et forløb efter servicelovens § 83a. § 86 dækker terapeuternes indsats i forbindelse med forløbet, mens hjemmeplejen varetager § 83a-delen af forløbet. Terapeuterne er med til at starte rehabiliteringsforløb op sammen med hjemmeplejen, ligesom de vurderer forløbets progression op til fire gange undervejs samt ved forløbets afslutning. Terapeuterne fungerer dermed understøttende og som vejledere og planlæggere af arbejdet med den enkelte borger, ligesom de gennemfører udredninger. Terapeuterne fra rehabiliteringsteamet sidder fysisk i de geografiske distrikter nogle timer om ugen for at understøtte den generelle rehabiliterende indsats i hjemmeplejen, der ikke nødvendigvis er knyttet til forløb efter § 83a. Terapeuterne er opdelt og tilknyttet bestemte distrikter for at styrke relationerne mellem terapeuter, hjemmeplejen og borgerne i det enkelte område.

Middelfart Kommune har et rehabiliteringsteam bestående af terapeuter, som er organisatorisk placeret i en træningsenhed på sundhedsområdet. Teamet har således en anden fagchef end ældreområdet, men hører under samme direktørområde. Terapeuterne i teamet er tilknyttet hvert sit hjemmeplejedistrikt. De møder fysisk ind i hjemmeplejen og planlægger, understøtter og følger op på § 83a-forløb for borgere i det pågældende distrikt. Hjemmeplejen i distriktet udfører rehabiliteringsforløbene.

I Vordingborg Kommune er de rehabiliterende medarbejdere organiseret i en træningsenhed, hvis leder refererer til ældrechefen. Enheden er opdelt i et terapeutteam og et team af seniorkonsulenter. Terapeutteamet består af fysio- og ergoterapeuter, som afklarer og igangsætter rehabiliteringsforløb, og som også har opgaver relateret til blandt andet genoptræning. Terapeuternes opgave i relation til § 83a-forløb er at vurdere, om en borger er egnet til et rehabiliteringsforløb og at lægge en plan for, hvordan forløbet skal gennemføres. Terapeuterne fungerer altså understøttende for udførelsen af § 83a-forløbene, der varetages af hjemmeplejen.

Endelig har Høje-Taastrup og Mariagerfjord Kommuner et team af rehabiliterende medarbejdere organiseret i driften. I Mariagerfjord Kommune er teamet organisatorisk tilknyttet en hjemmeplejedistriktsleder, mens det i Høje-Taastrup Kommune er placeret i tilknytning til et pleje- og rehabiliteringscenter.

I Høje-Taastrup Kommune varetages de fleste rehabiliteringsforløb efter § 83a af et selvstændigt team, der er organiseret under en daglig leder af såvel døgnrehabilitering som § 83a-forløb. Hjemmeplejen udfører dog også enkelte typer af rehabiliteringsforløb efter § 83a, lige-

som hjemmeplejen generelt arbejder rehabiliterende i deres arbejde. Det udkørende rehabiliteringsteam består af sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og terapeuter. Teamet udfører størstedelen af alle § 83a-forløb i kommunen og har både dagvagt og aftenvagt.

I Mariagerfjord Kommune er det primære arbejde med § 83a-forløb lagt i et rehabiliteringsteam under en af hjemmeplejens distriktsledere. Teamet er ikke integreret med hjemmeplejedistriktet, men har eget budget og arbejder sammen med hele hjemmeplejen på samme måde. Teamet består af social- og sundhedsmedarbejdere, der udelukkende eller hovedsageligt udfører § 83a-forløb. Organiseringen trådte i kraft i januar 2019. Tidligere var arbejdet med § 83a-forløb udlagt til hjemmeplejens distrikter. Ud over rehabiliteringsteamet arbejder tre terapeuter med at understøtte teamets arbejde med § 83a-forløb, udbrede og understøtte hjemmeplejens generelle rehabiliterende arbejde og identificere borgere, der allerede modtager hjemmepleje efter servicelovens § 83, og som kunne have gavn af et § 83a-forløb. De tre terapeuter fungerer dermed som en "fødekæde" til rehabiliteringsteamet. Desuden understøtter terapeuterne visitatorerne i at vurdere borgere, der potentielt kunne have behov for et rehabiliteringsforløb. De tre terapeuter var tidligere placeret i visitationen, men er nu organisatorisk forankret i en afdeling for sundhed og træning under en anden fagchef. Hver terapeut er tilknyttet to hjemmeplejegrupper og har deres daglige gang i grupperne.

### Fordele og ulemper ved forskellige organiseringer af § 83a-forløb

Deltagerkommunerne oplever både fordele og ulemper ved de forskellige organiseringer af § 83a-forløb. Som for organiseringen af hjemmeplejen er der en række fælles hensyn, der går igen på tværs af organiseringsformer, og som kan understøttes på forskellige måder i forskellige organiseringer. De uddybes nedenfor.

Kommunerne fremhæver en række fordele og ulemper ved at have ansvaret for § 83a-forløb delt mellem et rehabiliteringsteam og hjemmeplejen henholdsvis samlet i et rehabiliteringsteam, der både planlægger og udfører forløbene (se Figur 3.5). Tabel 3.6 viser eksempler på de nævnte fordele og ulemper.

**Tabel 3.6** Eksempler på fordele og ulemper ved forskellig placering af ansvar for § 83a-forløb

Placering af ansvar	Fordele	Ulemper
<b>Delt ansvar</b> <i>Rehabiliteringsforløb planlægges af terapeuter og udføres i høj grad af hjemmeplejepersonalet</i>	Kan bidrage til at sikre udbredelse af en rehabiliterende tilgang til borgerforløb i hele hjemmeplejen.	Kræver tæt samarbejde og koordinering mellem de medarbejdere, der planlægger henholdsvis udfører forløbene.
<b>Fuldt ansvar hos rehabiliteringsmedarbejdere</b> <i>Rehabiliteringsforløb udføres udelukkende eller hovedsageligt af særlige rehabiliteringsmedarbejdere (evt. i særligt team)</i>	Kan bidrage til at sikre sammenhæng mellem mål for og udførelse af rehabiliteringsforløb, da medarbejdere, der planlægger og udfører forløbene, arbejder tæt sammen.	Risiko for, at hjemmeplejepersonalet afkobles det rehabiliterende arbejde. Svært at sikre forsæt rehabiliterende tilgang i "almindelig" hjemmepleje efter endt § 83a-forløb.

Et væsentligt hensyn er at sikre koordinering mellem planlægning og udførelse af § 83a-forløbene, hvilket kan skabe sammenhæng mellem mål for og udførelse af forløbene. Dette forventes at kunne bidrage til, at forløbene virker efter hensigten. Dette hensyn kan blandt andet imødekommes ved at placere det fulde ansvar for forløbene hos et særligt team, der både varetager planlægning og udførelse. Det kan gøre det lettere at igangsætte forløbene hurtigt

og sikre, at der er sammenhæng mellem de mål, der bliver sat for borgeren, og den måde, forløbet bliver udført på. De kommuner, der har delt ansvaret mellem et team af terapeuter og hjemmeplejen, har lavet forskellige tiltag for at understøtte koordineringen i en organisering med delt ansvar. Eksempelvis møder terapeuterne i Middelfart Kommune ind i hjemmeplejedistrikterne, så der kan opnås en tæt kontakt mellem social- og sundhedsmedarbejdere og terapeuter. I Faaborg-Midtfyn Kommune holder terapeuterne ugentlige møder med hjemmeplejen, hvor man blandt andet drøfter sager, der vedrører borgere i § 83a-forløb. I Varde Kommune er terapeuterne tilknyttet bestemte geografiske distrikter for at øge det gensidige kendskab til hjemmeplejen, ligesom terapeuterne sidder i hjemmeplejegrupperne nogle timer om ugen for at lette koordinering og understøtte hjemmeplejens arbejde generelt.

Et andet hensyn er, hvordan organiseringen understøtter, at den rehabiliterende tilgang udbredes i organisationen. Udbredelsen af en rehabiliterende tilgang i hele hjemmeplejen kan bidrage til, at også § 83-ydelser udføres så rehabiliterende som muligt med henblik på at forbedre, bevare eller minimere reduktionen i borgerens funktionsevne. Nogle af de kommuner, hvor det fulde ansvar er placeret hos et rehabiliteringsteam, fremhæver, at det kan være vanskeligere at udbrede den rehabiliterende tilgang i hele organisationen, fordi medarbejderne i hjemmeplejen ikke understøttes i at arbejde rehabiliterende. Dette beskrives bl.a. i følgende citat fra en fagchef i en af kommunerne:

*Og der, hvor man bliver nødt til at trappe op, der skal så være en særlig opmærksomhed på, kan vi komme ned ad trappen igen, altså ved noget rehabilitering. Men det kræver et vedvarende fokus. Det er ikke noget, der kommer af sig selv. [...] hvis man er kommet ved den samme borger i lang tid og har givet støttestrømper på eller et eller andet, hvordan er det så lige, at man laver det der skifte til at sige, [...] "ved du hvad, Svend-Åge, nu tror jeg, at vi skal til at arbejde med, at du selv skal tage de her støttestrømper på". Menneskeligt er det rigtig svært. [...] Hvordan er det man får forståelsen af, at det faktisk er godt for Svend-Åge, at han selv kan tage sine strømper på. (Fagchef)*

Andre kommuner oplever derimod, at et samlet rehabiliteringsteam kan skabe en stærk faglighed om det rehabiliterende arbejde, som så lettere kan udbredes til hele organisationen. Nogle af deltagerkommunerne bruger aktivt terapeuter til at rådgive og understøtte hjemmeplejen for at øge udbredelsen af den rehabiliterende tilgang. Et eksempel på, hvordan terapeuter kan bidrage til at understøtte den rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen fremgår af dette citat:

*Myndighedsleder: De [terapeuterne, red.] skal primært arbejde i hjemmeplejegrupperne. De skal i særdeleshed understøtte hjemmeplejen. De får to [hjemmepleje, red.] grupper hver, som de skal møde ind i og være kontaktpersoner for. Så ud over afklaringsforløb, som de kan få ind fra myndighed, skal de være meget ude i driften. De skal være til stede i indmødestederne, når hjemmeplejen møder ind om morgenen, middagen osv. De vil også være dem, der, som en form for konsulent og praktisk hjælp ude hos borgeren, skal være med til at understøtte rehabiliteringsindsatser, handleplaner og mål.*

*Interviewer: Så formålet med de her terapeuter er at understøtte den generelle rehabiliteringsindsats [i hjemmeplejen, red.]?*

*Myndighedsleder: Ja, det er ude i hjemmeplejen hvor de kendte borgere er. For mig er det et mentalt landskab, fordi rehabilitering er ikke ret meget sværere end så*

*meget andet. Men hvis man hele tiden har omsorgs... altså, det, man er vokset op i, så kan det godt ske, man skal have hjælp til at skrue øjnene anderledes på, når man skal se, hvordan borgeren selv kan tage tøj på. Det skal de være med til at motivere og også pædagogisk skal have indflydelse på, at det landskab kommer til at se lidt anderledes ud hos frontmedarbejderne ude i hjemmeplejen.*

Derudover beskriver deltagerkommunerne nogle fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske placeringer af det rehabiliterende team. Som nævnt kan teamet placeres under visitationen, i en generel træningsafdeling eller i driften (se Figur 3.6). Tabel 3.7 viser eksempler på de nævnte fordele og ulemper.

**Tabel 3.7** Eksempler på fordele og ulemper ved forskellig placering af rehabiliteringsteam

Organisatorisk placering	Fordele	Ulemper
<b>Under visitationen</b>	Øger myndigheds fokus på at visitere til § 83a-forløb	Kræver koordinering med hjemmeplejen
<b>I generel træningsafdeling</b>	Understøtter terapeutfagligt miljø Terapeuter kan udnyttes på tværs af de kommunale opgaver	Kræver koordinering med hjemmeplejen Kræver koordinering mellem visitation og rehabiliterende team
<b>I driften</b>	Tæt kontakt til driften (hjemmepleje og/eller plejecentre)	Afhængig af præcis placering kan det kræve koordinering med hjemmeplejen Kræver koordinering mellem visitation og rehabiliterende team

Placering af rehabiliteringsteamet under visitationen kan have den fordel, at det understøtter koordinering og samarbejde mellem myndighed og team, fordi synligheden af teamet i visitationen øges. Koordinering og samarbejde mellem myndighed og team kan være med til at øge visitatorernes opmærksomhed på at igangsætte § 83a-forløb. Derudover kan der med en placering af teamet under visitationen være indbygget et økonomisk incitament for myndighed til at fokusere på § 83a-indsatsen. Eksempelvis har myndighedslederen i Favrskov Kommune budgetansvaret for både det samlede myndighedsbudget og rehabiliteringsteamets budget. Hvis udgifterne til hjemmepleje falder eller stagnerer som følge af arbejdet med § 83a-forløb, vil det komme det samlede myndighedsbudget til gode. Denne fordel ved placeringen af rehabiliteringsteamet under myndighedslederen beskrives således:

*Myndighedschefen er motiveret for at få rehab-teamet til at lykkes. Hun har budgetansvaret for det, og når rehabilitering lykkes, vil hun samtidig kunne reducere i forbruget af timer til kommunale og private leverandører i plejen. (Økonomikonsulent)*

En ulempe ved at placere rehabiliteringsteamet under visitationen kan være, at det kan vanskeliggøre koordineringen mellem teamet og hjemmeplejen i hverdagen samt udbredelsen af den rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen.

Placering af rehabiliteringsteamet i en generel træningsafdeling kan ligeledes have fordele. To deltagerkommuner med denne organisering – Varde og Vordingborg – påpeger som en fordel herved, at terapeuterne (for)bliver en del af et bredere terapeutfagligt miljø, hvor de kan sparre med kollegaer og holde et højt fagligt niveau. Desuden kan terapeuterne i højere grad udnyttes på tværs af kommunens terapeutfaglige opgaver. Eksempelvis arbejder terapeuterne i Vordingborg Kommune dels med rehabilitering efter § 83a, dels med opgaver knyttet til fx midlertidige pladser og genoptræning. En mulig ulempe ved at placere rehabiliteringsteamet i en træningsafdeling er, at det kan vanskeliggøre koordineringen mellem teamet og hjemmeplejen

i hverdagen. Koordineringsudfordringen kan være særligt tydelig, hvis træningsafdelingen er placeret under en anden fagchef end hjemmeplejen. Som nævnt ovenfor har deltagerkommunerne på forskellige måder en systematiseret praksis for at understøtte relationer og samarbejde mellem terapeuterne og hjemmeplejen.

Den tredje mulige placering af det rehabiliterende team, i driften, vurderes ligeledes at kunne have fordele afhængig af, hvor i driften det rehabiliterende team er placeret. I Mariagerfjord Kommune er det udførende team placeret i hjemmeplejen, hvilket øger muligheden for samarbejde mellem rehabiliteringsteamet og hjemmeplejen. I Høje-Taastrup Kommune er teamet placeret i tilknytning til døgnrehabiliteringsindsatsen og under et plejecenter. Den konstruktion kan øge samarbejdet mellem døgnrehabiliteringen og det udkørende rehabiliteringsteam, men kræver koordinering med hjemmeplejen.

Omvendt kan en placering af rehabiliteringsteamet i driften eller i en træningsafdeling vanskeliggøre koordination og samarbejde mellem teamet og myndighed, når myndighedsfunktionen visiterer til § 83a-ydelser, som det er tilfældet i deltagerkommunerne. Det kan imødekommes af andre tiltag for at understøtte koordinering mellem team og myndighed. Eksempelvis har man i Middelfart Kommune tværfaglige sparringsmøder hver 14. dag, hvor visitationen mødes med de terapeuter, der arbejder med rehabiliteringsforløbene bl.a. med henblik på at koordinere den rehabiliterende indsats og sparre om konkrete borgersager.

### 3.3.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at de syv deltagerkommuner organiserer sig forskelligt, hvad angår ansvarsfordeling og organisatorisk placering af rehabiliteringsforløb. Der kan ikke ud fra deltagerkommunernes praksis peges entydigt på det mest fordelagtige valg af organisering af § 83a-forløb. I deltagerkommunerne ses følgende to overordnede organiseringsmodeller:

- Model 1: § 83a planlægges og udføres udelukkende eller hovedsageligt af bestemte medarbejdere, herunder terapeuter, der typisk er organiseret selvstændigt i et team eller lignende, placeret under myndighed eller i driften.
- Model 2: § 83a planlægges af terapeuter og udføres af hjemmeplejen under vejledning fra terapeuterne, der typisk er organiseret selvstændigt i et team eller lignende, placeret i myndighed eller en generel træningsafdeling på ældre- eller sundhedsområdet.

På baggrund af kortlægningen er det VIVEs vurdering, at det er væsentligt at understøtte koordinering mellem planlægning og udførelse af § 83a-forløb. Denne koordinering kan skabe sammenhæng mellem mål for og udførelse af forløbene, hvilket forventes at kunne bidrage til, at forløbene virker efter hensigten. Dette kan man understøtte organisatorisk på forskellige måder. En måde er at samle det fulde ansvar for § 83a-forløb i et rehabiliteringsteam. En anden måde er at indføre andre tiltag, der sikrer koordineringen, fx at lade terapeuter have en fast og jævnlig tilknytning til hjemmeplejedistrikterne.

Derudover ser det ud til at være vigtigt at understøtte den rehabiliterende tilgang i hjemmeplejens arbejde med borgere, der modtager § 83-ydelser. Dette kan eksempelvis understøttes ved at give hjemmeplejen ansvaret for at udføre § 83a-forløb eller ved at indføre samarbejdsstrukturer mellem hjemmepleje og terapeuter, der understøtter udbredelsen af en rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen. En rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen kan være med til at sikre, at der bliver iværksat tiltag for at forbedre, fastholde eller minimere reduktioner i funktionsevnen.



Endelig ser det ud til at være væsentligt at understøtte koordinering mellem visitationen og de rehabiliterende terapeuter, der planlægger og evt. udfører § 83a-forløb, blandt andet med henblik på at understøtte visitorernes opmærksomhed på at igangsætte § 83a-forløb. Dette kan organisatorisk fx gøres ved at placere et evt. rehabiliteringsteam under myndighed. Det kan også gøres ved at indføre andre tiltag, der sikrer koordinering om § 83a-forløb mellem myndighed og rehabiliteringsteam, fx faste sparringsmøder.

## 4 Økonomistyringsmodeller

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes økonomistyringsmodeller for de kommunale udførere, opdelt på hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.

### 4.1 Konklusioner

#### Boks 4.1 Konklusioner – økonomistyringsmodeller

- **Hjemmeplejen: Aktivitetsafregning kombineret med dialog mellem myndighed og udførere**

Alle deltagerkommuner har en aktivitetsbaseret ressourcefordelingsmodel for hjemmeplejen. Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan kombinere den aktivitetsbaserede ressourcefordelingsmodel i hjemmeplejen med et dialogbaseret element, der rummer systematiseret samarbejde og dialog mellem myndighed og udførere. Se også kapitel 6.

- **Styringsmodel skal understøtte synlighed i sygeplejen om pris for overdragede sygeplejeydelser**

Analysen peger på, at man med fordel kan indrette ressourcefordelingen sådan, at der er synlighed i sygeplejen om udgiften til overdragede sygeplejeydelser, så sygeplejen ikke overdrager sygeplejeydelser til hjemmeplejen uden at tage hensyn til, hvad det koster. Det kan blandt andet understøttes med en model, hvor hjemmeplejen afregnes for overdragede sygeplejeydelser med midler fra sygeplejens budget. Denne model vil formentlig kræve særlige overvejelser om den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket dog ikke er en del af denne analyse.<sup>17</sup> Der kan dog også være andre måder at indrette fordelingsmodellen på, som reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser uden at tage hensyn til økonomien. Eksempelvis ved at aktivitetsafregne sygeplejeydelser, uanset hvilken organisatorisk enhed der udfører dem.

- **§ 83a-forløb: Fordele og ulemper ved ramme- og aktivitetsbaseret fordelingsmodel**

Der kan ikke ud fra deltagerkommunernes praksis peges entydigt på det mest fordelagtige valg af ressourcefordelingsmodel for § 83a-forløb. Både med en ramme- og en aktivitetsbaseret fordelingsmodel ser det dog ud til at være vigtigt med opmærksomhed på at sikre et passende aktivitetsniveau for rehabiliteringsteamet, så der kan skabes sammenhæng mellem aktivitet og ressourcer i teamet.

- **Dialog mellem rehabiliteringsteam og hjemmepleje hhv. visitation**

Analysen peger i retning af, at sammenhængen mellem aktivitet og ressourcer i rehabiliteringsteamene blandt andet kan understøttes af dialog mellem rehabiliteringsteam og visitation samt mellem rehabiliteringsteam og hjemmepleje om muligheder for at skabe et passende aktivitetsniveau inden for teamets ramme.

- **Behov for dialog, uanset ydelsesmodel**

Analysen kan ikke pege entydigt på den mest fordelagtige ydelsesmodel for hjemmepleje og § 83a-forløb. Analysen peger dog på, at både en model med enkelttydelser og en model med ydelsespakker fordrer dialog mellem myndighed og udfører om borgerens behov og indsatsen – og dermed afregningen.

<sup>17</sup> Der siges til, at et reduceret incitament til at overdrage sygeplejeydelser kan have den konsekvens, at sygeplejeydelser holdes i sygeplejen, selvom de *kunne* overdrages, og man dermed får løst opgaverne med dyrere medarbejdere. Derfor vil det formentlig kræve særlige overvejelser om den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket som nævnt i afsnit 1.2.1 ikke er en del af denne analyse.

## 4.2 Beskrivelse af økonomiske styringsmodeller

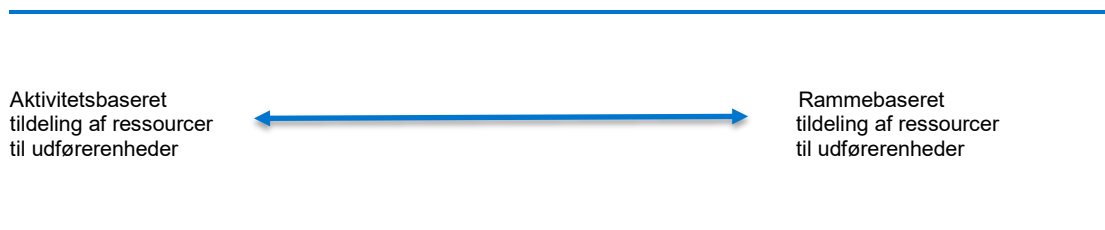
Kommunernes ydelser efter servicelovens § 83 og § 83a styres helt overordnet ved, at borgere visiteres til bestemte ydelser, som derefter leveres til borgeren. *Visitation* af ydelser sker i myndighedsfunktionen, hvis hovedopgaver er styring af ressourcer, visitation, kvalitetssikring og tilsyn. *Levering* af ydelser foretages af udførere, hvis hovedopgave er styring af driftsressourcer, planlægning og udførelse af visiterede ydelser samt dokumentation af leverede ydelser.

Beskrivelsen af kommunernes økonomiske styringsmodeller tager afsæt i relationen mellem myndigheds- eller bestillerfunktionen og udfører- eller leverandørfunktionen. En væsentlig del af en kommunes økonomiske styringsmodel er ressourcetildelingen, som drejer sig om, hvorvidt tildelingen af ressourcer til de udførende enheder er baseret på aktivitets- eller rammestyling eller en blanding heraf. Beskrivelserne af deltagerkommunernes økonomiske styringsmodeller fokuserer på to dimensioner, nemlig henholdsvis en ressourcetildelingsdimension og en dialogdimension:

- Ressourcetildelingsdimensionen omhandler, hvorvidt tildelingen af ressourcer til de udførende enheder er baseret på aktivitets- eller rammestyling.
- Dialogdimensionen omhandler, i hvilket omfang der er tæt og formaliseret dialog mellem myndighed og udførere i forbindelse med visitation af og opfølgning på ydelser.

Ressourcetildelingen til de udførende enheder kan beskrives på et kontinuum. Det ene yderpunkt er en aktivitetsbaseret model, hvor der afregnes internt for de enkelte ydelser mellem myndighed og udførere. Det vil sige, at myndighed tildeles et budget og derfra betaler udførerne en takst eller pris for de forskellige ydelser eller forløb. Udførernes budget reguleres således løbende i takt med de visiterede ydelser. Der kan desuden ske afregning til de udførende enheder fra andre af kommunens enheder med eget budget, fx sygeplejen. Det andet yderpunkt er en rammebaseret model, hvor udførerne får tildelt en fast ramme, inden for hvilken de visiterede ydelser skal leveres. I den "rene" rammestyrede model reguleres udførernes budget ikke i takt med antallet og sammensætningen af de visiterede ydelser. Kontinuummet for tildeling af ressourcer er illustreret i Figur 4.1.

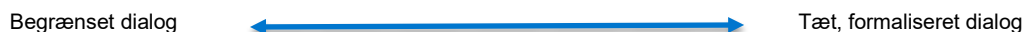
**Figur 4.1** Ressourcetildelingsdimension



Dialogdimensionen kan ligeledes anskues ud fra et kontinuum, hvor der i det ene yderpunkt er begrænset dialog mellem myndighed og udførere, mens der i det andet yderpunkt er en tæt og formaliseret dialog mellem udførere og myndighed. Uanset graden af dialog er det myndighed, der træffer afgørelse om visitation. Ved "begrænset dialog" er udførerne kun i begrænset omfang inddraget i den proces, hvor myndighed vurderer, hvilke ydelser borgere skal visiteres til, og hvordan ydelserne skal tilpasses løbende (opfølgning og revisitation). Ved "tæt og formaliseret dialog" er der en højere grad af samarbejde mellem myndighed og udfører, hvor udfører i højere grad bidrager til at oplyse myndighed om udvikling i den enkelte borgers behov og til

at sikre, at ressourcerne udnyttes bedst muligt. Oplysninger fra udførerne indgår så i grundlaget for myndigheds visitation og revisitation. Dialogen kan både foregå på medarbejder- og lederniveau. Dialogdimensionen er illustreret i Figur 4.2.

**Figur 4.2** Dialogdimension



Formålet med dialog og koordination mellem myndighed og udførere kan blandt andet være at understøtte samarbejdet om, at ressourcerne bliver brugt så hensigtsmæssigt som muligt, samt at skabe gennemsigtighed i sammenhængen mellem borgerens aktuelle behov, indsats og ressourceforbrug.

En kommunes kombinerede placering på ressourcetildelings- og dialogdimensionen giver et billede af kommunens samlede styringsmodel på et område. Det konkrete indhold i dialogen mellem myndighed og udførere kan være forskelligt afhængigt af ressourcetildelingsmodel. I en aktivitetsafregnet model kan der være behov for løbende dialog om den enkelte borgers behov og om, hvordan visiterede ydelser skal udmøntes i praksis. I en rammestyret model kan der være behov for dialog om, hvordan man sikrer et passende aktivitetsniveau inden for rammen og om rammens størrelse i forhold til omfanget af visiterede ydelser.

I afsnit 4.3 og 4.4 beskrives ressourcetildelingen for henholdsvis hjemmepleje og rehabiliteringsforløb. Dialogen og samarbejdet mellem myndighed og udfører beskrives blandt andet i kapitel 6 om visitations- og opfølgingspraksis og i kapitel 7 om budgetopfølgning.

### 4.3 Ressourcetildeling til hjemmeplejen

I dette afsnit kortlægges deltagerkommunernes ressourcetildeling til den kommunale hjemmepleje, herunder afregningsprincipper i forhold til hjemmeplejetimer og overdragede sygeplejeydelser. Afslutningsvis foretages en vurdering af kommunernes praksis.

#### 4.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

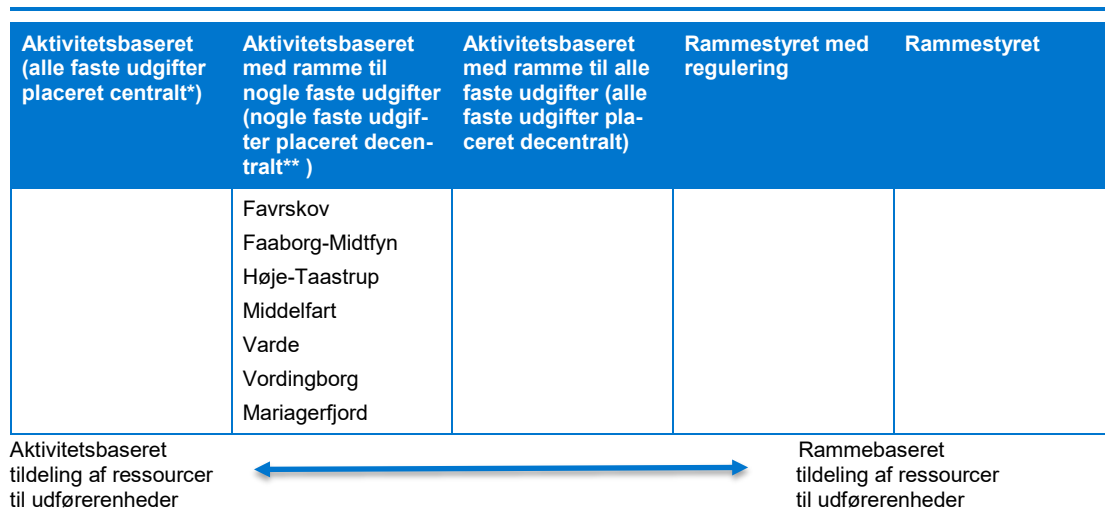
##### Hjemmeplejen generelt

Alle syv deltagerkommuner har en aktivitetsbaseret ressourcetildeling i hjemmeplejen, hvor udførerne afregnes efter aktiviteter, dvs. visiteret (bestilt), disponeret (planlagt) eller leveret tid til at udføre en given ydelse eller ydelsespakke. Hvis borgeren vælger at få ydelsen leveret af en privat leverandør, aktivitetsafregnes den private leverandør. Alle syv kommuner er altså placeret i venstre del af Figur 4.1.

Der aktivitetsafregnes dog alene for variable udgifter, mens alle deltagerkommuner samtidig har en mindre, fast rammetildeling til at dække faste udgifter i hjemmeplejen til eksempelvis kørsel, ledelse, it, administration og beklædning. Der er forskel mellem deltagerkommunerne på, hvor stor en del af rammen til faste udgifter, der er placeret henholdsvis decentralt, hos de

enkelte hjemmeplejedistrikter eller en eventuel områdeleder, og centralt, enten i økonomiforvaltningen eller hos fagchefen. Forskellene er illustreret i Figur 4.3.

**Figur 4.3** Ressourcetildeling, udførere af hjemmepleje



Note: \*Centralt dækker i denne sammenhæng over en placering af de faste udgifter enten hos fagchefen eller i en central del af forvaltningen (fx ejendomscenter eller økonomiforvaltningen). \*\*Decentralt dækker i denne sammenhæng over en placering enten i distrikterne eller hos en eventuel områdeleder.

En kommune er placeret i cellen længst til venstre, hvis alle faste udgifter til hjemmeplejen er placeret hos fagchefen eller i en central økonomi- eller ejendomsforvaltning. I dette tilfælde er ressourcetildelingen til hjemmeplejen fuldt aktivitetsbaseret. En kommune er placeret i den anden celle fra venstre, hvis nogle af de faste udgifter er placeret centralt hos fagchef eller i en central forvaltning, mens andre faste udgifter er placeret decentralt i distrikterne eller hos en eventuel områdeleder. En kommune er placeret i den midterste celle, hvis alle faste udgifter er placeret decentralt i distriktet eller hos en eventuel områdeleder. Kommuner, der tildeler hjemmeplejen ressourcer efter en rammebaseret model, er placeret i en af de to celler længst til højre, afhængigt af, om rammen reguleres efter et fast princip eller ej.

Som det fremgår af Figur 4.3, er alle syv deltagerkommuner placeret i den anden celle fra venstre, da alle kommunerne aktivitetsafregner hjemmeplejen, samtidig med at nogle, men ikke alle, faste udgifter er decentraliseret til enten distrikterne eller en eventuel områdeleder. Størrelsen på den faste del af budgettet, der er placeret decentralt, varierer, men udgør typisk 10-20 % af den samlede decentrale økonomi. Budgettet til de øvrige faste udgifter i hjemmeplejen er placeret centralt, enten i økonomiforvaltningen eller hos fagchefen. Selvom alle syv deltagerkommuner er placeret i samme celle i Figur 4.3, er der forskel på, hvilke dele af de faste udgifter der er placeret decentralt.

Tabel 4.1 viser en oversigt over placeringen af ti faste udgiftstyper opdelt efter graden af decentralisering. De **lyserøde** felter i tabellen angiver, at budgettet til udgiftstypen er placeret i en central forvaltning som fx økonomi- eller ejendomsforvaltningen, de **orange** felter, at det er placeret hos fagchefen, de **mellemrøde** felter at udgiften er placeret hos områdelederen, og de **mørkerøde** felter, at det er placeret i hjemmeplejedistriktet. De mørkeste røde nuancer indikerer altså, at udgifterne er mere decentralt placeret. Kommunerne er opdelt i to grupper, afhængigt af om kommunen har en områdeleder eller ej (se afsnit 3.2 for en nærmere beskrivelse af kommunernes organisering).

**Tabel 4.1** Placering af budget til faste udgifter i hjemmeplejen, fordelt på udgiftstype

	Elever	Uddannelse	It	Bygninger	Biler	Kørsel	Beklædning	Løn til distriktsledere	Administrative medarbejdere
<b>Kommuner med områdeleder:</b>									
Faaborg-Midtfyn	orange	mørkerød	orange	lyserød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	lyserød	lyserød
Høje-Taastrup	orange	mørkerød	orange	lyserød	lyserød	lyserød	mørkerød	lyserød	orange
Mariagerfjord	orange	orange	orange	orange	orange	mørkerød	orange	orange	lyserød
Middelfart	orange	(fra jan. 2020)	orange	lyserød	lyserød	lyserød	(fra jan. 2020)	lyserød	orange
<b>Kommuner uden områdeleder:</b>									
Favrskov	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	orange
Varde	mørkerød	mørkerød	mørkerød	(fra jan. 2020)	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød
Vordingborg	orange	mørkerød	mørkerød	orange	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød	mørkerød

Note: Lyserød: i central forvaltning (fx under økonomi eller ejendomme), orange: under fagchef, mellemrød: under områdeleder, mørkerød: i hjemmeplejedistrikter.

Deltagerkommunerne har forskellige erfaringer med, hvor budgettet til faste udgifter bedst placeres. Flere kommuner peger på, at det kan øge den økonomiske ansvarlighed hos udførerne, at budgettet til fx beklædning og biler er lagt ud i hjemmeplejedistrikterne. Omvendt kan der for nogle udgifters vedkommende være så store udsving mellem budgetår, at det er u hensigtsmæssigt, at hvert enkelt distrikt skal håndtere dem inden for deres eget budget. Det gælder fx indkøb af biler. Distrikter med en større samlet økonomi kan tænkes at have lettere ved at håndtere større udsving i de faste udgifter end distrikter med en mindre samlet økonomi. Den præcise størrelse af distrikternes økonomi er dog ikke afdækket i denne analyse. Flere af deltagerkommunerne overvejer løbende, hvor de forskellige faste udgiftstyper skal være placeret, og flere har i løbet af analyseperioden truffet beslutning om at flytte nogle udgiftstyper.

Der er forskel på kommunernes organisering af hjemmeplejen, jf. kapitel 3. Placeringen af de faste udgifter kan blandt andet hænge sammen med den valgte organisering. De tre kommuner uden områdeleder (Favrskov, Varde og Vordingborg Kommuner) har i højere grad decentraliseret budgettet til de faste udgifter til distrikterne end de fire kommuner, der har en områdeleder for den samlede hjemmepleje, jf. Tabel 4.1.

For de tre kommuner, der ikke har en områdeleder (Favrskov, Vordingborg og Varde Kommuner) er langt de fleste udgiftstyper placeret i distrikterne. Der er kun mindre forskelle på, hvor fx udgifter til bygninger, elever og løn til administrative medarbejdere er placeret.

I de fire kommuner med områdeleder (Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup, Mariagerfjord og Middelfart Kommuner) er der nogle forskelle på, hvor de faste udgifter er placeret. I Mariagerfjord Kommune er syv af de ni inkluderede udgiftstyper placeret under fagchefen, mens udgifter til administrative medarbejdere er placeret under områdelederes og udgifter til kørsel er lagt ud i distrikterne. For de tre øvrige kommuner er udgiftstyperne spredt mere ud på central forvaltning, fagchef, områdeledere og distriktsledere. For alle fire kommuner er udgifterne til elever og it lagt under fagchefen. Udgifter til beklædning er i tre af de fire kommuner lagt ud i distrikterne, mens der for de øvrige udgiftstyper er forskel på, hvor de er placeret.

Ses der på aktivitetsafregningen for variable udgifter, er det forskelligt mellem deltagerkommunerne, om hjemmeplejen afregnes efter visiteret, disponeret eller leveret tid. Det fremgår af Tabel 4.2. Visiteret tid er et udtryk for, hvor meget tid borgeren er visiteret til af myndighedsfunktionen. Når udføreren skal levere ydelserne til borgeren, kan den disponerede henholdsvis leverede tid afvige fra den visiterede. Afvigelsen kan skyldes, at ydelserne leveres som pakker, hvor det præcise antal minutter til en ydelse ikke er specificeret i visitationen, eller det kan skyldes andre forhold, fx borgerens dagsaktuelle tilstand, der medfører, at der disponeres eller leveres flere eller færre minutter til borgeren end det visiterede.

**Tabel 4.2** Grundlag for aktivitetsafregning til hjemmeplejen

Grundlag for aktivitetsafregning til hjemmeplejen	Kommune
Visiteret tid	Varde
Visiteret tid, fratrukket aflysninger fra borger, modtaget inden et fastsat tidspunkt	Favrskov Høje-Taastrup
Disponeret tid	Mariagerfjord
Leveret tid	Faaborg-Midtfyn Middelfart Vordingborg

Som det ses af Tabel 4.2, afregner tre af kommunerne – Favrskov, Høje-Taastrup og Varde – hjemmeplejen efter visiteret tid, evt. justeret for aflysninger fra borgeren inden et fastsat tidspunkt. Tre kommuner – Faaborg-Midtfyn, Middelfart og Vordingborg – afregner hjemmeplejen efter leveret tid, mens en enkelt kommune – Mariagerfjord – afregner efter disponeret tid. Som argument for at afregne efter leveret tid fremhæver nogle af deltagerkommunerne, at afregningen til udførerne i højere grad stemmer overens med den service, der rent faktisk er leveret. Desuden fremhæves, at afregningen efter leveret tid øger opmærksomheden hos udføreren på, om der er forskel mellem visiteret tid og leveret tid og dermed muligvis behov for at reorganisere borgeren. Omvendt argumenterer andre af deltagerkommunerne for, at afregning efter visiteret tid gør at der afregnes efter det fastlagte og visiterede serviceniveau. Dermed er det ikke muligt for udfører at få flere penge ved fx at disponere og levere mere tid end det, der er visiteret. Generelt er der erfaringsmæssigt relativt begrænset forskel på de afregnede beløb.<sup>18</sup> Det er således ikke på baggrund af analysen muligt at pege på den mest hensigtsmæssige afregningsform. Dog nævner flere deltagerkommuner, at det kan være væsentligt at opgøre både leveret og visiteret tid i forbindelse med opfølgning på, om der er behov for at reorganisere sager. Dette behandles i afsnit 6.5 om opfølgning på individuelle borgers ydelser og forløb.

### Overdragede sygeplejeydelser

Ud over de hjemmeplejeydelser, der er visiteret efter servicelovens § 83, udføres der i hjemmeplejen overdragede sygeplejeydelser. Det er sygeplejeydelser, der overdrages fra den kommunale hjemmesygepleje til hjemmeplejen og dermed leveres af en social- og sundhedsmedarbejder i stedet for af en sygeplejerske. Afregningen for de overdragede sygeplejeydelser er forskellig på tværs af kommunerne, hvilket kan have betydning for den økonomiske styring af hjemmeplejen.

Det fremgår af Tabel 4.3, hvordan de syv kommuner afregner for overdragede sygeplejeydelser, hvor midlerne til afregningen kommer fra, og hvordan der tildeles ressourcer til sygeplejen.

<sup>18</sup> Deltagerkommunerne har erfaring for, at der er en forskel på 1-2,5 % mellem visiteret og leveret tid.

Afregningsmetoden kan have en sammenhæng med, hvordan sygeplejen er organiseret i forhold til hjemmeplejen, hvilket derfor også fremgår af tabellen.

**Tabel 4.3** Afregning for overdragede sygeplejeydelser

Kommune	Model	Afregning af overdragede sygeplejeydelser	Midler kommer fra	Ressourcestyring sygeplejen
Favrskov ( <i>Plejecentre adskilt</i> ) Middelfart ( <i>Fuld adskillelse</i> ) Faaborg-Midtfyn ( <i>Fuld adskillelse</i> )	1	Aktivitet	Sygeplejens budget	Ramme
Vordingborg ( <i>Fuld samorganisering</i> )	2	Aktivitet	Myndighedsbudget	Aktivitet
Mariagerfjord ( <i>Fuld adskillelse</i> ) Varde ( <i>Sygepleje adskilt</i> )	3	Aktivitet	Myndighedsbudget	Ramme
Høje-Taastrup ( <i>Fuld adskillelse</i> )	4	Ramme	Fast del fra sygeplejens budget. Herefter fra hjemmeplejen	Ramme

Seks ud af de syv kommuner har en aktivitetsbaseret afregningsmodel for de overdragede sygeplejeydelser. Der er imidlertid forskel på, hvilket budget ressourcerne kommer fra, og hvordan ressourcerne tildeles i sygeplejen.

I tre kommuner – Favrskov, Faaborg-Midtfyn og Middelfart – afregnes de overdragede sygeplejeydelser med midler fra sygeplejens budget, der er tildelt som en fast, årlig ramme (Model 1 i Tabel 4.3). Sygeplejens rammebudget skal altså i disse kommuner betale, når sygeplejen overdrager sygeplejeydelser til hjemmeplejen. Derfor er de økonomiske konsekvenser af at overdrage ydelser synlige og mærkbare for sygeplejen i disse kommuner. Dermed overdrager sygeplejen ikke sygeplejeydelser til hjemmeplejen uden at tage hensyn til, hvad det koster. Dette medfører dog et reduceret økonomisk incitament til at overdrage sygeplejeydelser, hvilket kan have den konsekvens, at sygeplejeydelser holdes i sygeplejen, selvom de *kunne* overdrages, og man dermed får løst opgaverne med dyrere medarbejdere. Derfor vil det formentlig kræve særlige overvejelser om den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket dog ikke er en del af denne analyse.

I Vordingborg Kommune tages midlerne fra myndighedsbudgettet, idet både sygeplejen og hjemmeplejen er aktivitetsafregnede (Model 2 i Tabel 4.3). Vordingborg Kommune har organiseret hjemmepleje, sygepleje og plejecentre sammen i geografiske distrikter, jf. kapitel 3. Distrikterne afregnes for leverede sygeplejeydelser, uanset om de udføres af en sygeplejerske eller i hjemmeplejen. Distrikterne afgør således i Vordingborg Kommune selv, om ydelsen skal leveres af en sygeplejerske, eller om den skal overdrages. Aktivitetsafregningen tilfalder den faktiske udfører af ydelsen.

I to deltagerkommuner – Mariagerfjord og Varde - afregnes de overdragede sygeplejeydelser med midler fra myndighedsbudgettet og ikke fra sygeplejens budget, der er tildelt som en fast, årlig ramme (Model 3 i Tabel 4.3). Sygeplejens rammebudget skal således i disse kommuner ikke betale, når sygeplejen overdrager sygeplejeydelser til hjemmeplejen. Derfor er det mindre synligt og mærkbart for sygeplejen, hvad de økonomiske konsekvenser er af at delegerer (eller ikke delegerer) sygeplejeydelser. Det medfører et økonomisk incitament for sygeplejen til at overdrage flere ydelser, hvilket kan gøre det sværere for myndighed at styre ressourcerne og overholde myndighedsbudgettet.



I den sidste kommune, Høje-Taastrup, afregnes de overdragede sygeplejeydelser efter en rammebaseret model (Model 4 i Tabel 4.3). En fast del af sygeplejens budget placeres i hvert hjemmeplejedistrikt. Denne beløbsramme skal dække hjemmeplejedistriktets udførelse af overdragede sygeplejeydelser til det pågældende distrikt. Hvis udgifterne til at levere overdragede sygeplejeydelser overstiger beløbsrammen, afregnes hjemmeplejedistriktet ikke yderligere og skal dermed selv finansiere eventuelle yderligere overdragede sygeplejeydelser. Da beløbsrammen til afregning af overdragede sygeplejeydelser er lagt ud i hjemmeplejen, er det i den løbende økonomiske styring ikke tydeligt for sygeplejen, hvad omkostningen for sygeplejens budget er ved at overdrage sygeplejeydelser. Det er heller ikke synligt for sygeplejen, hvornår omfanget af de overdragede sygeplejeydelser overstiger den øremærkede ramme, og dermed hvilke konsekvenser yderligere overdragelse har for hjemmeplejens budget. Endvidere er der ikke nogen konsekvens for sygeplejens budget ved at overdrage ydelser ud over den fastsatte ramme. Endelig er det ikke synligt i myndighedsbudgettet, da hjemmeplejen ikke afregnes for disse ydelser.

#### 4.3.2 Vurdering – ressourcetildeling til hjemmeplejen

Kortlægningen viser, at alle syv deltagerkommuner benytter en aktivitetsbaseret ressourcetildelingsmodel for de variable udgifter i hjemmeplejen. Der er dog forskel mellem kommunerne på, hvor stor en del af de faste udgifter, der er lagt ud til hjemmeplejedistrikterne. Det er ikke muligt på baggrund af kortlægningen at pege på den mest fordelagtige placering af budgettet til faste udgifter.

Da alle kommuner afregner hjemmeplejen efter en aktivitetsbaseret model, giver kortlægningen ikke belæg for at pege på andre ressourcetildelingsmodeller end aktivitetsafregning som den mest hensigtsmæssige i kommunernes økonomiske styring af hjemmeplejen. Modellen har dog visse indbyggede uhensigtsmæssigheder, som man skal være opmærksom på. Eksempelvis kan det være vanskeligt at sikre den økonomiske styring, hvis udførerne ikke har tilstrækkelig mulighed for eller incitament til at informere myndighed om, at en ydelse til en borger skal reguleres ned eller helt kan undværes. Tilsvarende kan det være vanskeligt for myndighed at sikre, at borgerne faktisk modtager den visiterede ydelse, da visitatorerne ikke følger borgeren så tæt som hjemmeplejepersonalet, der løbende kommer i borgerens hjem. Sådanne uhensigtsmæssigheder forsøger nogle kommuner at håndtere ved at etablere samarbejder og fora til dialog mellem myndighed og udførere. Dialogen og samarbejdet mellem myndighed og udfører beskrives nærmere i kapitel 6 om visitation og opfølgning på individuelle borgers ydelser og forløb.

Ud fra den samlede analyse er det således VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan kombinere den aktivitetsbaserede ressourcetildelingsmodel i hjemmeplejen med et dialogbaseret element, der rummer systematiseret samarbejde og dialog mellem myndighed og udførere i forbindelse med opfølgning på borgernes ydelser og forløb. Se også afsnit 6.5.

Endelig viser kortlægningen, at de overdragede sygeplejeydelser afregnes forskelligt i deltagerkommunerne. Selvom hjemmeplejen i seks ud af syv kommuner aktivitetsafregnes for disse ydelser, kommer midlerne i nogle kommuner fra myndighedsbudgettet og i andre kommuner fra sygeplejens egen budgetramme. I den sidste kommune afregnes sygeplejeydelserne af en fast ramme, hvorefter hjemmeplejedistriktet selv skal finansiere eventuelt yderligere overdragede sygeplejeydelser.

Når midlerne kommer fra sygeplejens eget budget, er de økonomiske konsekvenser af overdragelse synlige og mærkbare for sygeplejen. Det reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser til hjemmeplejen uden at tage hensyn til, hvad det koster. Det skal i den forbindelse nævnes, at et reduceret incitament til at overdrage sygeplejeydelser kan have den konsekvens, at sygeplejeydelser holdes i sygeplejen, selvom de *kunne* overdrages, og man dermed får løst opgaverne med dyrere medarbejdere. Derfor vil det formentlig kræve særlige overvejelser om den økonomiske styring af sygeplejen, hvilket dog ikke er en del af denne analyse.

Når midlerne kommer fra myndighedsbudgettet, er det mindre synligt og mærkbart for sygeplejen, hvad de økonomiske konsekvenser er af at overdrage eller ikke overdrage sygeplejeydelser. Det medfører et økonomisk incitament for sygeplejen til at overdrage flere ydelser, når der er et efterspørgselspres, hvilket kan gøre det sværere for myndighed at styre ressourcerne og overholde myndighedsbudgettet. Denne udfordring er størst, når sygeplejens ressourcer tildeles som en ramme, mens hjemmeplejen aktivitetsafregnes.

Samlet set er det VIVEs vurdering, at man med fordel kan indrette sin ressourcefordeling sådan, at der er synlighed i sygeplejen om udgiften til overdragede sygeplejeydelser, så sygeplejen ikke overdrager sygeplejeydelser til hjemmeplejen uden at tage hensyn til, hvad det koster. Det kan blandt andet understøttes med en model, hvor hjemmeplejen afregnes for overdragede sygeplejeydelser med midler fra sygeplejens rammebudget. Der kan dog også være andre måder at indrette fordelingsmodellen på, som reducerer incitamentet til at overdrage sygeplejeydelser uden at tage hensyn til økonomien. Det gælder fx i Vordingborg Kommune, hvor man aktivitetsafregner sygeplejeydelser, uanset hvilken organisatorisk enhed der udfører ydelserne.

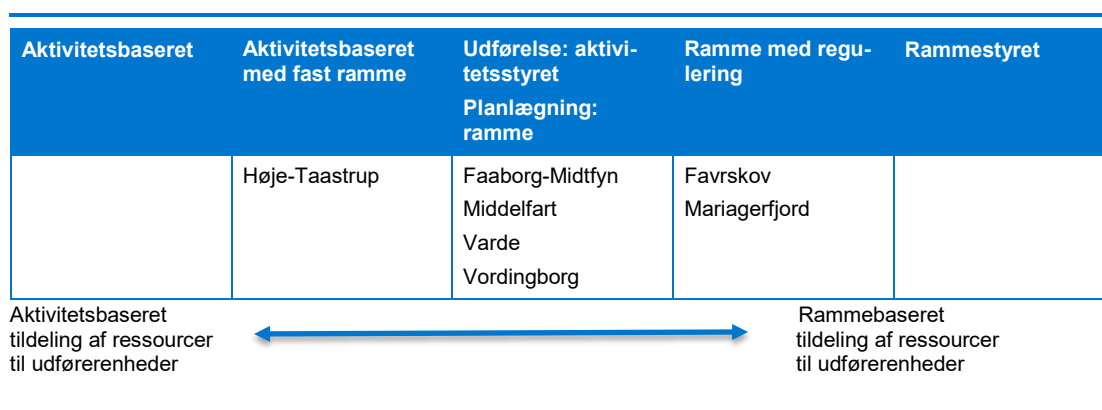
#### 4.4 Ressourcetildeling til rehabiliteringsforløb efter § 83a

I dette afsnit kortlægges deltagerkommunernes ressourcefordeling til rehabiliteringsforløb efter § 83a, og der foretages en vurdering af kommunernes praksis.

##### 4.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

De syv deltagerkommuners ressourcefordelingsmodeller for § 83a-forløb er kategoriseret i Figur 4.4. Kommunernes styringsmodeller uddybes nedenfor.

**Figur 4.4** Ressourcetildeling, rehabilitering



Favrskov og Mariagerfjord Kommuner befinder sig længere til højre på kontinuummet i Figur 4.4 end de øvrige kommuner. I Favrskov og Mariagerfjord Kommuner planlægges og udføres alle § 83a-forløb af et rehabiliteringsteam, jf. afsnit 3.3. Teamet tildeles ressourcer som en fast ramme, inden for hvilken de skal levere ydelser til de borgere, der visiteres til forløb efter § 83a. I begge kommuner reguleres rammen dog, og de to kommuner er derfor placeret i cellen 'Ramme med regulering'. I Mariagerfjord Kommune reguleres rammen til rehabiliteringsteamet tre gange i løbet af året samt mellem budgetår. Reguleringen sker på baggrund af det hidtidige forbrug i teamet samt det forventede forbrug fremadrettet. Hjemmeplejen har mulighed for at købe medarbejdere fra rehabiliteringsteamet til at levere § 83-ydelser, hvis teamet ikke har tilstrækkelig aktivitet. I de tilfælde afregner hjemmeplejedistriktet rehabiliteringsteamet for de leverede ydelser. Modellen trådte i kraft i januar 2019. I Favrskov Kommune reguleres rehabiliteringsteamets ramme hvert år for demografi og forøges dermed ved en tilgang af ældre borgere til kommunen, jf. også afsnit 5.2. Selvom det ikke anvendes til afregning, visiteres der formelt til et antal timer til borgere i rehabiliteringsforløb for at kunne følge op på omfanget af visiterede ydelser.

I fire deltagerkommuner – Faaborg-Midtfyn, Middelfart, Varde og Vordingborg – foretages planlægning og understøttelse af § 83a-forløbene af en gruppe terapeuter, mens forløbene i stort omfang varetages af hjemmeplejen, jf. afsnit 3.3. Rehabiliteringsforløbene tildeles ressourcer på to måder i de fire kommuner. Terapeuterne er finansieret af en fast ramme, der ikke justeres løbende på baggrund af aktivitet. Den del af rehabiliteringsforløbene, der udføres af hjemmeplejen i de fire kommuner, er derimod aktivitetsfinansieret. På grund af denne blandede tildeling af ressourcer er de fire kommuner placeret midt i Figur 4.4.

De fire kommuner har organiseret de terapeuter, der arbejder med § 83a-forløb lidt forskelligt, jf. afsnit 3.3. Den forskellige organisering afspejler sig i forskellige måder at tildele rammen. I Faaborg-Midtfyn Kommune er terapeuterne ansat i visitationen i tværgående team. Der er dog en samlet budgetramme, der udelukkende dækker udgifter til de terapeuter, der arbejder med § 83a-forløb. I Middelfart Kommune er terapeuterne, der planlægger og understøtter rehabiliteringsforløb, placeret i en selvstændig enhed under sundhedsområdet. Rehabiliteringsenhedens ramme er ikke reguleret, siden enheden blev oprettet. I Varde og Vordingborg Kommuner er terapeuterne, der arbejder med rehabiliteringsforløb, organisatorisk samlet i en enhed, hvor der også sidder terapeuter med andre arbejdsopgaver. Enhederne har en samlet budgetramme, hvori det ikke er specificeret, hvor stor en del af rammen der skal bruges til arbejdet med § 83a-forløb. I Vordingborg Kommune er nogle af terapeuterne desuden finansieret af puljemidler.

Høje-Taastrup Kommune er som den eneste af de syv deltagerkommuner placeret i venstre del af kontinuummet i Figur 4.4. I Høje-Taastrup Kommune planlægges og udføres alle § 83a-forløb af et rehabiliteringsteam, jf. afsnit 3.3. Teamet er aktivitetsafregnet, så der afregnes for de visiterede forløb, som teamet udfører. Midlerne kommer fra myndighedsbudgettet. Ud over aktivitetsafregningen har teamet en mindre fast ramme til at dække udgifter til ledelse mv.

Deltagerkommunerne har forskellige erfaringer med de anvendte ressourcefordelingsmodeller på området for § 83a-forløb. De gennemgås kort i det følgende.

Fælles for de fire kommuner midt i Figur 4.4 er, at de anser aktivitetsafregning af forløb udført af hjemmeplejen for at være hensigtsmæssig, fordi den afregningsmetode følger den øvrige finansiering af hjemmeplejen.

De fire kommuner rammestyrer gruppen af terapeuter, ligesom Favrskov og Mariagerfjord Kommuner rammestyrer deres rehabiliteringsteam. Den faste ramme kan have den fordel, at den sikrer en fast dimensionering af rehabiliteringsindsatsen. Det kan være hensigtsmæssigt i en situation, hvor man ønsker at indføre, opprioritere og udbrede denne indsats. Flere deltagerkommuner har dog også erfaring for, at det kan være vanskeligt at opnå og opretholde et aktivitetsniveau inden for rammen, der sikrer, at gennemsnitsomkostningen pr. forløb ikke bliver for høj, men at det samtidig er muligt at løse mængden af opgaver med det personale, der er ansat inden for rammen. En generel udfordring ved rammestyring er således at sikre, at faglig og økonomisk styring hænger sammen, så der er en rimelig overensstemmelse mellem aktivitetsniveauet og rammens størrelse. Hvis der er for få aktiviteter, bliver omkostningen pr. ydelse højere, da der løses færre opgaver for de samme penge. Omvendt bliver det vanskeligt for personalet at nå at levere de visiterede ydelser, hvis rammen er for lille.

Deltagerkommunerne arbejder på forskellige måder med at skabe sammenhæng mellem aktivitetsniveauet og rammens størrelse. Favrskov Kommune opgør eksempelvis prisen pr. visiteret time i rehabiliteringsteamet, sammenholdt med prisen på andre lignende ydelser, der leveres i hjemmeplejen. Ved løbende at følge denne timepris har myndighedslederen og lederen af rehabiliteringsteamet mulighed for at vurdere, hvornår teamets aktivitetsniveau er "for lavt" i forhold til teamets ramme. I Mariagerfjord Kommune er rehabiliteringsteamet placeret under en distriktsleder i hjemmeplejen. I situationer, hvor der er nedgang i aktiviteten for rehabiliteringsteamet, søger lederen at tilpasse aktivitetsniveauet ved at "udlåne" personale fra rehabiliteringsteamet til hjemmeplejen. Helt samme tilgang kan ikke anvendes i kommuner, hvor rehabiliteringsteamet udelukkende består af terapeuter. Her kan fleksibiliteten i stedet opnås ved, at terapeuterne kan løse forskellige andre terapeutfaglige opgaver i kommunen. Det gør man fx i Vordingborg Kommune, hvor de terapeuter, der arbejder med § 83a-forløb, indgår i en større enhed af terapeuter.

I Høje-Taastrup Kommune aktivtetsafregnes det udkørende rehabiliteringsteam. Denne afregningsmodel er valgt for at give udfører et økonomisk incitament til at få aktivitetsniveauet – i form af § 83a-forløb – til at stige. I Høje-Taastrup Kommune er der et strategisk ønske om at få gennemført rehabiliteringsforløb med flere borgere, og aktivtetsafregningen har til formål at øge incitamentet til at identificere flere borgere med et rehabiliteringspotentiale. Dog er det også her væsentligt i visitation og hjemmepleje at understøtte teamets arbejde for at sikre et passende aktivitetsniveau, hvad angår § 83a-forløb.

#### 4.4.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at ressourcetildelingen til § 83a-forløb i seks af deltagerkommunerne er baseret på en fast ramme til de medarbejdere, der er samlet i en enhed, og som udelukkende eller hovedsageligt arbejder med at planlægge eller udføre § 83a-forløb. I de fire kommuner, hvor hjemmeplejen udfører en del af rehabiliteringsforløbene, har man tillige en aktivtetsafregning for forløbene til hjemmeplejen. Ressourcetildelingen til rehabiliteringsforløbene har dermed en sammenhæng med organiseringen af forløbene. Kun Høje-Taastrup Kommune aktivtetsafregner sit rehabiliteringsteam.

Der kan ikke ud fra deltagerkommunernes praksis peges entydigt på det mest fordelagtige valg af tildelingsmodel. Både med en ramme- og en aktivtetsbaseret tildelingsmodel ser det dog ud til at være vigtigt med særlig opmærksomhed på at sikre et passende aktivitetsniveau for rehabiliteringsteamet, så der kan skabes sammenhæng mellem aktivitet og ressourcer i rehabi-

literingsteamene. Denne sammenhæng kan blandt andet understøttes af dialog mellem rehabiliteringsteam og visitation samt mellem rehabiliteringsteam og hjemmepleje om muligheder for at skabe et passende aktivitetsniveau inden for rammen. Det kan bidrage til at sikre, at gennemsnitsomkostningen pr. forløb ikke bliver for høj, men at det samtidig er muligt at løse mængden af opgaver med det personale, der er ansat inden for rammen. Visitation til og opfølgning på § 83a-forløb behandles i kapitel 6.

## 4.5 Ydelsesmodeller

Dette afsnit afdækker og vurderer deltagerkommunernes ydelsesmodeller, dvs. om visitation og aktivitetsafregning foregår efter enkeltydelser eller ydelsespakker. Valget af ydelsesmodel har betydning for, hvordan økonomistyringen foregår, og hvad der kan følges op på. En ydelsesmodel med enkeltydelser er karakteriseret ved, at der er for hver ydelse er afsat et antal minutter, og at enkeltydelserne lægges sammen i ét besøg hos borgeren. En model med ydelsespakker indebærer, at der afsættes en tidsramme til opgaveløsningen, inden for hvilken udfører i samarbejde med borgeren udmønter ydelserne i den bevilgede pakke.

### 4.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Tabel 4.4 viser, hvilken ydelsesmodel deltagerkommunerne visiterer ud fra i relation til henholdsvis hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.

**Tabel 4.4** Ydelsesmodeller i deltagerkommunerne

Kommuner	Hjemmepleje	Rehabiliteringsforløb
Favrskov	Enkeltydelser	Enkeltydelser
Faaborg-Midtfyn	Enkeltydelser (fra 2018)	Enkeltydelser (fra 2018)
Høje-Taastrup	Pakker	Pakker
Mariagerfjord	Enkeltydelser	Enkeltydelser
Middelfart	Pakker (fra 2019)	Pakker (fra 2019)
Varde	Pakker (fra 2017)	Pakker (fra 2017)
Vordingborg	Enkeltydelser	Enkeltydelser

Tabel 4.4 viser, at man i fire deltagerkommuner – Favrskov, Faaborg-Midtfyn, Mariagerfjord og Vordingborg – visiterer til enkeltydelser, mens man i de tre øvrige deltagerkommuner visiterer til pakker. Alle syv deltagerkommuner har samme ydelsesmodel for hjemmepleje og § 83a-forløb. Deltagerkommunerne anfører forskellige begrundelser for deres valg af ydelsesmodel, ligesom flere af kommunerne har erfaringer med både enkeltydelser og pakker. I det følgende beskrives nogle af de økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved de to modeller, som deltagerkommunerne fremhæver.

Deltagerkommunerne fremhæver blandt andet, at en model med enkeltydelser har den fordel, at der er høj grad af gennemsigtighed og sammenhæng mellem borgerens behov for hjælp, den leverede indsats og prisen for indsatsen. En anden fordel er, at data om enkeltydelser giver et detaljeret overblik over niveauet for og udviklingen i aktiviteter og dermed et godt grundlag for at identificere årsager til mulige skred i økonomien og foretage korrigerende handlinger. Samtidig er det dog erfaringen, at anvendelsen af enkeltydelser er administrativt ressourcekrævende for såvel myndighed som udfører, fordi ydelsesmodellen indebærer løbende dokumentation for ændringer i borgerens behov og justeringer i ydelsestildelingen. Visitation

efter enkeltydelser nødvendiggør således ifølge deltagerkommunerne tæt dialog mellem myndighed og udfører om borgerens behov, da visitationen løbende skal være ajourført om ændringer i borgerens tilstand for at kunne vurdere behovet for justeringer i indsatsen.

Ifølge de deltagerkommuner, der har en model med ydelsespakker, rummer denne model en fleksibilitet, som gør det muligt for hjemmeplejen at planlægge og udføre bevilgede indsatser ud fra det aktuelle behov på den pågældende dag, uden at visitationen er nødt til at blive involveret. Denne fleksibilitet gør det dog særligt vigtigt, at udfører er i stand til løbende at disponere den tid, der samlet set er til rådighed i pakkerne til at levere bevilgede indsatser. Flere deltagerkommuner peger endvidere på, at der er mindre administration forbundet med pakker, blandt andet fordi udfører er i mindre hyppig kontakt med visitationen end i en model med enkeltydelser. Samtidig er det dog nogle af deltagerkommunernes erfaring, at en model med ydelsespakker kan være udgiftsdrivende, fordi den indebærer et økonomisk incitament for udfører til, at borgere beholder deres ydelsespakke så længe som muligt i stedet for evt. at få den nedjusteret, når der er basis for det. Dermed er der også i en model med ydelsespakker behov for en dialog mellem myndighed og udfører, så man løbende får fulgt op på sammenhængen mellem borgerens aktuelle behov og den bevilgede indsats i form af pakken.

Flere af deltagerkommunerne har nylige erfaringer med at justere eller ændre deres ydelsesmodel. For eksempel har Høje-Taastrup Kommune i efteråret 2018 justeret deres pakkestruktur for hjemmeplejen ved at reducere antallet af pakker og øge spændvidden af den enkelte pakke. Formålet med denne justering var at placere mere af den faglige styring hos plejepersonalet og reducere behovet for løbende justeringer af hjælpen til borgeren. Som led i justeringen af ydelsesmodellen har kommunen i 2019 implementeret "opstartspakker" i hjemmeplejen med det formål at understøtte opstart af nye borgere og overgangen mellem pakker. Med opstartspakken er der bl.a. afsat 30 minutter ekstra til hver nyopstartet borger. Et andet eksempel er fra Varde Kommune, hvor man i 2017 justerede ydelsesmodellen for hjemmeplejen ved at samle enkeltydelser om personlig pleje i plejepakker. Eksempelvis består plejepakken "Personlig hygiejne dag 1" af hjælp til øvre og nedre toilette samt af- og påklædning. Formålet med denne ændring var blandt andet at nedbringe antallet af henvendelser fra hjemmeplejen i relation til anmodninger om justering af hjælpen.

Middelfart Kommune er i foråret 2019 gået fra en model med enkeltydelser til en model med pakker. Formålet med ændringen er, ifølge kommunen, et ønske om at styrke den faglige styring og fleksibiliteten i driften. Kommunen har endnu et meget begrænset erfaringsgrundlag med at visitere efter pakker, herunder om ændringen har haft betydning for økonomien på området. Ifølge kommunen har ændringen dog medført et fald i henvendelser fra og en mere konstruktiv dialog mellem visitation og udfører. Et sidste eksempel stammer fra Faaborg-Midtfyn Kommune, hvor man efter en forsøgsperiode med ydelsespakker i 2018 gik tilbage til visitation efter enkeltydelser. Ifølge kommunen var én af begrundelserne for at skifte tilbage til enkeltydelser, at udfører fandt det for upræcist, hvad der skulle leveres med den visiterede pakke.

#### 4.5.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at fire deltagerkommuner har en ydelsesmodel med enkeltydelser, mens tre deltagerkommuner har en model med ydelsespakker. Flere af deltagerkommunerne har ændret eller justeret deres ydelsesmodel inden for de seneste år. Flere af deltagerkommunerne har således erfaringer med både enkeltydelser og ydelsespakker, og de peger på en række økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved begge ydelsesmodeller.

VIVE kan på baggrund af kortlægningen ikke pege entydigt på den mest hensigtsmæssige ydelsesmodel i relation til hjemmepleje og § 83a-forløb. Analysen peger dog på, at begge modeller fordrer dialog mellem myndighed og udfører om borgerens behov og indsatsen. Ved en model med enkeltydelser er det væsentligt at have en tæt, løbende dialog mellem myndighed og udfører om den enkelte borgers tilstand og behov som grundlag for løbende justeringer af den visiterede indsats, så der hele tiden sikres sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen – og dermed afregningen.<sup>19</sup> Ved en model med ydelsespakker kan der være mere fleksibilitet for udførerne i det daglige arbejde. Også i modellen med ydelsespakker er det dog væsentligt med jævnlig dialog mellem myndighed og udfører, så man løbende får fulgt op på sammenhængen mellem borgerens aktuelle behov og den bevilgede pakke – og dermed afregningen. Se i øvrigt kapitel 6 om visitation og opfølgning på borgeres ydelser og forløb.

---

<sup>19</sup> Den tætte, automatiserede sammenhæng mellem indsats og afregning gælder naturligvis alene på områder med en aktivitetsbaseret tildelingsmodel, hvilket alle deltagerkommuner har på hjemmeplejeområdet, og de fleste også delvist har i relation til rehabiliteringsforløb, jf. afsnit 4.3 og 4.4.

## 5 Budgetlægning, forudsætninger og økonomistyringsprincipper

I dette kapitel kortlægges og vurderes først deltagerkommunernes overordnede budgetlægning på ældreområdet med særligt fokus på hjemmepleje og rehabiliteringsforløb. Dernæst behandles deltagerkommunernes disponering af budgettet på delområder ved budgetårets start, herunder deres anvendelse af budgetforudsætninger. Herefter afdækkes fordeling og håndtering af budgetansvar i deltagerkommunerne, og endelig ser vi i kapitlet nærmere på kommunernes principper for overførselsadgang og udmøntning heraf.

### 5.1 Konklusioner

#### Boks 5.1 Konklusioner – budgetlægning, forudsætninger og økonomistyringsprincipper

- **Tag stilling til håndtering af demografisk udvikling**  
Analysen peger i retning af, at det kan være en fordel, at der i budgetlægningen er taget stilling til, hvordan de forventede økonomiske konsekvenser af et stigende antal ældre borgere budgetmæssigt håndteres over tid. Én mulighed er at anvende en demografimodel.
- **Klare budgetforudsætninger og gennemsigtige budgetberegninger**  
Analysen peger på, at det er en fordel, at der er gennemsigthed i budgetberegningerne og klarhed om, hvilke forudsætninger der ligger til grund for tilpasninger af budgettets størrelse og disponeringen af ældreområdets budget på delområder og distrikter. Kommunerne kan med fordel anvende budgetforudsætninger om fx aktiviteter, brugerandel, timepriser, brugertidsprocent og serviceniveau. Klarhed om sådanne forudsætninger kan understøtte sammenhængen mellem budget og forudsat serviceniveau samt den løbende budgetopfølgning og styring i løbet af året, jf. også kapitel 7. Derudover kan gennemsigthed i budgetberegningerne bidrage til at understøtte sammenhængen i den kommunale styringskæde ved at give politikerne indblik i sammenhængen mellem budget og serviceniveau.
- **Entydig placering af formelt budgetansvar**  
Analysen peger på, at det er en fordel for den økonomiske styring, at det formelle budgetansvar for henholdsvis myndighedsbudgettet og driftsbudgetterne er entydigt placeret. Dermed er det klart, hvem der har pligt til at tage initiativ til at forsøge at rette op på et forventet merforbrug, der konstateres i løbet af året.
- **Fokus på at udvikle medansvarlighed for at overholde myndighedsbudget**  
Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan arbejde for at udvikle en opfattelse af og praksis for, at det er et fælles ansvar for myndighed og udførere at bidrage til at overholde myndighedsbudgettet. Desuden synes det væsentligt, at visitatorerne er opmærksomme på og opfatter sig som medansvarlige for at bidrage til, at myndighedsbudgettet overholdes. Den fælles ansvarsfølelse for myndighedsbudgettet udvikles blandt andet i dialogen mellem myndighed og udførere om opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb (jf. kapitel 6) samt om budgetopfølgning (jf. kapitel 7).
- **Overførselsadgang – klare principper eller klar praksis**  
Analysen kan ikke entydigt pege på, om det er mest hensigtsmæssigt at have en stringent eller en mere fleksibel tilgang til efterlevelse af principper for overførselsadgang. Det tyder dog på, at begge tilgange under bestemte forudsætninger kan understøtte økonomistyringen. En fordel ved den stringente tilgang er, at den understøtter det organisatoriske incitament til at



### Boks 5.1 Konklusioner – budgetlægning, forudsætninger og økonomistyringsprincipper

overholde egne budgetter. Tilgangen kræver dog, at budgettildelingen opfattes som legitim af de budgetansvarlige. En mere fleksibel tilgang er i deltagerkommunerne kendetegnet ved, at merforbrug i ét distrikt eller område udlignes af mindreforbrug i andre distrikter eller områder inden for ældreområdet. En fordel ved denne tilgang kan være, at den i nogle tilfælde kan bidrage til at opbygge en kultur med en højere grad af økonomisk solidaritet mellem lederne og fælles ansvarlighed for det samlede budget på ældreområdet. Tilgangen kræver dog klarhed om praksis, så der udvikles en fælles forståelse blandt de budgetansvarlige af, hvornår man kan forvente, at der afviges fra de formelle principper.

## 5.2 Størrelsen af det samlede budget og demografitilskrivning

Det samlede budget til ældreområdet dækker typisk de store delområder hjemmepleje og plejecentre. I de fleste deltagerkommuner er sygepleje og noget af hjælpemiddelområdet også placeret under ældreområdet. Det er forskelligt, om arbejdet med § 83a-forløb er placeret inden for ældreområdet, uden for ældreområdet eller delt mellem områder, jf. kapitel 3. Det er dermed også forskelligt, i hvilket omfang § 83a-forløb er omfattet af ældreområdets budget.

Ældreområdet er i mange kommuner<sup>20</sup> omfattet af en demografimodel, der beregner de forventede økonomiske konsekvenser af ændringer i antallet af ældre i forskellige aldersgrupper i kommunen. Demografimodeller kan være indrettet på forskellige måder, ligesom der kan være forskel på, i hvilket omfang de beregnede økonomiske konsekvenser faktisk lægges ind i budgettet for det kommende år.<sup>21</sup> Dette afsnit afdækker, om og hvordan deltagerkommunerne bruger demografimodeller i deres budgetlægning på ældreområdet. Analysen beskriver ikke indretningen af de konkrete modeller, og giver heller ikke mulighed for at vurdere, i hvilket omfang en eventuel demografiregulering i den enkelte kommune afspejler det faktiske udgiftsbehov.

### 5.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Alle deltagerkommunerne anvender rammebudgettering, hvor der for hvert budgetår lægges en fast budgetramme til det samlede ældreområde. Den samlede ramme består ofte af en række delrammer, der udgør budgettet for de forskellige delområder (fx hjemmepleje, plejecentre mv.). Ældreområdets samlede budget justeres fra et budgetår til det næste, ved at delrammerne fra forrige budgetår pris- og lønfremskrives. Budgettet justeres herefter for en række forhold som fx tekniske ændringer, puljer, økonomiske konsekvenser af tidligere politiske beslutninger, budgetudvidelser eller -besparelser. Derudover justeres budgettet i mange kommuner for de forventede økonomiske konsekvenser af stigninger i antallet af ældre, fx ved brug af en demografimodel.

Tabel 5.1 viser en oversigt over, om de syv deltagerkommuner anvender demografimodeller, og om demografimodellen i givet fald omfatter budgettet til hjemmeplejen og § 83a-forløb.

<sup>20</sup> Ifølge en rapport fra KORA (nu VIVE) anvendte ca. 85 % af kommunerne demografimodeller på enten hele eller dele af ældreområdet i 2013 (Nørgaard et al. (2013)).

<sup>21</sup> Nørgaard et al. (2013).

**Tabel 5.1** Brug af demografimodel på ældreområdet

	Brug af demografimodel?	Dækker model hjemmeplejen?	Dækker model terapeuter i rehabiliteringsteam til § 83a-forløb?
Favrskov	Ja	Ja	Ja
Faaborg-Midtfyn	Ja	Ja	Nej*
Høje-Taastrup	Ja	Ja	Nej**
Mariagerfjord	Ja	Ja	Ja
Middelfart	Ja	Ja	Nej*
Varde	Nej	-	-
Vordingborg	Ja	Ja	Nej*

Note: \*Den del af § 83a-forløbene, der udføres af hjemmeplejen, er dog dækket af demografimodellen.

\*\*I Høje-Taastrup udføres de fleste rehabiliteringsforløb af rehabiliteringsteamet. Budgettet til dette team er delvist omfattet af en demografimodel. Budgettet til teamets terapeuter er dog ikke omfattet af demografimodellen. Desuden udføres en mindre del af rehabiliteringsforløbene af hjemmeplejen, der er omfattet af en demografimodel.

Det ses af Tabel 5.1, at seks af de syv deltagerkommuner anvender demografimodeller. Kun Varde Kommune har ingen demografimodel på ældreområdet. Kommunen har en demografipulje på ældreområdet, der dog ikke reguleres i takt med ændringer i antallet af ældre. Puljen betragtes derfor i denne sammenhæng ikke som en pulje til egentlig regulering af budgettet som følge af demografiske ændringer. Demografipuljen disponeres politisk efter indstilling fra fagchefen. Der var ikke faste principper for fordelingen af puljen, men den er i en vis udstrækning blevet brugt til at investere i initiativer med effektiviseringspotentiale.

I alle de seks deltagerkommuner, der anvender demografimodeller, er budgettet for hjemmeplejen omfattet af modellen. Kommunerne beregner således som led i budgetlægningen den forventede økonomiske konsekvens for hjemmeplejens budget af tilvæksten af ældre borgere i kommunen i det kommende budgetår.<sup>22</sup> Alle modellerne indeholder korrektion for "sund aldring", så udgiftsberegningen korrigeres for, at de ældre forventes at blive gradvist mindre plejkrævende over tid. Desuden indeholder demografimodellen i Faaborg-Midtfyn en korrektion for visse socioøkonomiske forhold<sup>23</sup>.

Der er forskel på deltagerkommunernes praksis for, i hvor høj grad de forventede økonomiske konsekvenser af det stigende antal ældre, som demografimodellen beregner, faktisk lægges ind i ældreområdets budget. I tre af kommunerne – Favrskov, Høje-Taastrup og Middelfart – er de beregnede konsekvenser som udgangspunkt blevet tillagt budgettet fuldt ud. I de tre øvrige kommuner – Faaborg-Midtfyn, Mariagerfjord og Vordingborg – er de beregnede økonomiske konsekvenser i nogle år kun lagt delvist ind i budgettet. Det gælder fx i Faaborg-Midtfyn, hvor der blev fraregnet 1,5 mio. kroner af demografitilskrivningen ved budgetlægning for budget 2019. Det er ikke muligt ud fra denne analyse at afgøre, i hvilket omfang demografimodellen i de seks kommuner afspejler de faktiske ændringer i udgiftsbehovet i kommunerne.

Tabel 5.1 viser også, om budgettet til § 83a-forløb er omfattet af demografimodellen. Dette følger i høj grad kommunernes organisering af arbejdet med forløbene, jf. kapitel 3. I to af de seks deltagerkommuner, der anvender demografimodeller – Favrskov og Mariagerfjord – er budgettet til § 83a-forløb omfattet af modellen. Begge disse kommuner har et team, der både

<sup>22</sup> Konsekvensen beregnes også, hvis antallet af ældre falder. Det har blot ikke været tilfældet i nogen af kommunerne i analyseperioden. Dog har Høje-Taastrup Kommune endnu ikke oplevet en stor stigning i antallet af ældre. Kommunen forventer at antallet af ældre kommer til at stige mere i de kommende år.

<sup>23</sup> Uddannelsesniveaue og om borgeren er enig.

planlægger og udfører forløbene. Favrskov Kommune regulerer rammen til rehabiliteringsteamet årligt på baggrund af ændringer i antallet af ældre. Mariagerfjord Kommune demografiregulerer det samlede budget til ældreområdet, hvori budgettet til rehabiliteringsteamet indgår. En demografitilskrivning til ældreområdets samlede budget medfører dog ikke automatisk, at budgetrammen til rehabiliteringsteamet udvides. Dette sker derimod ved ad hoc-beslutninger afhængigt af forbruget i teamet. I tre deltagerkommuner – Vordingborg, Faaborg-Midtfyn og Middelfart – omfatter demografireguleringen ikke de terapeuter, der planlægger § 83a-forløb. Forløbene udføres i de tre kommuner af hjemmeplejen, der er omfattet af demografimodellen. I Høje-Taastrup Kommune planlægges og udføres langt de fleste § 83a-forløb af et rehabiliteringsteam, der består af både terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere. Budgettet til terapeuterne i teamet er ikke omfattet af demografimodellen, mens budgettet til social- og sundhedsmedarbejderne er omfattet.

Ud over demografitilskrivninger er der foretaget forskellige tilpasninger af ældreområdets budget i alle deltagerkommunerne gennem årene.

### 5.2.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at seks af de syv deltagerkommuner anvender demografimodeller, der omfatter hjemmeplejen og for nogle af kommunerne også hele eller dele af § 83a-forløbene. Den syvende deltagerkommune har ikke en demografimodel, men har i stedet hidtil haft en demografipulje, der blev udmøntet til særlige tiltag. Nogle af kommunerne fremhæver det som en fordel ved at bruge en demografimodel, at en sådan model kan bidrage til at skabe opbakning i organisationen, fordi medarbejdere og ledere på de enkelte delområder oplever, at der helt eller delvist er taget hensyn i budgettet til, at der kommer flere ældre borgere i kommunen. Det kan være med til at motivere medarbejdere og ledere til at arbejde for at overholde budgetterne, der i højere grad opfattes som realistiske og legitime.

På den baggrund er det samlet set VIVEs vurdering, at analysen peger i retning af, at det kan være en fordel for den økonomiske styring, at der i budgetlægningen er taget stilling til, hvordan de forventede økonomiske konsekvenser af et stigende antal ældre borgere budgetmæssigt håndteres over tid. Én mulighed er at anvende en demografimodel.

## 5.3 Brug af forudsætninger i disponering og budgettilpasning

I dette afsnit kortlægges og vurderes kommunernes anvendelse af forudsætninger i disponering og tilpasning af budgettet til delområder og decentrale enheder.

Som beskrevet i afsnit 5.2 tager budgetlægningen for det samlede ældreområde ofte udgangspunkt i en fremskrivning af det forrige års budgetramme. Denne kan bestå af en fremskrivning af enkelte delområders rammer tillagt øvrige budgetmidler, der er placeret centralt under ældrechefen. I løbet af budgetprocessen justeres budgetrammen som følge af politiske beslutninger om udvidelser eller reduktioner, tekniske korrektioner, demografitilskrivning mv.

For at beregne konsekvensen af forskellige ændringsforslag i løbet af budgetprocessen, og for at konsekvenserne af politiske beslutninger kan omsættes til så retvisende budgetjusteringer som muligt, har kommunerne brug for at kende forudsætningerne for ældreområdets budget. Forudsætningerne kan danne grundlag for i budgetprocessen at vurdere størrelsen og behovet

for eventuelle tilpasninger af hjemmeplejens del af det samlede ældreområdes budget. Derudover kan forudsætningerne indgå i den løbende økonomiske styring af hjemmeplejedistrikternes økonomi. Den løbende økonomiske styring behandles i kapitel 7 om budgetopfølgning.

### 5.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Ældreområdetets samlede budgetramme er disponeret på en række *delområder* inden for ældreområdet, herunder hjemmepleje, plejecentre og – alt efter organisering – rehabiliteringsforløb, hjælpemidler, sygepleje osv. Herudover kan en del af det samlede budget placeres i puljer under fagchefen. Delområdernes budgetter disponeres derudover til de enkelte *decentrale enheder* (fx hjemmeplejedistrikter, plejecentre og andre udførerenheder). Også på dette niveau kan dele af budgettet til hjemmeplejen placeres i en pulje under en eventuel områdeleder, fx til at afholde udgifter til beklædning eller kørsel, jf. afsnit 4.3.

Størrelsen af de enkelte *delområders* budgetter tager typisk udgangspunkt i delområdernes budgetter det foregående år med ændringer som følge af politiske beslutninger i budgetprocessen. I alle syv kommuner er hjemmeplejen som hovedregel aktivitetsstyret, jf. afsnit 4.3. Derfor lægges hovedparten af de budgetterede midler til hjemmepleje i myndighedsbudgettet, også nogle steder kaldet "bestillerbudgettet".

Disponeringen af budgettet på de enkelte hjemmeplejedistrikter tager ligeledes typisk udgangspunkt i det foregående års budget til de pågældende distrikter. Da hjemmeplejen er aktivitetsafregnet, afhænger budgettet blandt andet af det forventede antal visiterede hjemmeplejetimer til hvert distrikt. I nogle deltagerkommuner udarbejder økonomikonsulenten prognoser for det forventede antal visiterede hjemmeplejetimer til de forskellige distrikter i løbet af året. Disse prognoser kan indgå i disponeringen af budgettet på de enkelte distrikter. Forventningen til antal visiterede timer til hvert distrikt kan være baseret på antallet af visiterede timer det foregående år eller på skøn enten fra økonomikonsulenten eller distriktslederne på baggrund af det hidtil antal visiterede timer til hvert distrikt i indeværende år.

I løbet af budgetprocessen kan hjemmeplejens eller enkelte distrikters budgetter tilpasses, hvis man fx har vedtaget at sænke serviceniveauet, intensivere rehabiliteringsindsatsen eller indføre en bestemt velfærdsteknologi i hjemmeplejen. Ligeledes kan budgettet til § 83a-forløb blive tilpasset, fx som følge af effektiviseringskrav eller fordi aktivitetsniveauet ikke svarer til rammens størrelse. Tilsvarende kan budgetudvidelser, fx som følge af en demografimodel, fordeles ligeligt på delområder eller tilføres delområder, der forventes at blive særligt påvirkede af den demografiske udvikling.

For at beregne de budgetmæssige konsekvenser af fx ændringer i serviceniveauet, organisatoriske ændringer eller omlægning af indsatser fra kompenserende til rehabiliterende anvender kommunerne en række forudsætninger. Nogle væsentlige budgetforudsætninger for budgettet til hjemmeplejeområdet kan være:

- Aktivitetsniveauet (antal visiterede timer, ydelser, pakker eller forløb)
- Brugerandel (andel af borgere i bestemte aldersgrupper, der modtager hjælp)
- Timepriser (herunder beregningsmetode)
- Forudsat BTP (brugertidsprocent, dvs. den andel af arbejdstiden en medarbejder i hjemmeplejen bruger hos borgeren, samt baggrunden for denne forudsætning)
- Serviceniveau (herunder klarhed om konsekvenser for økonomien ved ændringer i serviceniveauet).

Selvom alle deltagerkommunerne beregner og anvender aktivitetstal, timepriser og BTP i deres økonomistyring, er der forskel på, hvor klart og eksplicit disse forudsætninger indgår som grundlag for at vurdere, om budgettet har en størrelse, så det er "realistisk" at overholde for hjemmeplejen og for de enkelte distrikter.

Kortlægningen giver indtryk af, at der er forskel mellem deltagerkommunerne på, i hvor høj grad der er klarhed over, hvilke forudsætninger der danner grundlag for størrelsen på og disponeringen af hjemmeplejens budget. Der er altså forskel på, i hvor høj grad man arbejder med eksplicite budgetforudsætninger. Dermed er der også forskel på, hvor gennemsigtigt det i budgetlægningen er for politikere og ledere, hvad fx en beslutning om ændret serviceniveau betyder for økonomien, eller hvad en budgetreduktion betyder for serviceniveauet. Tilsvarende er der forskel på, hvor gennemsigtigt det er i budgetopfølgningen, om eventuelle overskridelser af budgettet fx skyldes, at der er sket en generel aktivitetsstigning, eller at den forudsatte timepris eller BTP ikke har kunnet realiseres.

En myndighedsleder beskriver fordelene ved at have klare budgetforudsætninger, her forstået som en klarhed om, hvad den økonomiske konsekvens af et stigende antal ældre er:

*Interviewer: Så hvad sker der, hvis det ser ud som om, det kommer til at knibe med myndighedsbudgettet?*

*Myndighedsleder: Så er det sådan, det må være. [...] Så må ældrechefen og jeg gå til politikerne sammen – det er jo der, hvor vi er så privilegerede over, at vi har synliggjort hele vejen igennem over for politikerne, at vi har et stigende antal ældre. Hvis det nu på et tidspunkt viste sig, at jeg ikke kunne holde det her budget, så er det jo ret tydeligt, fordi der kommer flere ældre. Så må vi i dialog med dem [politikere, red.] om, om vi skal tilpasse kvalitetsstandarderne, eller de kan finde nogle flere penge til os.*

En tilsvarende beskrivelse fra en økonomichef i en anden deltagerkommune forklarer, hvordan klarhed om budgetforudsætningerne kan give politikerne et bedre grundlag for at vurdere nødvendigheden af tilpasninger i enten budgettet eller serviceniveauet.

*Vi forsøger at ramme et realistisk billede af, hvad koster det, at der kommer flere ældre. Det viser vi politikerne, og så er det op til dem enten at skære i servicen på området eller finde pengene på et andet område, og dermed er det ikke demografitildelingen, vi ændrer på. (Økonomichef)*

Et tredje eksempel er fra Vordingborg Kommune, der beskriver, hvordan de foretager differentierede beregninger af timepriser på baggrund af en intern undersøgelse af, hvor meget tid medarbejderne bruger på kørsel i de forskellige distrikter. I beregningen af timepriser indgår desuden en differentiering på baggrund af, hvilket tidspunkt på døgnet en ydelse skal leveres.

Deltagerkommuner med en høj grad af klarhed over forudsætningerne for hjemmeplejens budget har ifølge deres egne erfaringer relativt let ved at identificere, hvad årsagen er til eventuelle udfordringer med at overholde budgettet, eller hvad eventuelle mindreforbrug skyldes. Deltagerkommuner med mindre klarhed over budgetforudsætningerne har derimod erfaring for, at det kan være vanskeligt at pege på sådanne årsager.

Eksempelvis har der i Mariagerfjord Kommune været mindre klarhed om budgetforudsætninger for myndighedsbudgettets (herunder hjemmeplejebudgettets) størrelse. Kommunen har dog i

2019 igangsat en proces, der skal sikre en bedre sammenhæng mellem aktivitet, serviceniveau og budgettets størrelse. Tidligere var der ikke en klar sammenhæng, og kommunen giver udtryk for, at det blandt andet derfor har været vanskeligt at afgøre, i hvilken grad budgetoverskridelser skyldtes styringsudfordringer eller underbudgettering.

Følgende citater fra en af kommunerne giver desuden et indtryk af udfordringerne ved ikke at have klare budgetforudsætninger. Derudover illustrerer citaterne, hvilken styringspraksis kommunen arbejder hen imod.

*Men den vi havde en udfordring med var tildelingsmodellen. Der var ligesom en masse ting, der var bygget på. Hver eneste gang nogle havde gjort noget, rettede vi den lige lidt til. Lige pludselig blev det en tildelingsmodel, som var startet i 2011/2012 eller tidligere, og hvor der så var blevet puttet nye ting på løbende. Det vil sige, at der sad to herinde [i økonomiforvaltningen, red.], der kunne overskue den, men centerlederne havde ikke en chance for at se, om de fik de rigtige penge. Det er det, vi arbejder på. Vi vil gerne lave tildelingsmodel, der er enkelt, så den er nem at forklare, og så både vores distriktsledere og centerledere forstår, hvordan vi tildeler pengene. (Økonomichef)*

*Før var det et kludetæppe, hvor man flyttede rundt på brikkerne, efter hvad der var rimeligt. Det betød også, at der sidste år var et mindre forbrug på hjemmeplejen, de udførende, og et merforbrug på nogle af centrene, hvor vi også flyttede lidt rundt på tingene. [...] Udgangspunktet er, at vi gerne vil hen og have en nogenlunde sammenhæng mellem budget og forbrug, og så ved vi godt, at det kan flytte sig lidt. Sådan at man mellem områderne kan holde pengene. (Fagchef)*

*Men meningen er jo, at vi stille og roligt gerne vil have et mere solidt budget, som vi ikke går og reparerer på hele tiden. Så det er gennemsigtigt for politikere og borgere. (Fagchef)*

Faaborg-Midtfyn Kommune har været præget af mange organisationsændringer, der har gjort det vanskeligt at skabe klarhed over, hvilke aktiviteter der var grundlag for forskellige organisatoriske enheders budget. Efter organisationsændringen i 2018 har kommunen arbejdet med at skabe større klarhed om forudsætningerne for disponeringen af budgettet til de forskellige hjemmeplejegrupper. Det er kommunens vurdering, at dette har bidraget til at skabe bedre overblik og styring.

Der er således generelt enighed blandt deltagerkommunerne om, at det er en fordel at have klarhed over budgetforudsætningerne, både for at give lederne på ældreområdet bedre muligheder for at styre økonomien og for at give politikerne et bedre grundlag for at træffe beslutninger om eventuelle justeringer i budget og serviceniveau.

### 5.3.2 Vurdering

VIVE vurderer på baggrund af kortlægningen, at det er en fordel for tilpasningen af budgettets størrelse og for den økonomiske styring, at der er klarhed om, hvilke forudsætninger der ligger til grund for disponeringen af ældreområdets budget på delområder og distrikter og dermed for størrelsen af det samlede budget til ældreområdet. De to referencekommuner har tilsyneladende i mindre grad end de øvrige deltagerkommuner haft klare budgetforudsætninger og arbejder for i højere grad at få det. Kommunerne kan med fordel anvende budgetforudsætninger

om aktiviteter, brugerandel, timepriser, BTP og serviceniveau. Klarhed om sådanne forudsætninger kan understøtte sammenhængen mellem budget og forudsat serviceniveau. Derudover kan forudsætningerne understøtte en detaljeret ressourcestyring og budgetopfølgning i løbet af året, jf. kapitel 7.

Desuden er det på baggrund af deltagerkommunernes erfaringer VIVEs vurdering, at det er væsentligt, at budgetberegningerne er gennemsigtige, så politikere og ledere på chef- og direktørniveau kan få indblik i fx de økonomiske konsekvenser af ændringer i serviceniveauet, eller omvendt. Det er med til at understøtte sammenhængen i den kommunale styringskæde.

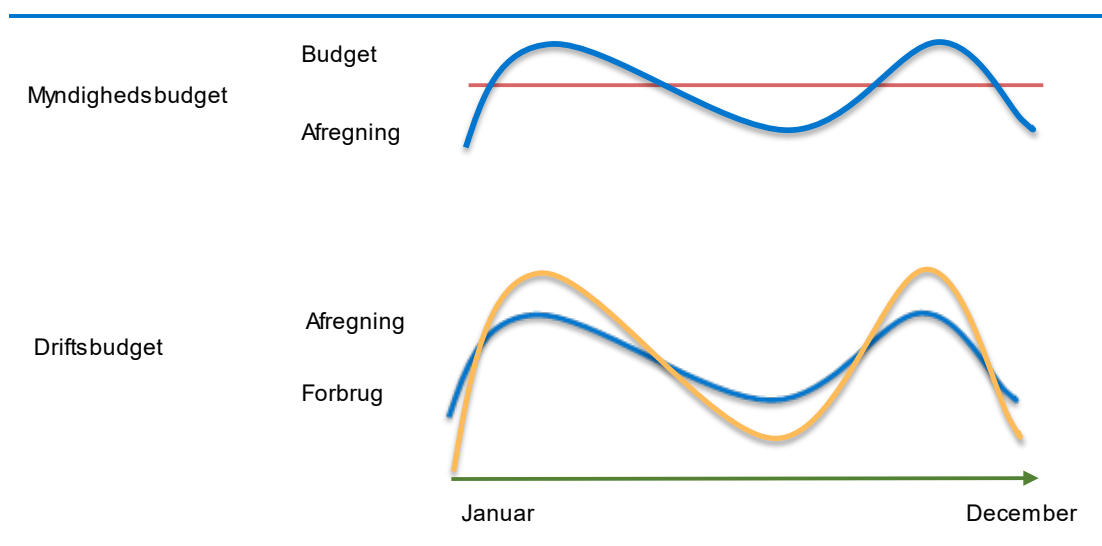
## 5.4 Budgetansvar – to bundlinjer

I dette afsnit afdækkes og vurderes deltagerkommunernes placering og håndtering af budgetansvar, dvs. den måde, hvorpå kommunerne arbejder med at overholde og ramme henholdsvis myndighedsbudgettet og driftsbudgetterne. Der fokuseres primært på hjemmeplejen, da økonomien til dette område er større end til § 83a-forløbene. Sidstnævnte berøres dog også.

### 5.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Hjemmeplejen aktivitetsafregnes i alle syv deltagerkommuner og denne del af kommunens udgifter ligger ved årets start i myndighedsbudgettet, hvorfra udførerne afregnes for hjemmeplejeydelser. For at myndighedsbudgettet overholdes, skal der ikke visiteres (og afregnes) flere aktiviteter, end der er ressourcer til inden for budgetrammen. Samtidig har udførerne hver deres driftsbudget. Hvis driftsbudgetterne skal overholdes, skal udførerfunktionen ikke have højere udgifter, end hvad der svarer til afregningen fra myndighed. Nogle deltagerkommuner taler om dette som ”to bundlinjer”, de skal holde øje med for at sikre budgetoverholdelse for hjemmeplejeområdet som helhed. Figur 5.1 illustrerer de to bundlinjer.

**Figur 5.1** De to bundlinjer – myndighedsbudget og driftsbudget



Den øverste del af Figur 5.1 illustrerer udviklingen i myndighedsbudgettet (rød linje) og myndighedsforbruget (blå kurve) i et fiktivt budgetår. Den røde linje angiver således det tildelte myndighedsbudget fordelt over året, mens den blå kurve angiver afregningen til hjemmeplejen på baggrund af et antal timer ganget med en timepris. Overholdelsen af myndighedsbudgettet

kræver som nævnt, at der ikke visiteres flere timer, end det er forudsat inden for myndighedens budgetramme. Det vil sige, at arealet under den blå kurve samlet set over året skal svare til arealet under den røde linje. Afregningen til hjemmeplejen er dog sjældent jævnt fordelt over året og den blå kurve svinger derfor over året.

Den nederste del af Figur 5.1 illustrerer udviklingen i udførerenhedernes indtægter (blå kurve) og udgifter (gul kurve) i det samme fiktive budgetår. Den blå kurve angiver her ressourcetilførslen (aktivitetsafregningen) til den enkelte udførerenhed fra myndighedsbudgettet. Den gule kurve angiver udførerenhedens realiserede forbrug. Overholdelsen af driftsbudgettet kræver som nævnt, at udgifterne i hjemmeplejen ikke overstiger indtægterne, dvs. afregningen fra myndighed. Det vil sige, at arealet under den gule kurve samlet set over året ikke må overstige arealet under den blå. I visse måneder er der højere udgifter end indtægter, fx ved udbetaling af ferietillæg. I disse måneder ligger den gule kurve over den blå. I andre måneder vil det derfor være nødvendigt, at udgifterne er lavere end indtægterne, hvis budgettet skal overholdes. Det vil sige at den gule kurve i nogle perioder skal ligge under den blå. En stor del af den økonomiske styring af driftsbudgetterne består i at håndtere disse udsving over året og tilpasse udgifterne til udsving i afregningen, jf. også kapitel 7 om budgetopfølgning.

### Myndighedsbudgettet – et fælles ansvar?

I alle syv kommuner er det i udgangspunktet myndighedslederen, der har det formelle budgetansvar for myndighedsbudgettet. Det vil sige, at det formelt er myndighedslederens ansvar at myndighedsbudgettet overholdes. I praksis kan der være forskel på visitorernes grad af økonomisk bevidsthed og opmærksomhed på budgettet. Desuden kan det i varierende grad opfattes som et fælles ansvar mellem myndighed og udførere, at myndighedsbudgettet overholdes. Figur 5.2 illustrerer et kontinuum, der beskriver, om overholdelse af myndighedsbudgettet primært opfattes som myndigheds eget ansvar (venstre side), eller om udførerne påtager sig et medansvar (højre side).

**Figur 5.2** Budgetansvar for myndighedsbudgettet



Hvis en kommune ligger langt til venstre i Figur 5.2, ses det fx i høj grad som myndigheds opgave at indhente informationer om borgere som grundlag for at tilpasse ydelsesniveauet til ændrede behov hos borgeren. Hvis en kommune ligger langt til højre i Figur 5.2, opfattes det i højere grad som et fælles ansvar mellem myndighed og drift at overholde myndighedsbudgettet. Driften kan blandt andet bidrage hertil ved at give myndighed præcise og tilstrækkelige tilbagemeldinger om ændringer i borgeres funktionsniveau som grundlag for justering af ydelsesniveauet til den enkelte. Se også kapitel 6.

Det er vanskeligt at placere deltagerkommunerne entydigt på kontinuummet i Figur 5.2. Kortlægningen giver dog en indikation af visse forskelle i deltagerkommunernes kultur for, i hvor høj grad overholdelsen af myndighedsbudgettet opfattes som et fælles ansvar.

Det er VIVEs indtryk ud fra interviewene, at der i flere deltagerkommuner er en kultur, hvor udfører og myndighed samarbejder om, at myndighedsbudgettet overholdes. I flere af disse kommuner er også visitorerne opmærksomme på og opfatter sig som medansvarlige for at



bidrage til, at myndighedsbudgettet overholdes. Det kommer blandt andet til udtryk i følgende citater fra interviewpersoner i to forskellige kommuner:

*Der er en løbende dialog mellem distriktslederne på ude-områderne og lederen af visitationen, hvor det er et fælles ansvar at få bestillerkassen til at hænge sammen. [...] Hvis ikke den hænger sammen, så... [...] der er en forståelse af, at myndighedschefen ikke kan styre det her alene. Hun er vildt afhængig af, at distriktslederne spiller med på, at det hænger sammen. (Fagchef)*

*Jeg tror, at det handler meget om kultur. At de [udførerledere og myndighedsleder, red.] sidder sammen, der er en kultur om, at der er et samlet område, man er ikke kun sig selv. De har primært fokus på eget område, men de har en fælles forståelse og sidder og taler om det. (Økonomikonsulent)*

*Nærheden til hjemmeplejelederne er også vigtig der. [...] Når det er mit budget, der ser skrøbeligt ud, er det jo dem, jeg skal have fat i – vi er nødt til at være sammen om at få det til at køre. [...] Vi forstår det alle sammen, at vi er afhængige af hinanden – vi er ikke øer. Vi kan jo ikke selv. (Myndighedsleder)*

Også i de øvrige deltagerkommuner er der fokus på at understøtte en kultur, hvor det i højere grad end tidligere bliver forstået og praktiseret som et fælles ansvar for myndighed og udførere – og for myndighedsleder og visitatorer – at myndighedsbudgettet overholdes. Kulturarbejdet ses blandt andet i følgende citater:

*Noget af den kultur, vi har kunnet se gennem årene, som har været uhensigtsmæssigt, er, at myndighed og drift har kæmpet. Jeg har ikke en forståelse af, at de kæmper mod hinanden i dag. De er hinandens nødvendige. (Fagchef)*

*Det er også derfor, jeg er interesseret i, at vi er mere fælles om det og mere fælles, når vi er ude og revisitere, så får vi lidt mere balance. Så er incitamentet også til at syntes, vores arbejde giver lidt mere mening, at vi har balance. Der er ikke noget ved, at man går ud og revisiterer, hvis man bare disponerer, som man selv synes. (Myndighedsleder)*

Der er således enighed blandt deltagerkommunerne om, at det er en fordel at skabe en opfattelse af og praksis for, at det er et fælles ansvar for myndighed og udførere at bidrage til at overholde myndighedsbudgettet. Det er særligt vigtigt på områder med aktivitetsafregning, jf. afsnit 4.3. Derudover ser det ud til at være væsentligt, at også visitatorerne opfatter sig som medansvarlige.

### **Driftsbudgetterne i hjemmeplejen og for § 83a-forløb**

Budgetansvaret for driftsbudgetterne i hjemmeplejen er i alle syv deltagerkommuner placeret i henhold til kommunens organisering. I de fire kommuner, der har en områdeleder af hjemmeplejen – Faaborg-Midtfyn, Mariagerfjord, Middelfart og Høje-Taastrup – har områdelederen et samlet budgetansvar for hjemmeplejens driftsbudget. Hver distriktsleder har ansvar for at overholde sit eget distrikts budget, men det formelle budgetansvar er placeret hos områdelederen. I de tre kommuner – Varde, Vordingborg og Favrskov – der har geografisk opdelte distrikter med hjemmepleje, sygepleje og/eller plejecentre, har den enkelte distriktsleder budgetansvaret for det samlede distrikts budget på tværs af delområder.

Budgetansvaret for driftsbudgetter, der vedrører rehabiliteringsforløb, følger også organiseringen. Lønnen til de medarbejdere i hjemmeplejen, der udfører rehabiliteringsforløb, indgår i hjemmeplejens driftsbudgetter. Budgetansvaret vedrørende de medarbejdere, der arbejder med rehabiliteringsforløb uden for hjemmeplejen er typisk placeret hos lederen af den enhed, hvor medarbejderen er ansat. I Favrskov og Faaborg-Midtfyn Kommuner er § 83a-medarbejderne placeret under visitationen, og myndighedslederen har budgetansvaret. I Mariagerfjord Kommune ligger budgetansvaret hos den distriktsleder, der har ansvaret for rehabiliteringsteamet. I Høje-Taastrup, Middelfart, Varde og Vordingborg Kommuner er terapeuterne, der arbejder med rehabilitering, placeret i et team. Lederen af rehabiliteringsteamet har budgetansvaret.

De enkelte ledes mulighed for at løfte budgetansvaret for driftsbudgetterne afhænger af flere forhold, herunder ikke mindst budgetopfølgningens proces og indhold. Dette er behandlet i kapitel 7.

#### 5.4.2 Vurdering – budgetansvar

På baggrund af deltagerkommunernes praksis er det VIVEs vurdering, at det er væsentligt for den økonomiske styring, at det formelle budgetansvar for henholdsvis myndighedsbudgettet og driftsbudgetterne er entydigt placeret. Dermed er det klart, hvem der har ansvaret for, at et budget overholdes, og hvem der har pligt til at tage initiativ til at forsøge at rette op på et forventet merforbrug, der konstateres i løbet af året.

Deltagerkommunernes erfaringer giver desuden VIVE grundlag for at vurdere, at man med fordel kan arbejde for at udvikle en opfattelse af et fælles ansvar for, at både myndighed og udførere bidrager til at overholde myndighedsbudgettet. Desuden synes det væsentligt, at visitatorerne er opmærksomme på og opfatter sig som medansvarlige for at bidrage til, at myndighedsbudgettet overholdes. Deltagerkommunerne arbejder på forskellige måder med at øge den fælles ansvarsfølelse for særligt myndighedsbudgettet. Det sker blandt andet i dialogen mellem myndighed og udførere om opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb (jf. kapitel 6) samt om budgetopfølgning (jf. kapitel 7).

### 5.5 Overførselsadgang – principper og praksis

I dette afsnit kortlægges og vurderes kommunernes principper for overførselsadgang og udmøntning heraf. Overførselsadgang drejer sig om de lokalt fastlagte regler for at overføre eventuelle mer- eller mindreforbrug til næste års budget. Ved overførsel af merforbrug vil man skulle indhente et underskud det efterfølgende budgetår eller evt. over en årrække. Ved overførsel af mindreforbrug overføres uforbrugte midler til næste års budget.

Hvis der ikke er overførselsadgang, kan et merforbrug på ét delområde finansieres enten af mindreforbrug på andre dele af ældreområdet, på områder inden for det politiske udvalgs budgetramme, på andre områder i kommunen eller af kassen (kassefinansierede tillægsbevillinger).

Deltagerkommunerne følger i forskellig grad i praksis deres formelle principper for overførselsadgang. I det følgende behandles såvel de formelle regler for overførselsadgang som håndteringen af reglerne i praksis.

## 5.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

### Myndighedsbudgettet

Deltagerkommunernes formelle principper for overførselsadgang for myndighedsbudgettet fremgår af Tabel 5.2.

**Tabel 5.2** Principper for overførselsadgang – myndighedsbudgettet

Overførselsadgang	Kommune
Ja	Faaborg-Midtfyn (mindreforbrug op til 2 %, merforbrug ingen begrænsning) Middelfart (ingen begrænsning, mer-/mindreforbrug > 5 % kræver handleplan) Varde (op til 5 %)
Nej	Favrskov Høje-Taastrup Mariagerfjord Vordingborg

Tre af deltagerkommunerne har overførselsadgang for mer- og mindreforbrug på myndighedsbudgettet, mens fire kommuner ikke har det. Der er forskellig praksis mellem deltagerkommunerne for, i hvor høj grad principperne er blevet fulgt i de seneste fem år. Begrundelserne for at afvige fra principperne er fx ekstraordinære situationer, eller at myndighedsbudgettet har været beregnet ud fra, hvad der opfattes som urealistiske forudsætninger.

De tre kommuner, der har overførselsadgang på myndighedsbudgettet – Faaborg-Midtfyn, Middelfart og Varde – har forskellige erfaringer hermed. Middelfart Kommune har i høj grad fulgt principperne for overførselsadgang, mens det i mindre grad er tilfældet i Faaborg-Midtfyn og Varde Kommuner. I Varde Kommune har der været praksis for, at merforbrug på ét område dækkes af mindreforbrug på et andet område inden for ældreområdet eller inden for det politiske udvalgs område. Faaborg-Midtfyn Kommune har i de seneste fem år i praksis måttet give flere kassefinansierede tillægsbevillinger for at dække merforbrug på myndighedsbudgettet. Ifølge kommunen har der været tale om ekstraordinære situationer, der har begrundet de kassefinansierede tillægsbevillinger.

Også de fire kommuner, der ikke har overførselsadgang på myndighedsbudgettet – Favrskov, Høje-Taastrup, Mariagerfjord og Vordingborg – har haft forskellig praksis for dækning af merforbrug på myndighedsbudgettet. Eksempelvis finansieres eventuelt merforbrug i Favrskov Kommune i udgangspunktet inden for de dele af ældreområdets budget, der ikke er omfattet af decentraliseringsaftaler. Derudover er der blevet givet kassefinansierede tillægsbevillinger i 2015, 2016 og 2018. Mariagerfjord Kommune har indtil 2019 haft en praksis, hvor merforbrug blev dækket enten af andre delområder eller af demografipuljemidler, der var placeret hos fagchefen. Denne praksis er kommunen gået væk fra og arbejder i stedet på at udvikle klare principper for, hvordan eventuelle mer- og mindreforbrug håndteres. Høje-Taastrup Kommune har flere gange haft merforbrug på myndighedsbudgettet. I nogle tilfælde er det dækket af mindreforbrug på plejecentrene, og i andre tilfælde af en kassefinansieret tillægsbevilling.

### Driftsbudgetterne

Deltagerkommunernes formelle principper for overførselsadgang for driftsbudgetterne i hjemmeplejen fremgår af Tabel 5.3. Alle deltagerkommuner har overførselsadgang for driftsbudgetterne. Tabellen beskriver således de konkrete principper for overførsel af henholdsvis mer- og mindreforbrug i driften.

**Tabel 5.3** Principper for overførselsadgang – driftsbudgetter

	Mindreforbrug	Merforbrug
Favrskov	Ingen formel begrænsning, dog: > 10 % kræver beskrivelse til direktion > 5 % kræver beskrivelse til fagchef	Ingen formel begrænsning, dog: > 5 % kræver beskrivelse til direktion > 2,5 % kræver beskrivelse til fagchef
Faaborg-Midtfyn	Op til 4 %	Ingen formel begrænsning
Høje-Taastrup	Op til 2 %, dog max 0,5 mio. kr.	Ingen formel begrænsning
Mariagerfjord	Op til 5 %	Op til 5 %
Middelfart	Ingen formel begrænsning, dog: > 5 % kræver handleplan	Ingen formel begrænsning, dog: > 5 % kræver handleplan
Varde	Op til 5 %	Op til 5 %
Vordingborg	Op til 3 %	Ingen formel begrænsning

Det fremgår af Tabel 5.3, at der er forskel mellem kommunerne på, hvor store mer- eller mindreforbrug der formelt kan overføres. Typisk er grænsen for overførsel af merforbrug højere end for overførsel af mindreforbrug.

Tre deltagerkommuner – Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup og Vordingborg – har ingen formel begrænsning for overførsel af merforbrug på driftsbudgetterne. I praksis er det dog i alle de tre kommuner sådan, at der foretages en konkret vurdering af årsagerne til merforbruget, hvorefter der træffes beslutning om, hvor meget af merforbruget der overføres. I vurderingen lægges der blandt andet vægt på, om der er strukturelle årsager til merforbruget.

I Faaborg-Midtfyn Kommune gælder overførselsadgangen for det samlede hjemmeplejebudget. Derudover flytter kommunen typisk midler fra hjemmeplejedistrikter med overskud til hjemmeplejedistrikter med underskud ved årsafslutning. Det sker som kompensation for, at man i kommunen har samme timepris i alle distrikter, selvom der er væsentlige forskelle mellem distrikternes køreafstand mellem borgerne.

To kommuner – Mariagerfjord og Varde – har en grænse for overførsel af både mer- og mindreforbrug på op til 5 % af driftsbudgettet. I Mariagerfjord kræver afvigelse af en vis størrelse desuden beskrivelser af årsagen til afvigelsen samt en handleplan for, hvordan under- eller overskuddet afvikles. Behovet for sådanne beskrivelser og handleplaner vurderes løbende. I Mariagerfjord er principperne i en vis udstrækning blevet fulgt i praksis, men der er også sket konkrete vurderinger i enkeltsager, hvor der kun er sket hel eller delvis overførsel. Varde Kommune har generelt haft praksis for, at merforbrug på ét område dækkes af mindreforbrug på et andet område inden for ældreområdet eller inden for udvalgets område. Derfor er mer- og mindreforbrug ikke altid blevet overført.

To kommuner – Favrskov og Middelfart – har formelle regler for, at overførsler af mer- eller mindreforbrug af en vis størrelse kræver, at der udarbejdes en plan for afviklingen heraf. Kommunerne har dog ingen formel begrænsning for overførsel af merforbrug på driftsbudgetterne. Begge kommuner følger sine formelle principper for overførselsadgang på driftsbudgetterne.

### 5.5.2 Vurdering

Kortlægningen viser, at deltagerkommunerne typisk har klare, formelle principper for adgang til at overføre mer- og mindreforbrug fra ét budgetår til det næste. Det gælder både myndig-

heds- og driftsbudgettet. For myndighedsbudgettet er kommunernes formelle principper forskellige, således at nogle kommuner har formel overførselsadgang mens andre ikke har. For driftsbudgetterne har alle deltagerkommuner formelle principper om ret og pligt til overførsel efter nærmere specificerede regler. Det er ikke muligt ud fra analysen at sige entydigt, om det er mest hensigtsmæssigt for den økonomiske styring at have formel overførselsadgang eller ej, hverken for myndighedsbudgettet eller driftsbudgetterne. Dog kan klare formelle principper for overførselsadgang potentielt skabe et bedre grundlag for den økonomiske styring, da de budgetansvarlige ledere kan have en forventning til, hvad der vil ske med et mer- eller mindre-forbrug ved årsafslutning.

Ud fra deltagerkommunernes erfaringer er det dog VIVEs vurdering, at det i langt højere grad er klarhed om praksis snarere end formelle principper for overførsler, der er væsentligst for den økonomiske styring. Denne praksis kan så følge eller afvige fra de formelle principper, dvs. man kan have en mere eller mindre fleksibel tilgang til efterlevelse af principperne. Det er på baggrund af kortlægningen VIVEs vurdering, at der kan være fordele og ulemper forbundet med begge tilgange.

På den ene side kan man argumentere for, at overførselsreglerne skal følges tæt i praksis, hvis de incitamenter, der ligger i reglerne, skal virke. Hvis der i princippet er overførselsadgang, men de budgetansvarlige alligevel oplever, at et opsparet overskud ikke overføres, eller at de får eftergivet merforbrug, så mindskes princippet troværdighed og dermed effekten af incitamentet. Dette taler for en tilgang, hvor formelle principper efterleves tæt i praksis. To af deltagerkommunerne med gode økonomiske resultater følger denne tilgang, nemlig Favrskov og Middelfart Kommuner.

Deltagerkommunerne erfarer samtidig, at opbakningen til en sådan stringent tilgang til overensstemmelse mellem princip og praksis kræver, at budgettildelingen til de enkelte distrikter og til myndighed opleves som retfærdig og realistisk. Det betyder eksempelvis, at timepriser til afregning i hjemmeplejen tager hensyn til strukturelle forskelle mellem distrikterne, fx geografi og socioøkonomi. Flere deltagerkommuner oplever desuden, at uforudsete hændelser i løbet af budgetåret kan forårsage så store merforbrug, at det opleves som urealistisk at indhente merforbruget, hvis det overføres fuldt. Kommunernes erfaringer peger således på, at der også kan være ulemper ved en stringent efterlevelse af overførselsprincipperne i praksis.

På den anden side oplever flere af deltagerkommunerne, at en mere fleksibel tilgang til efterlevelsen af de formelle principper i praksis har bidraget til at udvikle en kultur om fælles budgetansvar og økonomisk solidaritet på tværs af distrikter eller områder. Flere af disse deltagerkommuner har en mere eller mindre fast praksis for, at merforbrug på ét område helt eller delvist finansieres af mindreforbrug på andre områder. Det kan fx ske inden for hjemmeplejeområdet, dvs. mellem forskellige hjemmeplejedistrikter, eller mellem plejecenterområdet og hjemmeplejeområdet. Kommunernes erfaring er dog, at en sådan praksis kun i nogle tilfælde kan understøtte opbygningen af en fælles kultur, der understøtter den økonomiske styring, og at det kræver, at der er en fælles forståelse blandt de budgetansvarlige af, hvornår man kan forvente, at der afviges fra de formelle principper.

Samlet set er det på baggrund af kommunernes erfaringer VIVEs vurdering, at både den stringente og den mere fleksible tilgang til efterlevelse af overførselsprincipper under bestemte forudsætninger kan understøtte økonomistyringen. En stringent tilgang kræver, at budgettildelingen opfattes som legitim af de budgetansvarligt. En mere fleksibel tilgang kræver til gengæld klarhed om praksis, så der udvikles en fælles forståelse blandt de budgetansvarlige af, hvornår man kan forvente, at der afviges fra de formelle principper.

## 6 Visitation og opfølgning på borgeres ydelser og forløb

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes styring af visitation til og opfølgning på hjemmepleje og § 83a-forløb. I kapitlet behandles kommunernes visitationspraksis med særligt fokus på organiseringen af visitationsarbejdet, visitation til § 83a-forløb samt redskaber og procedurer til at understøtte visitationsarbejdet. Desuden ses der nærmere på deltagerkommunernes praksis i forhold til opfølgning på de enkelte borgeres ydelser og forløb.

Myndigheds afgørelse om visitation til hjemmepleje og § 83a-forløb skal altid ske inden for lovgivningens rammer og på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Deltagerkommunernes styring af visitationen til hjemmepleje og § 83a-forløb foregår derudover under hensyntagen til faglige og økonomiske rammevilkår, herunder strategier på området (jf. afsnit 2.2), de politisk vedtagne kvalitetsstandarder (jf. afsnit 2.3) og myndighedsbudgettet (jf. afsnit 5.4).

### 6.1 Konklusioner

#### Boks 6.1 Konklusioner – visitation og opfølgning

- **Fordele og ulemper ved forskellige opdelinger af visitationsarbejdet**

Der kan ikke ud fra analysen peges på den mest hensigtsmæssige måde at organisere visitationsarbejdet på. Deltagerkommunerne gør det forskelligt. Deres erfaringer ser dog ud til at pege i retning af, at man med fordel kan opdele visitationsarbejdet på en måde, som inden for lovgivningens rammer og det individuelle skøn understøtter en fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet udmøntes i visitationspraksis. Det kan bidrage til at sikre budgetoverholdelse, forudsat at budgettet afspejler det vedtagne serviceniveau, jf. også afsnit 5.3. Desuden kan visitationsarbejdet med fordel opdeles på en måde, som understøtter et godt samarbejde mellem visitatorer og planlæggere. Det kan bl.a. bidrage til at sikre løbende tilbagemeldinger fra hjemmeplejen om udvikling i borgerens behov og rettidige tilpasninger i visitationen. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan ændres eller øges.

- **Afklar rehabiliteringsterapeuternes rolle i visitation til § 83a-forløb**

De foreløbige erfaringer fra deltagerkommunerne peger i retning af, at man med fordel kan overveje at lade rehabiliteringsterapeuter foretage en afklaring eller indledende udredning af borgeren forud for eller som et led i visitationen til § 83a-forløb. En sådan praksis kan styrke sagsoplysningen og bidrage til hurtigt at få afklaret borgerens behov og potentiale.

- **Systematiser visitatorernes mulighed for faglig sparring om konkrete sager**

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan systematisere visitatorernes mulighed for faglig sparring om konkrete borgere med kolleger og ledere inden for ældreområdet. Faglig sparring kan understøtte visitatorernes vurdering af komplekse sager og dermed være med til at forbedre sammenhængen mellem behov og indsats for den enkelte borger. Desuden kan faglig sparring understøtte en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau, inden for lovgivningens rammer og det individuelle skøn, udmøntes i visitationspraksis. Både en fælles forståelse og sammenhæng mellem behov og indsats kan bidrage til at sikre, at det forudsatte udgiftsniveau realiseres og budgettet dermed overholdes, forudsat at der er sammenhæng mellem kommunens serviceniveau og budgettet.

## Boks 6.1 Konklusioner – visitation og opfølgning

- **Faglig sparring – også på tværs af forvaltninger**

Faglig sparring er relevant både i forhold til borgere, der primært eller udelukkende modtager indsatser på ældreområdet, og borgere, der modtager indsatser fra forskellige forvaltninger. Flere deltagerkommuner har således erfaringer med at systematisere faglig sparring om sager, der går på tværs af sektorområder.

- **Prioriter løbende, systematisk opfølgning**

Ved opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb foretager visitator en vurdering af, om igangværende indsatser skal fortsættes, ændres, øges, reduceres eller afsluttes. Analysen peger på, at løbende, systematisk dialog og samarbejde mellem myndighed og udfører om opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb er væsentlig for den økonomiske styring af hjemmepleje og § 83a-forløb. En sådan praksis kan bidrage til at sikre, at indsatser tages op til overvejelse, hvis borgerens tilstand ændrer sig, eller hvis indsatsen ikke virker efter hensigten. Dermed kan løbende opfølgning være med til at skabe overensstemmelse mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen – og dermed afregningen. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan justeres eller øges. Overensstemmelse mellem behov og indsats kan være med til at understøtte realiseringen af det forudsatte udgiftsniveau og dermed budgetoverholdelse, hvis der er sammenhæng mellem serviceniveau og budget.

- **Fokus på, at udfører melder tilbage til visitationen, hvis borgerens tilstand ændrer sig**

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan have fokus på, at udfører løbende imødekommer den lovbundne pligt til at oplyse myndighed om ændringer i borgerens tilstand, så myndighed kan revurdere og eventuelt reorganisere borgeren på et oplyst grundlag. Dette er med til at understøtte, at løbende opfølgning kan skabe sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov og indsatsen. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan justeres eller øges.

- **Prioriter opsporing og reorganisation af hjemmeplejemodtagere med potentiale for § 83a-forløb**

Deltagerkommunernes erfaringer peger på, at man med fordel kan have særligt fokus på at identificere og reorganisere borgere, som modtager hjemmepleje, og som vurderes egnede til at gennemføre et § 83a-forløb. Eksempelvis ved at lade rehabiliteringsmedarbejdere understøtte hjemmeplejepersonalets indsats for at opspore relevante borgere eller ved at have fokus på opsporing i supplerende opfølgingsrunder, jf. nedenfor. Det er væsentligt, at der er en løbende ledelsesmæssig opmærksomhed på og prioritering af opsporings- og reorganisationsarbejdet. Det gælder både myndighedsleder og udførerledere.

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

Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan prioritere medarbejderressourcer til supplerende opfølgning på udvalgte sagstyper eller fokusområder med jævne mellemrum. Eksempelvis sager udvalgt efter et antal visiterede timer eller efter forskellen mellem visiteret og leveret tid. Sådanne opfølgingsrunder er i deltagerkommunerne et vigtigt supplement til den løbende opfølgning. Supplerende opfølgingsrunder kan være med til sikre en bedre sammenhæng mellem borgerens aktuelle behov for hjælp og indsatsen – og dermed afregningen. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan ændres eller øges.

## 6.2 Organisering af visitationsarbejdet

I dette afsnit afdækkes og vurderes deltagerkommunernes organisering af visitationsarbejdet, herunder visitationskompetence, teamorganisering og praksis for opdeling af opgaveløsningen i visitationsarbejdet.

### 6.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

I alle syv deltagerkommuner er både myndighed og udfører organiseret under fagchefen med ansvar for ældreområdet, jf. også afsnit 3. I fem af de syv deltagerkommuner visiterer visitatorerne primært til paragraffer inden for ældreområdet, herunder hjemmepleje og § 83a-forløb. I Faaborg-Midtfyn og Varde Kommuner visiterer visitationsenheden også til ydelser inden for henholdsvis voksenalområdet og sundhedsområdet.

I alle deltagerkommunerne har de visitatorer, som visiterer til hjemmepleje og § 83a-forløb, i *udgangspunktet* fuld visitationskompetence. Med andre ord er visitators visitationskompetence ikke fastlagt ud fra beløbsgrænser, omfangsgrænser, sagstype eller lignende. I Mariagerfjord Kommune har visitator dog alene visitationskompetence til indsatser under 30 timer pr. uge. Denne praksis har kommunen haft siden 2016.

Deltagerkommunerne har typisk organiseret visitationsenheden i teams, der enten har ansvar for bestemte ydelsestyper, fx hjælpemidler, eller er tværgående, dvs. dækker flere paragrafområder eller målgrupper. Der er forskel på, hvor længe deltagerkommunerne har haft en teamorganisering af visitationen. Det er VIVEs indtryk, at de to referencekommuner har haft en teamstruktur i kortere tid end de øvrige deltagerkommuner. I Faaborg-Midtfyn Kommune er man fortsat i gang med at implementere en ny teamstruktur, hvor medarbejdere i samme team har forskellige fagligheder og specialer. Hensigten med denne organisering er at styrke det tværfaglige samarbejde og helhedsorientering i visitationsarbejdet. I Mariagerfjord Kommune har man ligeledes for nylig (2019) organiseret visitationen i team, bl.a. for at fremme den faglige sparring mellem visitatorerne og for at understøtte, at den enkelte visitator samarbejder med planlæggere fra forskellige hjemmeplejegrupper (dog inden for samme distrikt).

Tabel 6.1 viser kortlægningen af deltagerkommunernes praksis for opdeling af opgaveløsningen i visitationsarbejdet i relation til hjemmepleje og § 83a-forløb.

**Tabel 6.1** Deltagerkommunernes opdeling af visitationsarbejdet

Kommuner	Praksis for opdeling af opgaveløsningen
Favrskov	Geografi
Faaborg-Midtfyn	Fælles liste
Høje-Taastrup	Geografi
Mariagerfjord	Geografi (og CPR-numre)
Middelfart	Fælles sagsstamme
Varde	CPR-numre (egen sagsstamme)
Vordingborg	Geografi

Som det fremgår af Tabel 6.1, har deltagerkommunerne opdelt visitationens opgaveløsning på forskellige måder. Således er opgaverne i Varde Kommune opdelt efter CPR-numre, mens man i Favrskov, Høje-Taastrup, Mariagerfjord og Vordingborg Kommuner anvender en geografisk opdeling af opgaverne, hvor der suppleringsvis kan være en opdeling efter CPR-numre.



I Faaborg-Midtfyn Kommune vælger visitatorerne sager fra en fælles, prioriteret sagsliste, og i Middelfart Kommune arbejdes der i en struktur med fælles sagsstamme, hvor visitatorerne således ikke har egne sager. De to sidstnævnte kommuner har tidligere anvendt en geografisk opdeling af opgaveløsningen.

Deltagerkommunerne peger på en række økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved de forskellige måder at opdele visitationens opgaveløsning på. En fordel ved at opdele opgaverne efter CPR-numre eller ud fra en fælles sagsstamme er, at denne opdeling kan understøtte en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i praksis. Det sker ved, at visitator samarbejder med planlæggere fra forskellige hjemmeplejedistrikter og har ansvar for en differentieret borgergruppe, fx borgere fra både by- og landområder. En fælles forståelse af, hvordan serviceniveauet udmøntes i praksis, kan understøtte budgetoverholdelse, forudsat at serviceniveauet er afspejlet i budgettet, jf. afsnit 5.3. En ulempe ved, at den enkelte visitator samarbejder med planlæggere fra forskellige områder i kommunen, kan dog være, at visitator og planlægger har sværere ved at etablere et tæt samarbejde om borgerne og løbende dele oplysninger om borgernes tilstand og indsats.

En fordel ved en geografisk opdeling af opgaverne kan være, at denne opdeling – qua den løbende samarbejdsrelation – kan være med til at skabe et tæt samspil mellem den enkelte visitator og de enkelte planlæggere i hjemmeplejedistrikterne. Et sådant samspil kan ifølge flere af deltagerkommunerne være en økonomistyringsmæssig fordel, fordi det bidrager til, at visitator lettere får de fornødne, løbende tilbagemeldinger fra hjemmeplejen om udviklinger i borgerens behov, så hjælpen kan tilpasses det aktuelle behov. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan ændres eller øges. Se også afsnit 6.5 for en uddybning heraf. Desuden kan et tæt samarbejde mellem visitator og planlægger understøtte etableringen af en forståelse af et fælles ansvar for myndighedsbudgettet, jf. også afsnit 5.4. Endelig giver en geografisk opdeling mindre kørsel for visitatorerne i forbindelse med hjemmebesøg, møder med hjemmeplejen mv. Det er især en fordel i geografisk store kommuner. En ulempe, som nogle deltagerkommuner peger på, er dog, at en geografisk opgavefordeling kan medføre en risiko for, at myndighed og udfører i de forskellige geografiske områder over tid udvikler forskellige lokale forståelser af, hvordan serviceniveauet udmøntes.

## 6.2.2 Vurdering

Der er ligheder og forskelle i deltagerkommunernes organisering af visitationsarbejdet. Fælles for dem er, at både myndighed og udfører er organiseret under samme fagchef, og at visitator som hovedregel i udgangspunktet har ubegrænset visitationskompetence. Der er dog forskel på, hvordan deltagerkommunerne har opdelt visitatorernes opgaveløsning. Fire deltagerkommuner har en geografisk opdeling af visitationsansvaret, mens tre kommuner har fælles sagsstamme på tværs af alle visitatorer eller fordeler borgersagerne efter CPR-numre.

Det er VIVEs vurdering, at der ikke ud fra kortlægningen kan peges på den mest hensigtsmæssige måde at organisere visitationsarbejdet, herunder opgaveopdelingen, på. Der kan således være økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved de forskellige organiseringsformer. Deltagerkommunernes erfaringer ser dog ud til at pege i retning af, at man med fordel kan opdele visitationsarbejdet på en måde, som inden for lovgivningens rammer og det individuelle skøn understøtter en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i visitationspraksis. Det kan bidrage til at sikre budgetoverholdelse, forudsat at budgettet afspejler det vedtagne serviceniveau. Desuden kan man med fordel opdele visitationsarbejdet på en

måde, som understøtter et godt samarbejde mellem visitatorer og planlæggere. Det kan bidrage til at sikre løbende tilbagemeldinger fra hjemmeplejen om udvikling i borgerens behov og rettidige tilpasninger i den visiterede hjælp. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når den kan ændres eller øges.

Organiseringen af visitationsarbejdet er én vej til at understøtte en fælles forståelse af serviceniveauets udmøntning i visitationspraksis og samarbejdet mellem visitatorer og planlæggere. Deltagerkommunerne har også andre former for systematiseret praksis til at understøtte disse formål, fx faglig og kollegial sparring, jf. afsnit 6.4, samt opfølgning på individuelle borgers ydelser og forløb, jf. afsnit 6.5.

### 6.3 Visitation til § 83a-forløb

Formålet med rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a er at forbedre borgerens funktionsevne og dermed gøre borgeren så selvhjulpne som muligt samt reducere eller udsætte behovet for hjemmepleje efter § 83. I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes visitation til § 83a-forløb.

Der er forskellige indgange for borgeren til at blive visiteret til et § 83a-forløb. Nogle mulige indgange til et forløb fremgår af Boks 6.2.

#### Boks 6.2 Mulige indgange til § 83a-forløb

- Borgere, som ikke tidligere har fået hjælp, kontakter enten selv kommunen, eller henvises til kommunen af den praktiserende læge, hvis lægen vurderer, at borgeren har behov for hjælp.
- Borgere, som i forvejen modtager hjælp, fx hjemmepleje, og hvor det vurderes, at de kan få gavn af et § 83a-forløb (se også afsnit 6.5).
- Borgere, hvor deres situation og behov berettiger, at et § 83a-forløb forlænges eller erstattes af et nyt forløb.
- Borgere, der i forbindelse med udskrivning fra enten sygehus eller midlertidig plads kan tilbydes et § 83a-forløb.

#### 6.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Der er både forskelle og ligheder i deltagerkommunernes praksis for visitation til § 83a-forløb. Fælles for proceduren i deltagerkommunerne er, at visitator ud fra en helhedsvurdering af borgeren tager stilling til, om et tidsafgrænset og målrettet rehabiliteringsforløb kan forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmepleje. Visitator visiterer borgeren til et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes realistisk og meningsfuldt, at borgeren kan udvikle eller forbedre funktionsevnen via et rehabiliteringsforløb. Et fællestræk for deltagerkommunerne er, at alle nye borgere, dvs. borgere, som ikke tidligere har modtaget hjemmepleje, *som udgangspunkt* tilbydes et § 83a-forløb.<sup>24</sup> Desuden har alle deltagerkommunerne fokus på at identificere aktuelle modtagere af hjemmepleje, der vurderes at kunne have gavn af et rehabiliteringsforløb. Dette er uddybet i afsnit 6.5 om opfølgning. Tidsrammen for et § 83a-forløb

<sup>24</sup> Undtagelsestilfælde omfatter eksempelvis borgere med svær demens eller terminale borgere.

i deltagerkommunerne varierer typisk mellem fire og tolv uger og afhænger af borgerens situation og problemstilling.

Selvom deltagerkommunernes organisering er forskellig, har alle kommunerne ansat rehabiliteringsmedarbejdere, heriblandt ergo- og fysioterapeuter, til at varetage § 83a-forløb. Det fremgår af afsnit 3.3. Rehabiliteringsterapeuterne udfører i alle deltagerkommunerne afklaringsforløb eller anden form for indledende udredning af borgeren forud for eller som et led i visitationen. Der er dog variationer i, hvordan deltagerkommunerne konkret involverer rehabiliteringsterapeuter i visitationen til § 83a-forløb. Nedenfor følger eksempler på forskellige måder at involvere terapeuterne i visitationen af § 83a-forløb fra tre deltagerkommuner.

Siden december 2018 har rehabiliteringsterapeuterne i Middelfart Kommune gennemført afklarende forløb, *inden* der træffes afgørelse om, hvorvidt borgeren skal tilbydes et § 83a-forløb eller eventuelt skal visiteres til en anden indsats. Afklaringsforløb gennemføres i situationer, hvor visitator er i tvivl om, hvorvidt borgeren kan have gavn af et § 83a-forløb. Forløbene omhandler især praktisk hjælp, fx rengøring, og omfatter typisk, at terapeuten besøger borgeren en til to gange.

I Mariagerfjord Kommune har der de sidste cirka fire år været praksis for, at rehabiliteringsterapeuter gennemfører afklaringsforløb på baggrund af bestillinger fra visitationen eller henvendelser fra hjemmeplejepersonalet. De afklarende forløb gennemføres med henblik på stillingen til konkret handling. Ifølge kommunen resulterer et afklaringsforløb typisk i enten, at visitator visiterer borgeren til et § 83a-forløb, eller at rehabiliteringsterapeuten fortsætter forløbet med borgeren i en kortere periode, eventuelt med henblik på bevilling af et hjælpemiddel, fx en el-kost.

I Varde Kommune kan visitationen bestille en såkaldt funktions- og ADL-udredning<sup>25</sup> hos kommunens rehabiliteringsterapeuter, hvis der er tvivl om, hvorvidt borgeren kan have gavn af et § 83a-forløb eller evt. træning efter servicelovens § 86.<sup>26</sup> Indsatsen er målrettet borgere, hvor der er behov for en terapeutfaglig udredning af funktionsniveau, ressourcer og evt. træningspotentiale, før der tages stilling til bevilling af yderligere indsatser. Som alternativ til en funktions- og ADL-udredning kan visitatorerne trække på terapeuter i visitationen, som kan bevilge hjælpemidler, i en vurdering af, om borgerens behov kan afhjælpes med hjælpemidler alene.

### 6.3.2 Vurdering

Der er forskel mellem deltagerkommunerne på, hvordan rehabiliteringsterapeuterne inddrages i visitationen til § 83a-forløb. I nogle kommuner gennemfører terapeuterne afklaringsforløb forud for eventuel visitation til § 83a-forløb for at afdække, om der kunne være potentiale for en fokuseret og kortere indsats i stedet for et § 83a-forløb, mens terapeuterne i andre kommuner som led i visitationen til eller opstarten af § 83a-forløbet bidrager til udredningen af borgeren. Alle deltagerkommuner giver udtryk for, at det er væsentligt at få udrett borgeren relativt hurtigt i forbindelse med § 83a-forløb.

---

<sup>25</sup> ADL er en forkortelse for Almindelig Daglig Livsførelse. ADL-aktiviteter dækker over såvel de personlige aktiviteter såsom badning, påklædning og toiletbesøg som de mere sammensatte og udadvendte aktiviteter som eksempelvis at brygge en kande kaffe i fælleskøkkenet og hælde kaffen i koppen, indkøb, tøjvask, deltage i sociale arrangementer mv. Med en funktions- og ADL-udredning udredes borgerens funktionsniveau, ressourcer og evt. trænings- eller rehabiliteringspotentiale.

<sup>26</sup> Visitationen kan også bestille en funktions- og ADL-vejledning, som typisk er et kortere forløb sammenlignet med funktions- og ADL-udredningen.

På baggrund af deltagerkommunernes erfaringer er det VIVEs vurdering, at man med fordel kan overveje at lade terapeuterne udføre afklaringsforløb eller anden form for indledende udredning af borgeren forud for eller som et led i visitationen til § 83a-forløb. Ifølge deltagerkommunerne kan en sådan praksis styrke sagsoplysningen og på den måde bidrage til hurtigt at få afklaret borgerens behov og potentiale.

## 6.4 Procedurer og fast praksis i visitationsarbejdet

I dette afsnit behandles og vurderes deltagerkommunernes procedurer og faste praksis i visitationsarbejdet, herunder intern faglig sparring og samarbejde, straksvisitation og procedurer i forbindelse med borgeres udskrivning fra sygehus.

### 6.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

#### Kollegial og ledelsesmæssig sparring

Alle syv deltagerkommuner har en fast, formaliseret praksis for fælles faglige drøftelser internt i myndighed mellem visitatorer og ledere i visitationen. Drøftelserne drejer sig typisk om den faglige praksis, udmøntningen af kommunens serviceniveau samt sparring om og feedback på konkrete sager.

Tabel 6.2 viser eksempler på kollegial og ledelsesmæssig sparring i deltagerkommunerne for visitatorer, som visiterer til hjemmepleje og rehabiliteringsforløb. Eksemplerne afspejler den del af den faglige sparring, som er formaliseret via møder. Hertil kommer den løbende dag-til-dag-kommunikation, som kan være både skriftlig og mundtlig.

**Tabel 6.2** Eksempler på faglig sparring i deltagerkommunerne

Kommuner	Eksempler på kollegial og ledelsesmæssig sparring om sager vedrørende hjemmepleje og rehabiliteringsforløb
Faaborg-Midtfyn	Månedlige fagmøder mellem visitatorer (med afdelingsleder) Ugentlige monofaglige møder (med afdelingsleder)
Favrskov	Ugentlige møder mellem visitatorer (med teamleder)
Høje-Taastrup	Ugentlige fagmøder mellem visitatorer (med teamleder)
Mariagerfjord	Ugentlige sagsmøder mellem visitatorer (med myndighedsleder)
Middelfart	Ugentlige sparringsmøder mellem visitatorer (med myndighedsleder) Halvmånedlige tværfaglige sparringsmøder mellem visitatorer og med rehabiliterende terapeuter
Varde	Halvmånedlige teammøder mellem visitatorer Sparringsmøder ("Trekant") mellem visitator, visitatorkollega og myndighedsleder
Vordingborg	Ugentlige teammøder mellem visitatorer (myndighedsleder deltager halvmånedligt). Fagchef, fagspecialist og demenskonsulent deltager én gang om måneden

Note: I Vordingborg Kommune deltager fagchefen hver anden uge i de ugentlige teammøder på grund af vakant stilling som myndighedsleder.

Som det fremgår af Tabel 6.2, er den kollegiale og ledelsesmæssige faglige sparring i alle syv deltagerkommuner sat i system. I seks ud af syv kommuner er der ugentlige møder mellem visitatorerne – oftest med deltagelse af teamleder eller myndighedsleder – mens teammøderne i Varde Kommune er halvmånedlige. Teammøderne i Varde Kommune er desuden præget af at være af orienterende karakter. Dog er det muligt for visitatorerne at indkalde myndighedsleder og en visitatorkollega til et sparringsmøde efter behov, hvor konkrete sager kan drøftes.

Ifølge deltagerkommunerne drejer sagsdrøftelserne sig typisk om tvivlsager og om borgere med særligt komplekse problemstillinger, ofte med snitflader til øvrige forvaltningsområder.

Deltagerkommunerne peger på, at sparringsmøderne mellem visitatorerne – og oftest med deltagelse af en leder – kan understøtte den faglige og økonomiske styring af området på forskellige måder. For det første giver møderne visitatorerne mulighed for at søge faglig hjælp i vanskelige sager, hvilket kan understøtte sammenhængen mellem behov og indsats. Dette kan være særligt væsentligt, når der ikke er begrænsninger på den enkelte visitators visitationskompetence, jf. afsnit 6.2. For det andet peger deltagerkommunerne på, at sparringsmøderne er med til at fremme en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau udmøntes i visitationspraksis. Det sker både i forbindelse med sagsdrøftelser og mere principielle drøftelser. Deltagerkommunerne understreger samtidig, at der altid sker en konkret og individuel vurdering af hver enkelt sag. Endelig kan sparringsmøderne give ledelsen indblik i visitationsarbejdet og viden om kommende udgifter på området i tilfælde af komplekse sager.

### **Samarbejde på tværs af forvaltninger**

Det er VIVEs indtryk ud fra kortlægningen, at der i alle deltagerkommunerne sker sparring og samarbejde på tværs af afdelinger eller forvaltninger, især mellem ældreområdet og henholdsvis sundheds-, arbejdsmarkeds- og voksensocialområdet. Samarbejdet kan være formaliseret i form af tværfaglige møder eller mere ad hoc-præget, hvis situationen kræver det.

Eksempelvis har man i Middelfart Kommune etableret månedlige møder mellem myndighedslederen og en visitator på ældreområdet samt en teamleder og en socialrådgiver fra kommunens handicap- og psykiatrideling. På disse møder tales der om koordinering af indsatser og snitflader mellem ældre- og voksensocialområdet, eksempelvis gråzoner mellem forskellige paragrafområder. Ifølge kommunen er disse møder med til at frembringe tværgående løsninger og skabe bedre koordinering af indsatser, samtidig med at forvaltningernes forståelse for hinandens faglighed og situation styrkes. I Mariagerfjord Kommune afholder man lignende møder hver 14. dag.

Alle deltagerkommunerne giver udtryk for, at der i stigende grad er behov for et tættere samarbejde mellem ældreområdet og øvrige sektorområder – ikke mindst i relation til samspillet mellem servicelovens § 83, § 83a og § 85<sup>27</sup> – og at kommunerne inden for de seneste år på forskellig vis har prioriteret dette samarbejde om at samordne indsatser. Deltagerkommunerne understreger dog samtidig, at der fortsat er et uudnyttet potentiale for i højere grad at systematisere det tværgående samarbejde.

### **Straksvisitation**

De syv deltagerkommuner gør desuden i større eller mindre omfang brug af straksvisitation, dvs. hurtig sagsbehandling af akutte sager, fx ved udskrivning fra sygehus, eller af ikke-komplekse sager, fx bevilling af mindre hjælpemidler. Ifølge deltagerkommunerne kan der både være økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved straksvisitation.

På den ene side kan straksvisitation medvirke til at reducere sagsbehandlingstiden og de administrative omkostninger til sagsbehandling samt sikre, at borgerne får den nødvendige hjælp til tiden. Ifølge kommunerne kan en tidlig, forebyggende indsats og en hurtig indsats i akutsituationer betyde færre udgifter på længere sigt.

---

<sup>27</sup> Jf. bl.a. Ankestyrelsens principafgørelser 10-19 og 11-19.

På den anden side kan straksvisitation indebære, at den pågældende sag ikke er tilstrækkelig oplyst, hvilket kan betyde, at der ikke er overensstemmelse mellem borgerens behov og den bevilgede indsats. Der kan således være en risiko for, at borgeren enten over- eller underkompenseres som følge af straksvisitation, hvilket blandt andet kan betyde højere udgifter.

### **Udskrivning fra sygehus**

Kortlægningen viser, at alle syv deltagerkommuner har fast praksis for visitation til og koordinering af udskrivinger fra sygehus. Der er dog forskel på, hvordan deltagerkommunerne har organiseret dette arbejde.

I nogle af deltagerkommunerne er udskrivningen koncentreret på en eller få medarbejdere, som er erfarne i forhold til udskrivningsarbejdet. Eksempelvis har Mariagerfjord Kommune etableret et særligt udskrivningsteam bestående af to medarbejdere, som varetager visitation til og koordinering af udskrivinger fra sygehus. I andre kommuner skiftes visitatorerne til at have ansvaret for udskrivningen. For eksempel har Vordingborg Kommune etableret et callcenter, hvor et makkerpar på to visitatorer på skift har én uge i callcentret, hvor de udelukkende er beskæftiget med udskrivning. I hverdage deltager yderligere en visitator i udskrivningsarbejdet på skift.

Fire deltagerkommuner – Favrskov, Faaborg-Midtfyn, Mariagerfjord og Middelfart – har desuden etableret fremskudt visitation, hvor kommunale visitatorer er fysisk til stede på et eller flere sygehuse, og yderligere en deltagerkommune overvejer at indføre en sådan praksis. Ifølge nogle af deltagerkommunerne kan fremskudt visitation understøtte økonomistyringen ved at lette kommunens adgang til oplysninger om borgeren og sikre bedre planlægning af udskrivningen, hvorved antallet af (gen)indlæggelser – og dermed de kommunale udgifter til regionerne<sup>28</sup> – kan nedbringes.

En af de deltagerkommuner, som har fremskudt visitation, peger på, at meromkostningerne ved fremskudt visitation ikke står mål med de kommunale besparelser herved, og at den fremskudte visitation ikke har skabt de ønskede resultater. Ifølge kommunen hænger dette bl.a. sammen med, at patienterne er spredt mellem flere forskellige sygehuse, hvilket indebærer store transportomkostninger for visitatorerne, set i forhold til patientvolumen. Flere af de øvrige deltagerkommuner peger ligeledes på geografiske udfordringer, altså at patienterne er indlagt på en række forskellige sygehuse, som en væsentlig begrundelse for ikke at videreføre eller etablere fremskudt visitation.

Nogle deltagerkommuner har implementeret eller overvejer et alternativ til fremskudt visitation. Eksempelvis har Vordingborg Kommune etableret "Tage imod besøg", som indebærer besøg af kommunens sygeplejersker inden tre timer efter, at borgeren er kommet hjem fra sygehus eller ophold på en midlertidig plads.

Selvom deltagerkommunerne således har organiseret udskrivningsarbejdet forskelligt, anser alle kommunerne det som væsentligt, at der i forbindelse med overgangen mellem sygehus og kommune sker en hurtig og koordineret indsats. I den forbindelse giver deltagerkommunerne udtryk for, at der i deres udskrivningspraksis eksisterer et forbedringspotentiale i relation til mere systematisk at sikre en god overgang fra sygehus til et kommunalt tilbud eller til egen bolig. Det gælder eksempelvis i de situationer, hvor borgeren afslutter sin genoptræning efter

---

<sup>28</sup> Den kommunale medfinansiering.

sygehusudskrivning og skal fortsætte i et § 83a-forløb eller i et vedligeholdende træningstilbud efter servicelovens § 86 eller sundhedslovens § 140a. En visitator udtrykker det således:

*Jeg tror, det er et af de steder, hvor vi godt kunne optimere lidt. Jeg oplever jævnligt, at jeg opretter hjælp til personlig pleje til folk, når de bliver udskrevet fra sygehuset, og hvor jeg tænker, at det ville være godt, hvis rehab starter op på dag 1. I stedet for at de får passiv hjælp i 2-3 uger. Jeg tror, vi kan vinde rigtig meget, hvis vi kunne få dem i gang med det samme. [...] Lige nu er det sådan, at hvis der er nogen, hvor jeg tænker: "Her skal vi til med det samme", så ringer jeg til dem [rehabiliterings-team, red.] og spørger: "Har I mulighed for at starte på onsdag osv." Nogle gange siger de "ja" og andre gange "nej". Så det er lidt tilfældigt, om de har ressourcer til det. (Visitator)*

#### 6.4.2 Vurdering

På baggrund af kortlægningen er det VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan systematisere visitatorenes mulighed for faglig sparring om konkrete borgere. Det er deltagerkommunernes erfaring, at den faglige sparring med kolleger og ledere fremmer den faglige og økonomiske styring af området. Blandt andet er det erfaringen, at den faglige sparring kan understøtte visitatorenes vurdering af komplekse sager og dermed være med til at forbedre sammenhængen mellem behov og indsats for den enkelte borger. Desuden kan faglig sparring understøtte en fælles forståelse af, hvordan kommunens serviceniveau, inden for lovgivningens rammer og det individuelle skøn, udmøntes i visitationspraksis. Under forudsætning af, at der er en sammenhæng mellem kommunens serviceniveau og budgettet, jf. afsnit 5.3, kan både den fælles forståelse og sammenhængen mellem behov og indsats være med til at sikre, at det forudsatte udgiftsniveau realiseres og budgettet dermed overholdes.

Faglig sparring er relevant både i forhold til borgere, der primært eller udelukkende modtager indsatser på ældreområdet, og borgere, der modtager indsatser fra forskellige forvaltninger. Således har flere af deltagerkommunerne erfaringer med at systematisere faglig sparring om sager, der går på tværs af sektorområder.

Kortlægningen viser desuden, at alle deltagerkommunerne i større eller mindre omfang gør brug af straksvisitation, om end der er forskelle mellem kommunerne i forhold til, hvornår denne praksis er indført. Der kan være både økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved straksvisitation. På den baggrund er det VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan overveje, om der er tilfælde, hvor det er mere hensigtsmæssigt at foretage straksvisitation frem for andre måder at foretage en faglig vurdering på, herunder besøg i hjemmet.

Endelig viser kortlægningen, at alle syv deltagerkommuner har en fast praksis for visitation til og koordinering af udskrivninger fra sygehus. Deltagerkommunerne har organiseret sig forskelligt i forhold til sygehusudskrivning, herunder har fire deltagerkommuner etableret fremskudt visitation. Der kan være både økonomistyringsmæssige fordele og ulemper ved fremskudt visitation, og der kan ikke ud fra analysen peges entydigt på den mest fordelagtige organisering af visitationen i forbindelse med sygehusudskrivning. Deltagerkommunerne giver dog udtryk for, at det er væsentligt, at der sker en hurtig og koordineret indsats i forbindelse med borgerens overgang fra sygehus til et kommunalt tilbud eller eget hjem. Det kan potentielt set være med til at sikre sammenhæng i borgerens behandling, overdragelse af relevant information og forebyggelse af genindlæggelser.

## 6.5 Opfølgning på borgeres ydelser og forløb

I dette afsnit kortlægges og vurderes deltagerkommunernes opfølgingspraksis. Formålet med opfølgning er at sikre, at den visiterede hjælp er i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov. Afsnittet fokuserer på, hvordan og hvor ofte der sker opfølgning, samt hvilke redskaber kommunerne har til rådighed i den forbindelse. Der ses både på den løbende, individuelle opfølgning og på supplerende, opsamlende opfølgningsrunder.

### 6.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

#### Løbende, individuel opfølgning på borgeres ydelser og forløb

Myndighed er i udgangspunktet ansvarlig for den løbende opfølgning på borgersager. Ved opfølgning foretager visitator en vurdering af, om igangværende indsætter skal fortsættes, ændres inden for gældende visitation, revideres eller afsluttes. Myndighed skal i opfølgningen træffe en afgørelse på et tilstrækkeligt oplyst grundlag. Derfor er myndighedsopfølgningen afhængig af, at oplysninger om borgeren er ajourførte.

Udfører skal sikre, at ændringer i borgerens tilstand løbende dokumenteres og videregives til myndighed, som herefter revurderer og eventuelt reviderer borgeren. Alle deltagerkommuner henviser til udførers lovbundne tilbagemeldingspligt<sup>29</sup> som væsentlig for styring af opfølgningsindsatsen. Eksempelvis er tilbagemeldingspligten i Vordingborg Kommune konkret fastlagt på den måde, at udfører skal henvende sig til visitationen, hvis ændringen i borgerens tilstand har varet mere end otte dage og afviger mere end 25 % fra visiteret tid.

I forbindelse med bevilling af en indsats skal myndighed fastlægge en dato for planlagt opfølgning på indsatsen. Flere af deltagerkommunerne har fastlagt retningslinjer for, hvor ofte der skal foretages opfølgning på modtagere af hjemmepleje, *hvis der ikke er indmeldt ændringer i borgerens tilstand*. De faste retningslinjer varierer i forhold til, om der skal følges op et eller to år efter, at indsatsen er iværksat. Deltagerkommunerne peger dog på, at de ikke altid og i alle sager får fulgt op i henhold til disse retningslinjer. Det gælder for såvel visitatorer som hjemmeplejepersonale og hænger blandt andet sammen med tidspres og ledelsens prioritering af øvrige opgaver.

Ud fra kortlægningen kan det ikke konkluderes, i hvilken grad udførerne overholder den lovbundne forpligtelse til at indberette ændringer i borgerens behov til myndighed. Generelt tegner der sig dog et billede af, at udførerne i højere grad indberetter ændringer for borgere, der modtager § 83a-forløb end for borgere, der modtager hjemmeplejeydelser. Det gælder også i de tilfælde, hvor udførelsen af § 83a-forløb er forankret i hjemmeplejen. Ifølge deltagerkommunerne hænger dette bl.a. sammen med, at § 83a-forløb bevilges som en tidsafgrænset, målrettet og midlertidig indsats, hvor der løbende skal følges op på udviklingen i borgerens tilstand.

Den almindelige, løbende kommunikation mellem myndighed og udførere om den enkelte borgers ydelser og forløb foregår både skriftligt (fx via advis'er i omsorgssystemet) og mundtligt (fx via telefon). Ud over denne løbende opfølgning på enkelte borgere er der i alle syv deltagerkommuner etableret mere eller mindre systematiseret dialog og samarbejde mellem myndighed og udfører. Dialogen kan fx bestå i jævnlige, formaliserede møder mellem visitationen og henholdsvis hjemmeplejen og rehabiliteringsterapeuter, hvor fokus er på faglige drøftelser

<sup>29</sup> Jf. § 1 i Bekendtgørelse om frit valg af leverandør af hjemmehjælp og fritvalgsbevis efter servicelovens § 91 og om kvalitetskrav til leverandører af hjemmehjælp efter servicelovens § 83.



og vurderinger af *udvalgte* borgere. Tabel 6.3 viser deltagerkommunernes formaliserede dialog mellem myndighed og udførere om opfølgning med fokus på udvalgte borgere.

**Tabel 6.3** Deltagerkommunernes formaliserede dialog mellem myndighed og udførere om opfølgning med fokus på udvalgte borgere

Kommune	Modtagere af hjemmepleje	Modtagere af rehabiliteringsforløb
Favrskov	Ikke faste, særskilte møder mellem myndighed og udførere om udvalgte borgere. Dog efter behov dialog mellem visitator og hjemmeplejepersonale om udvalgte borgere i forbindelse med den løbende opfølgning	Samme som for modtagere af hjemmepleje
Faaborg-Midtfyn	Ambition om ugentlige møder mellem hjemmeplejepersonale og rehabiliteringsterapeuter (visitator deltager efter behov)	Samme som for modtagere af hjemmepleje
Høje-Taastrup	Ugentlige tværfaglige møder mellem visitator, faglige koordinatore i hjemmet, kontaktpersoner i hjemmet og rehabiliteringsterapeuter	Samme som for modtagere af hjemmepleje
Mariagerfjord	Visitator deltager i tværfaglige møder med jævne mellemrum	Efter behov
Middelfart	1-2 ugentlige målmøder i borgerens hjem mellem relevante aktører	Månedlige møder mellem rehabiliteringsterapeuter i hjemmeplejen og visitationen (med myndighedsleder og leder af rehabiliteringsterapeuter)
Varde	Efter behov tværfaglige møder mellem visitator, hjemmeplejepersonale, sygeplejepersonale mv. samt eventuelt personer fra voksensocialområdet	Samme som for modtagere af hjemmepleje
Vordingborg	Månedlige distriktsdage mellem visitator, hjemmeplejepersonale og rehabiliteringsterapeuter	Samme som for modtagere af hjemmepleje

Det fremgår af Tabel 6.3, at der er forskel mellem deltagerkommunerne på, hvem der deltager i opfølgingsmøderne mellem myndighed og udfører, samt hvor systematisk og hyppigt møderne afholdes. I fire deltagerkommuner – Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup, Middelfart og Vordingborg – varierer mødefrekvensen fra ugentligt til månedligt, mens man i de øvrige tre kommuner afholder møder efter behov.

Som et eksempel på, hvordan møderne foregår, har man i Vordingborg Kommune etableret såkaldte "distriktsdage", hvor visitatorerne fysisk er til stede på distriktskontorerne en hel dag én gang om måneden. Visitatorerne står for planlægningen og afviklingen af møderne, og mødedeltagere omfatter, ud over visitator, planlægger, en rehabiliteringsterapeut (tilknyttet distriktet) samt medarbejdere i hjemmeplejen og sygeplejen. På møderne vurderes alle borgere i distriktet, som modtager rehabiliteringsforløb, ligesom der er drøftelser af øvrige borgere, hvor visitator eller det udførende personale vurderer, at der er grundlag for en vurdering af den aktuelle situation. Sidstnævnte er udtryk for udførernes arbejde med tidlig opsporing, jf. også næste afsnit. Ifølge kommunen understøtter distriktsdagene en systematisk opfølgning på sammenhængen mellem borgerens behov for hjælp og indsatsen, især i relation til § 83a-forløbene, ligesom møderne fremmer samarbejdet og dialogen mellem myndighed og udførerledet.

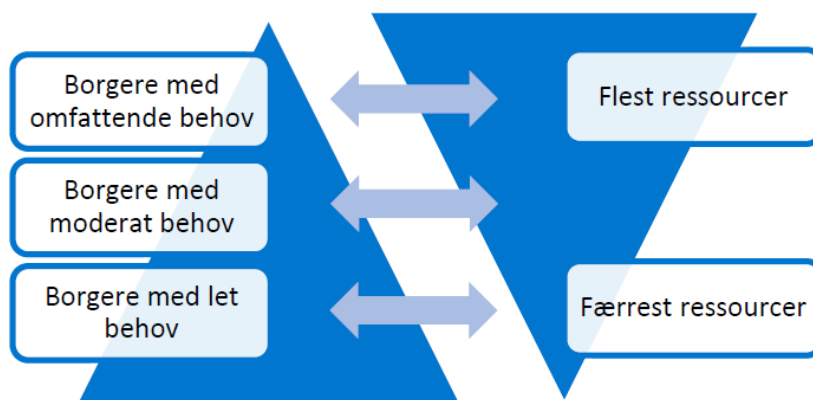
Et andet eksempel er de tværfaglige møder i Høje-Taastrup Kommune, hvor en visitator på ugebasis mødes med det udkørende rehabiliteringsteam og hjemmeplejen (kommunal og privat) om modtagere af § 83a-forløb og øvrige aktuelle ydelsesmodtagere. En væsentlig del af opfølgningen på disse møder drejer sig om at fremme overgangen til hjemmeplejen i forbindelse med afslutning af § 83a-forløb.

Det er vigtigt at understrege, at møderne mellem myndighed og udfører om udvalgte borger-sager er ét element blandt flere i dialogen mellem myndighed og udfører og i det samlede opfølgingsarbejde. Således er det VIVEs indtryk, at der i alle deltagerkommuner løbende sker opfølgning på borgeres ydelser og forløb i udførerleddet, herunder tidlig opsporing af ændret helbredstilstand og funktionsevne hos borgeren. I Varde Kommune udgør de tværfaglige møder mellem visitator og det udførende personale, jf. Tabel 6.3, eksempelvis et delelement i den samlede opfølgingsindsats, jf. Boks 6.3.

### Boks 6.3 Eksempel på metodik for opfølgning – Varde Kommune

Varde Kommune beskriver fremgangsmåden for opfølgingsindsatsen med afsæt i nedenstående figur. I korte træk viser figuren, at Varde Kommune arbejder ud fra en tilgang, hvor borgerens behov for hjælp sætter rammen for opfølgningen.

Trekanten til venstre illustrerer, at borgernes behov for hjælp kan gradueres, og at borgere med lette behov udgør den største andel af brugergruppen, mens borgere med omfattende behov udgør den mindste andel. Trekanten til højre viser, at anvendte ressourcer på opfølgning også kan variere. I kombination afspejler de to trekanter det forhold, at man i Varde Kommune arbejder ud fra en tankegang om at bruge flest ressourcer på opfølgning på borgere med omfattende behov for hjælp og færrest på borgere med lettere behov. På den måde foretager kommunen en bevidst prioritering af opfølgingsarbejdet.



Således arbejder kommunen for, at opfølgningen på borgere med lette behov i videst muligt omfang skal understøttes af arbejdsgange, it-systemer mv., mens opfølgningen på borgere med moderate og omfattende behov for hjælp i udgangspunktet ofte indebærer tværfagligt samarbejde og tæt dialog mellem myndighed og udfører. Eksempelvis afholdes der individuelle, tværfaglige møder om – og efter behov med – borgere med komplekse problemstillinger med deltagelse af fx visitationen, hjemmeplejen, sygeplejen, rehabiliteringsterapeut, demenskoordinator mv. samt medarbejdere fra øvrige relevante forvaltninger. Deltagerkredsen afhænger af den aktuelle situation.

### Tidlig opsporing og revisitation af hjemmeplejemodtagere, som kan have gavn af et § 83a-forløb

Et særligt fokus i opfølgningen på borgeres ydelser og forløb er i alle deltagerkommunerne at identificere aktuelle modtagere af hjemmepleje, der vurderes at kunne have gavn af et rehabiliteringsforløb. Tidlig opsporing af disse borgere kan sikre, at de, der har behov, får et rehabiliteringsforløb, hvilket kan være med til at styrke deres funktionsevne og give dem et mere selvstændigt liv. Hvis borgerne får et reduceret behov for hjælp efter deres rehabiliteringsforløb, vil den tidlige opsporing og efterfølgende revisitation desuden kunne bidrage til at reducere kommunernes udgifter til hjemmepleje.

Det er VIVEs indtryk, at der i alle syv deltagerkommuner er fast praksis for, at både myndighed og udfører har fokus på løbende at vurdere borgernes rehabiliteringspotentiale og mulighed for at blive mere selvhjulpne i hverdagen. Det følger af formelle styringsredskaber, fx strategier, styringsmodeller, arbejdsgange og procedurer på området, men også af mere uformelle normer, fx en rehabiliterende tilgang, jf. også afsnit 2.2. Afdækningen af deltagerkommunernes praksis viser dog, at der er forskel på, hvordan og hvor systematisk man har tilrettelagt arbejdet med at opspore og reorganisere borgere, der kunne have gavn af et rehabiliteringsforløb.

I flere af deltagerkommunerne er der dialog om borgere, som vurderes egnede til et § 83a-forløb, i forbindelse med den øvrige dialog mellem myndighed og udfører om udvalgte borgere, jf. Tabel 6.3.

Der er desuden blandt deltagerkommunerne eksempler på, hvordan rehabiliteringsterapeuter tilknyttet driften understøtter arbejdet med opsporing og reorganisation af borgere, som i forvejen modtager hjemmepleje og vurderes at kunne have gavn af et § 83a-forløb.

I Høje-Taastrup Kommune er det udkørende rehabiliteringsteam aktivitetsafregnet, jf. afsnit 4.4. Det giver teamet et økonomisk incitament til at opspore borgere, til hvem det kunne være relevant at tilbyde et § 83a-forløb. Ifølge lederen af det udkørende team er terapeuterne opsøgende i flere forskellige sammenhænge, fx i forbindelse med de ugentlige tværfaglige møder med visitationen, jf. Tabel 6.3. Desuden sætter lederen fokus på den rehabiliterende indsats i kommunikationen med relevante samarbejdspartnere, især hjemmeplejen. Kommunen nævner desuden, at der i forbindelse med møder i hjemmeplejen med jævne mellemrum sættes fokus på det rehabiliterende arbejde.

Som led i metodikken for opfølgingsarbejdet i Varde Kommune, jf. Boks 6.3, afholdes der ugentlige eller halvmånedlige såkaldte "træffetidsmøder" mellem rehabiliteringsterapeuter, sygeplejersker og hjemmeplejen. På disse tværfaglige møder drøftes borgere, for hvem personalet i tiden mellem møderne har observeret ændringer i tilstanden, herunder borgere, som vurderes at kunne have gavn af et § 83a-forløb.

En tredje måde, hvorpå dette opsporings- og reorganisationsarbejde er sat i system, er gennem supplerende, opsamlende opfølgingsrunder med fokus på udvalgte sagstyper, der beskrives nærmere i afsnittet nedenfor.

Deltagerkommunerne påpeger vigtigheden af, at der både hos myndighed og blandt udførerne er en løbende ledelsesmæssig opmærksomhed på og prioritering af dette opsporings- og reorganisationsarbejde. Deltagerkommunerne anfører endvidere, at man i dette arbejde skal være opmærksom på tilfælde, hvor der sker gradvise forringelser i borgerens tilstand, og på stabile forløb, hvor borgeren efter en effektiv rehabiliteringsindsats muligvis kan forbedre funktionsevnen og opnå et reduceret behov for hjælp. Ifølge deltagerkommunerne spiller det udførende personale en særlig vigtig rolle i opsporingsarbejdet, da de er tættest på borgeren i hverdagen og forventes at have størst indblik i borgerens situation. Nogle af deltagerkommunerne påpeger i den forbindelse, at det er hensigtsmæssigt, at der ikke er for meget udskiftning i hjemmeplejepersonalet, og at personalet har de rette forudsætninger for at medvirke til denne indsats.

### **Supplerende, opsamlende opfølgingsrunder**

Som supplement til den løbende opfølgning på individuelle borgers forløb og ydelser gør flere af deltagerkommunerne brug af en praksis, hvor myndighed – typisk i samarbejde med udfører – med jævne mellemrum laver en supplerende, ekstraordinær opfølgning på udvalgte sagstyper eller fokusområder.

Deltagerkommunerne peger på flere fordele ved at foretage supplerende opfølgning. For det første kan der være brug for supplerende opfølgning som led i udmøntningen af større ændringer, fx i forbindelse med implementering af et nyt it-system, indførelse af nye hjælpemidler eller justeringer af serviceniveauet. For det andet kan supplerende opfølgning følge af den løbende budgetopfølgning, hvis der fx er konstateret væsentlige afvigelser mellem visiteret og leveret tid. For det tredje kan supplerende opfølgning være et redskab til at få bragt budgettet i balance i tilfælde af et konstateret merforbrug eller ved udsigt til en budgetoverskridelse. Den supplerende opfølgning kan i så tilfælde eventuelt være et led i udmøntningen af en handleplan for et givent område. Endelig kan behovet for supplerende opfølgning udspringe af, at man, trods intentioner herom, ikke nødvendigvis når at følge op på alle borgere som planlagt. Ekstraordinære opfølgingsrunder kan både resultere i, at hjælpen nedsættes eller ophører, og at hjælpen øges, alt efter borgerens aktuelle behov.

Tabel 6.4 indeholder nogle eksempler på supplerende opfølgning, som deltagerkommunerne har gennemført inden for de senere år.

**Tabel 6.4** Eksempler på supplerende opfølgingsrunder i fem af deltagerkommunerne

Kommune	Eksempler på supplerende opfølgning
Favrskov	Gennemgang af udvalgte sager i et samarbejde mellem visitator og udførere i hjemmeplejen med fokus på borgere, der modtager under 5 timer, og sager med væsentlige forskelle mellem visiteret og disponeret tid (2019)
Høje-Taastrup	Gennemgang af hjemmeplejesager, især om praktisk hjælp (2016)
Mariagerfjord	Revisitation af alle visiterede borgere, der modtager henholdsvis under 5 timer (fokus på rengøring), mellem 5 og 25 timer samt over 25 timer (fokus på hjælpemidler) i tæt samarbejde med hjemmeplejen (2016-2018)
Varde	Myndighedsleder laver med jævne mellemrum et udtræk over borgere, som den enkelte visitator gennemgår
Vordingborg	Revisitation af alle modtagere af rengøring (2018) Alle borgere er revurderet ved overgang til Fælles Sprog III (2019)

Eksempelvis foretog Mariagerfjord Kommune i perioden 2016-2018 en gennemgang af udvalgte hjemmeplejemodtagere, hvor indsatsen enten blev justeret, revisiteret eller afsluttet. Først for gruppen af borgere, som var visiteret til mere end 25 timers hjælp om ugen, dernæst for gruppen med 5-25 timer om ugen, og slutteligt for gruppen med 5 timer om ugen og derunder. Revisitationsarbejdet blev gennemført i et tæt samarbejde mellem visitationen og hjemmeplejen. Indsatsen resulterede ifølge kommunen i en samlet reduktion af antallet af visiterede timer med gennemsnitligt 160 timer om ugen.

Et andet eksempel er fra Favrskov Kommune, hvor visitationen i 2019 i tæt samarbejde med hjemmeplejen gennemgik udvalgte sager med henblik på at afstemme borgerens behov for hjælp med den leverede indsats og vurdere, om borgeren kunne have gavn af et rehabiliteringsforløb. Sagerne blev udvalgt efter, hvor mange timer borgeren var visiteret til (under fem timer), og efter hvor forskellen mellem visiteret tid og leveret tid var størst. Ifølge kommunen er revisitationsarbejdet med til at understøtte økonomistyringen på området ved at fremme forståelsen af et fælles ansvar for myndighedsbudgettet på tværs af myndighed og udfører<sup>30</sup>, og ved at styrke samarbejdet og dialogen mellem myndighed og udfører om sammenhængen mellem borgerens behov og den bevilgede indsats.

<sup>30</sup> Se også afsnit 5.4.

## 6.5.2 Vurdering

Ved opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb foretager visitator en vurdering af, om igangværende indsatser skal fortsættes, ændres, øges, reduceres eller afsluttes. I alle syv deltagerkommuner er der løbende dialog mellem myndighed og udfører om individuelle modtagere af hjemmepleje og § 83a-forløb. Der er dog forskel mellem deltagerkommunerne på, hvor systemiseret denne dialog er, hvem der har den, og hvor længe denne praksis har eksisteret. På baggrund af deltagerkommunernes praksis vurderer VIVE, at det er væsentligt for den økonomiske styring på området, at kommunerne prioriterer den løbende, systematiske dialog mellem myndighed og udfører om opfølgning på individuelle borgeres ydelser og forløb. En løbende opfølgning kan bidrage til at sikre, at borgerens sag tages op til overvejelse, hvis der er en ændring i borgerens situation, eller hvis den igangsatte indsats ikke virker efter hensigten. Dermed kan løbende opfølgning skabe overensstemmelse mellem borgerens aktuelle behov for hjælp og indsatsen – og dermed afregningen.<sup>31</sup> Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når hjælpen kan ændres eller øges. Sammenhængen mellem behov og indsats kan være med til at understøtte, at det forudsatte udgiftsniveau realiseres, og budgettet dermed overholdes, forudsat at der er sammenhæng mellem kommunens serviceniveau og budgettet, jf. afsnit 5.3.

I opfølgningen er det væsentligt, at udfører løbende oplyser myndighed om ændringer i borgerens tilstand, så myndighed kan foretage vurdering af og evt. justere hjælpen til borgeren på et oplyst grundlag. Det er VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan have fokus på, at udfører løbende iagttager sin lovbundne tilbagemeldingspligt, så indsatser kan ændres, fortsættes eller afsluttes, alt efter borgerens situation.

Deltagerkommunerne har et særligt fokus på opsporing og revisitation af de borgere, som modtager hjemmepleje, og som vurderes egnede til at gennemføre et § 83a-forløb. Det er VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan prioritere indsatsen for at finde og revisitere hjemmeplejemodtagere til rehabiliteringsforløb, hvis de vurderes at kunne have gavn heraf. Det er væsentligt, at der er en løbende ledelsesmæssig opmærksomhed på og prioritering af opsporing- og revisitationsarbejdet. Det gælder både myndighedsleder og udførerledere.

Ud fra deltagerkommunernes erfaringer er det endvidere VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel – ved siden af den løbende opfølgning – kan lave supplerende opfølgningsrunder i relation til udvalgte sagstyper eller fokusområder med jævne mellemrum. Erfaringerne fra deltagerkommunerne er, at man ved supplerende opfølgning typisk kan frigøre ressourcer, ligesom man kan opnå en bedre sammenhæng mellem den enkelte borgers aktuelle behov for hjælp og indsatsen – og dermed afregningen. Det gælder både, når hjælpen kan nedsættes eller ophøre, og når hjælpen kan ændres eller øges.

---

<sup>31</sup> Den tætte, automatiserede sammenhæng mellem indsats og afregning gælder alene på områder med en aktivitetsbaseret tildelingsmodel, hvilket alle deltagerkommuner har på hjemmeplejeområdet, og de fleste også delvist har i relation til rehabiliteringsforløb, jf. afsnit 4.3 og 4.4.

## 7 Budgetopfølgning og styringsinformation

I dette kapitel kortlægges og vurderes deltagerkommunernes budgetopfølgning og den styringsinformation, som produceres og anvendes i den forbindelse. Kapitlet fokuserer primært på de administrative budgetopfølgninger til de budgetansvarlige ledere, dvs. fagchefen, myndighedslederen, område- og distriktsledere i den kommunale hjemmepleje samt ledere af rehabiliteringsteam. Kapitlet berører dog også kort den politiske budgetopfølgning i løbet af året.<sup>32</sup>

Først beskrives deltagerkommunernes processer for budget- og økonomiopfølgning til forskellige aktører i kommunen. Dernæst behandles indholdet og anvendelsen af budgetopfølgningerne. Endelig omhandler kapitlet håndtering af budgetafvigelser samt det fremadrettede behov for styringsinformation om resultater af navnlig § 83a-forløb.

### 7.1 Konklusioner

#### Boks 7.1 Konklusioner – budgetopfølgning og styringsinformation

- **Månedlig budgetopfølgning til alle budgetansvarlige ledere**  
Analysen peger på, at man med fordel kan anvende månedlig budgetopfølgning til de budgetansvarlige ledere på ældreområdet. En sådan praksis gør det muligt på et tidligt tidspunkt at opdage og reagere på en eventuel forventet overskridelse af budgettet eller forventet merforbrug i driften. Den månedlige budgetopfølgning til de budgetansvarlige ledere kan med fordel foregå i samspil mellem lederne og økonomikonsulenterne tilknyttet ældreområdet.
- **Systematisk og databaseret økonomiunderstøttelse med faglig indsigt i ældreområdet**  
Analysen peger på vigtigheden af, at økonomifunktionen tilknyttet ældreområdet leverer en systematisk og databaseret understøttelse af de budgetansvarlige faglige ledere. Det er endvidere en fordel, at økonomikonsulenterne har en forståelse for og indsigt i fagligheden på ældreområdet. En sådan indsigt bidrager til, at konsulenterne kan understøtte de faglige lederes økonomiske styring på en meningsfuld måde.
- **Tag stilling til, hvem der konkret skal mødes i budgetopfølgningen**  
Analysen peger på, at kommunerne med fordel kan tage stilling til, hvem der konkret skal mødes i forbindelse med budgetopfølgningsprocessen. Det er ikke muligt ud fra analysen at pege på præcist, hvilke aktører der skal mødes. Deltagerkommunernes erfaringer peger dog i retning af, at man med fordel kan overveje at foretage budgetopfølgning på tværs af myndighed og udfører for at understøtte dialogen og samarbejdet på tværs.
- **Pålidelige prognoser for forventet regnskab som grundlag for opfølgning på myndighedsbudget og samlet ældrebudget**  
I forhold til myndighedsbudgettet og det samlede ældrebudget peger analysen på, at det er væsentligt for ressourcestyningen, at den månedlige budgetopfølgning baseres på en pålidelig, opdateret regnskabsprognose. Det er vigtigt, at de månedlige regnskabsprognoser bygger på præcise og opdaterede forudsætninger om fx aktiviteter og forbrug.

<sup>32</sup> Budgetopfølgningerne til visitatorerne på ældreområdet er undersøgt i begrænset omfang, og budgetopfølgningerne til direktionen og det udførende personale er undersøgt i meget begrænset omfang eller slet ikke.

## Boks 7.1 Konklusioner – budgetopfølgning og styringsinformation

- **Overblik over udgifter og indtægter som grundlag for budgetopfølgning på driftsbudgetter**

I forhold til driftsbudgetterne peger analysen på, at det er væsentligt for ressourcestyringen, at de kommunale udførerledere løbende har et opdateret overblik over økonomien. Det gælder både hidtil realiserede udgifter og indtægter i året, fx i form af en forbrugsprocent, og forventninger til udgifter og indtægter i den resterende del af året, fx aktivitets- og lønprognoser der tager højde for sæsonudsving. I den forbindelse kan kommunerne med fordel etablere en løbende, tæt dialog mellem udførerledere og økonomikonsulenter om fx forventninger til udviklingen i aktiviteter, personaleforbrug, fravær og vikarforbrug.

- **Styringsinformation målrettes modtageren og tilpasses budgetansvarsområdet**

Ud fra deltagerkommunernes erfaringer ser det ud til, at det kan være en fordel at målrette styringsinformationen til forskellige modtagere. Det kan således med fordel overvejes, hvilke informationer der er nødvendige for forskellige aktører på området for at skabe overblik og understøtte det løbende behov for styring og prioritering.

- **Granskning af og dialog om data kan opdage og forklare (forventede) afvigelser**

Analysen viser, at kommunerne med fordel kan inddrage forskellige typer af data i budgetopfølgningen for at give tidlige varsler om og finde forklaringer på forventede merforbrug. Budgetopfølgningen kan med fordel som minimum være baseret på økonomi- og aktivitetsdata, men det kan være relevant også at inddrage oplysninger om løn og fravær i relation til det udførende personale.

- **Fast praksis for afvigeforklaringer og korrigerende handlinger**

Analysen peger på, at det er væsentligt, at man håndhæver krav om afvigeforklaringer og aftaler korrigerende handlinger, hvis der forventes en budgetoverskridelse eller et underskud i driften. Fast brug af afvigeforklaringer fulgt op af korrigerende tiltag kan bidrage til at understøtte ressourcestyringen og det løbende fokus på justering af den faglige praksis.

- **Skab bedre dokumentation af faglige resultater af § 83a-forløb**

Deltagerkommunerne har endnu begrænset erfaring med at dokumentere faglige resultater af § 83a-forløb, dvs. hvilken virkning indsatsen har haft på borgerens funktionsevne og behov for hjælp. De giver udtryk for et behov for mere sikker viden om faglige resultater af især § 83a-forløb og for i højere grad at kunne koble faglige resultater til økonomi. Deltagerkommunernes udsagn tyder på, at kommunerne med fordel kan udvikle og afprøve forskellige måder at dokumentere faglige og økonomiske resultater af § 83a-forløb på. En større klarhed om faglige resultater af den rehabiliterende indsats kan, sammenholdt med udgifterne, bidrage til at vurdere, om indsatsen ser ud til at have reduceret kommunens udgifter på kort og lang sigt, som følge af at borgerne har et reduceret behov for hjemmepleje efter rehabiliteringsforløb. En sådan praksis vil potentielt kunne understøtte en mere resultatbaseret økonomistyring.

## 7.2 Budgetopfølgningsproces

I dette afsnit beskrives først organiseringen af økonomifunktionen og dernæst den politiske henholdsvis den administrative budgetopfølgningsproces i deltagerkommunerne. Der er lagt størst vægt på beskrivelsen af den administrative budgetopfølgningsproces.

## 7.2.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

### **Organisering af økonomifunktionen**

Økonomifunktionen varetager i alle kommunerne en væsentlig opgave i forbindelse med budgetopfølgningerne. Der er forskel på deltagerkommunernes organisering af økonomifunktionen på ældreområdet. I fem kommuner – Favrskov, Faaborg-Midtfyn, Mariagerfjord, Middelfart og Varde – er de økonomikonsulenter, der er tilknyttet ældreområdet, ansat i den centrale økonomiforvaltning. Dog udføres visse økonomiopgaver af administrative medarbejdere i fagforvaltningen. I to kommuner – Høje-Taastrup og Vordingborg – er der en decentral økonomifunktion på ældreområdet, som varetager økonomiunderstøttelsen i samarbejde med økonomikonsulenter fra den centrale økonomiforvaltning. Høje-Taastrup Kommune har i 2019 foretaget en organisationsændring og placeret den decentrale økonomifunktion på ældreområdet på rådhuset sammen med øvrige administrative medarbejdere i fagforvaltningen.

Uanset organisering peger deltagerkommunerne på, at det er vigtigt, at økonomikonsulenterne leverer en systematisk og databaseret understøttelse af de budgetansvarlige lederes økonomistyring. Ligeledes er det en fordel, at økonomikonsulenterne har forståelse for og indsigt i fagligheden på ældreområdet, samt at økonomikonsulenterne medvirker til at fremme de faglige lederes økonomiske indsigt og bevidsthed.

### **Proces for politisk budgetopfølgning**

Der er kun mindre forskelle mellem de syv deltagerkommuners praksis for den politiske budgetopfølgning. De politiske budgetopfølgninger begynder i seks ud af syv kommuner i fagudvalget, mens den i Faaborg-Midtfyn Kommune begynder i økonomiudvalget. Der er lidt forskel i hyppigheden af de politiske budgetopfølgninger i deltagerkommunerne. I Høje-Taastrup og Mariagerfjord Kommuner er der politisk budgetopfølgning to gange årligt, i Favrskov og Faaborg-Midtfyn Kommuner er det tre gange årligt, og i Middelfart, Varde og Vordingborg Kommuner tre til fire gange om året.

### **Proces for administrativ budgetopfølgning**

I forhold til den administrative budgetopfølgningsproces er der både ligheder og forskelle i deltagerkommunernes praksis. Tabel 7.1 viser en oversigt over, hvor tit og med hvem budgetopfølgningen til fagchefen, myndighedslederen og udførerlederne i den kommunale hjemmepleje foretages i hver af de syv deltagerkommuner.



**Tabel 7.1** Den administrative budgetopfølgingsproces for de syv deltagerkommuner, fordelt på budgetansvarlige ledere (fagchef, myndighedsleder, udførerledere i hjemmeplejen)

Kommune	Fagchef	Myndighedsleder	Udførerledere i hjemmeplejen
Favrskov	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige opgørelser og løbende dialog (med økonomikonsulent)</li> <li>- Kvartalsvise møder (som minimum) med økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise fællesmøder med distriktsledere, myndighedsleder og økonomikonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlig dialog (ofte telefonisk) med økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise møder med økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise fællesmøder med fagchef, distriktsledere og økonomikonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlig dialog (ofte telefonisk) mellem den enkelte distriktsleder og økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise møder med økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise fællesmøder med fagchef, myndighedsleder og økonomikonsulent</li> </ul>
Faaborg-Midtfyn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder med sekretariatschef, områdeleder og økonomikonsulent</li> <li>- Månedlige møder med sekretariatschef, myndighedsleder og økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise møder med sekretariatschef, leder af økonomi og økonomikonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder med fagchef, sekretariatschef og økonomikonsulent</li> <li>- Ugentlige møder med afdelingsledere og økonomikonsulenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder mellem områdeleder og fagchef, sekretariatschef og økonomikonsulent</li> <li>- Månedlige møder mellem områdeleder og den enkelte gruppeleder (økonomikonsulent efter behov)</li> <li>- Kvartalsvise møder mellem områdeleder, egne administrative medarbejdere og økonomikonsulent</li> </ul>
Høje-Taastrup	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder med teamchef og økonomikonsulent</li> <li>- 3-4 dialogmøder om året med alle områdeledere, herunder hjemmeplejen, myndighedsleder, samt teamchef og økonomikonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hver 2. måned</li> <li>- 3-4 dialogmøder om året med fagchef, områdeledere samt teamchef og økonomikonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opgørelser til områdeleder fra teamchef hver 2. måned</li> <li>- 3-4 dialogmøder om året med fagchef, øvrige områdeledere, myndighedsleder samt teamchef og økonomikonsulent</li> </ul>
Mariagerfjord	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månedlige fællesmøder med alle områdeledere, inkl. hjemmeplejen, myndighedsleder samt økonomikonsulenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månedlige fællesmøder med alle områdeledere samt økonomikonsulenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Områdeleder: Månedlige fællesmøder med fagchef, øvrige områdeledere, myndighedsleder samt økonomikonsulenter</li> <li>- Aftalt ugentlige møder mellem områdeleder og distriktsleder</li> <li>- Månedlig dialog mellem den enkelte distriktsleder og økonomikonsulent</li> </ul>
Middelfart	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overordnet orientering hver anden måned (økonomikonsulent)</li> <li>- Dialog med politisk udvalg, direktion og decentrale ledere på den baggrund</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7-8 møder med økonomikonsulent om året</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Månedlige fællesmøder mellem områdeleder, distriktsledere og økonomikonsulenter</li> </ul>
Varde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder med distriktsledere og økonomikonsulenter</li> <li>- Månedlige økonomimøder med myndighedsleder og økonomikonsulenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige økonomimøder med fagchef og økonomikonsulenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder med fagchef og økonomikonsulenter</li> </ul>
Vordingborg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder med den enkelte distriktsledelse og økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise "stormøder" med den enkelte distriktsledelse, herunder TR og AMR, og økonomikonsulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Myndighedslederfunktion varetages pt. af fagchef</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månedlige møder mellem den enkelte distriktsledelse, fagchef og økonomikonsulent</li> <li>- Kvartalsvise "stormøder" med fagchef og økonomikonsulent</li> </ul>

Note: I forhold til udførerledere er der fokus på områdeleder- og distriktslederniveauet. I alle deltagerkommunerne har områdeleder/distriktsleder møder, herunder gennemgang af økonomi, med det underliggende ledelsesniveau.

Det fremgår af Tabel 7.1, at der i overvejende grad sker budgetopfølgning månedligt til de budgetansvarlige ledere i alle syv deltagerkommuner. Undtagelserne er fagchefen i Middelfart Kommune samt myndighedslederen og områdelederen i Høje-Taastrup Kommune, som orienteres hver anden måned. Fagchefen i Middelfart Kommune orienteres dog med det samme, hvis der opstår en økonomisk ubalance, der skal handles på. Ud over den løbende budgetopfølgning, som altså typisk sker på månedsbasis, foretages der i alle deltagerkommunerne kvartalsvise budgetopfølgninger til de budgetansvarlige ledere i forbindelse med de politiske budgetopfølgninger.

Det fremgår også af Tabel 7.1, at de administrative budgetopfølgninger i alle syv deltagerkommuner typisk foregår i et tæt samspil mellem de budgetansvarlige ledere og de økonomikonsulenter, der er tilknyttet området.

Budgetopfølgningen foregår på flere måder, herunder skriftligt, telefonisk og ved fysiske møder, jf. Tabel 7.1. Der er forskelle mellem deltagerkommunerne på, hvem der mødes i forbindelse med den løbende budgetopfølgning.

I Middelfart Kommune foretages den løbende budgetopfølgning i et samspil mellem økonomikonsulenterne og lederen af det enkelte område, i stedet for på tværs af ledelsesniveauer eller på tværs af myndighed og udfører. Fagchefen deltager således ikke i den løbende opfølgning med myndighedsleder og de decentrale udførerledere, ligesom myndighedsleder og udførerledere ikke deltager i samme budgetopfølgning.

I Favrskov Kommune er der ligeledes månedlig budgetopfølgning i et samspil mellem økonomikonsulenten og den enkelte budgetansvarlige leder. Hvert kvartal holdes der dog fælles budgetopfølgningsmøder med fagchef, myndighedsleder, udførerledere og økonomikonsulent.

I Høje-Taastrup Kommune har fagchefen månedlig budgetopfølgning med central økonomikonsulent og decentral økonomichef. Fagchefen deltager ikke i den løbende opfølgning med myndigheds- og udførerleder, men kommunen har dialogmøder tre gange årligt, hvor fagchef, myndighedsleder og områdeleder i hjemmeplejen deltager.

I Mariagerfjord Kommune har man i 2018 ændret sin budgetopfølgningspraksis. I dag mødes fagchefen månedligt til en fælles budgetopfølgning med alle områdeledere, herunder lederen af hjemmeplejen og myndighedsleder. Forud for dette møde har økonomikonsulenten afholdt et samlet møde med områdelederen af hjemmeplejen og distriktslederne, hvor hjemmeplejens samlede økonomi drøftes. Er der hjemmeplejedistrikter, der har økonomiske problemer, afholdes særskilte møder med disses ledere efter behov.

I Faaborg-Midtfyn, Varde og Vordingborg Kommuner foregår den løbende budgetopfølgning på den måde, at fagchefen på månedsbasis mødes med myndighedsleder og de enkelte udførerledere hver for sig. Fra januar 2020 er det planen, at områdelederen af hjemmeplejen og myndighedsleder i Faaborg-Midtfyn Kommune skal deltage i det samme månedlige budgetopfølgningsmøde, så opfølgningen på økonomien sker i en samlet dialog på tværs af myndighed og udfører.

Opsummerende viser Tabel 7.2 en oversigt over, hvem der mødes i deltagerkommunerne i forbindelse med den løbende budgetopfølgning i forvaltningen og den politiske budgetopfølgning. I alle deltagerkommunerne sker der i forbindelse med de politiske budgetopfølgninger en mere grundig opfølgning på økonomien blandt de budgetansvarlige ledere end i de løbende budgetopfølgninger.

**Tabel 7.2** Deltagere i løbende og kvartalsvise budgetopfølgninger i deltagerkommunerne

	Økonomikonsulent og leder af det enkelte område	Økonomikonsulent samt fagchef og leder af det enkelte område	Økonomikonsulent samt fagchef og ledere på tværs af myndighed og udfører
Løbende budgetopfølgning	Favrskov Høje-Taastrup (ekskl. myndighedsleder) Middelfart	Faaborg-Midtfyn Varde Vordingborg	Mariagerfjord
Kvartalsvis budgetopfølgning (ofte i forbindelse med de politiske budgetopfølgninger)	Favrskov Middelfart	Faaborg-Midtfyn Varde Vordingborg (udvidet)	Favrskov Høje-Taastrup (inkl. myndighedsleder) Mariagerfjord

Note: Oplysningerne i tabellen centrerer sig om den del af budgetopfølgningen, der sker til fagchefen og myndighedslederen samt det øverste ledelseslag i udførerleddet (områdeleder/distriktsleder)

De kvartalsvise budgetopfølgninger i Vordingborg Kommune er udvidet sammenlignet med de månedlige opfølgninger, forstået på den måde, at deltagerkredsen er større. Således deltager også planlæggere, øvrige administrative medarbejdere, TR-folk mv. på de kvartalsvise "stormøder".

Der er desuden forskelle mellem deltagerkommunerne i forhold til, hvor længe de har haft den budgetopfølgningsproces, som beskrives ovenfor. Eksempelvis har fagchefen i Vordingborg Kommune deltaget i de månedlige budgetopfølgningsmøder med hver enkelt distriktsledelse gennem ti år, mens praksis i Faaborg-Midtfyn Kommune, hvor fagchefen deltager i månedlige opfølgninger med henholdsvis områdelederen af hjemmeplejen og myndighedslederen, er etableret i 2018. Den beskrevne budgetopfølgningspraksis i Mariagerfjord Kommune er ligeledes indført inden for de seneste par år.

Kortlægningen viser, at deltagerkommunerne løbende arbejder med at forbedre budgetopfølgningen. Det gælder både i forhold til processen for opfølgningen, dialogen mellem økonomiforvaltningen og fagforvaltningen, og i forhold til de data, der skal indgå i budgetopfølgningen. Eksempelvis har Faaborg-Midtfyn Kommune på baggrund af et serviceeftersyn af kommunens budgetopfølgning i 2018 arbejdet med en række konkrete forbedringsmuligheder, som hver især skal bidrage til en kvalificering af økonomistyringen. Konkrete handlinger i den forbindelse omhandler bl.a. fagchefens deltagelse i den løbende budgetopfølgning til områdelederen af hjemmeplejen og myndighedslederen, som omtalt ovenfor, samt videreudvikling af ledelsesinformation til brug for den løbende budgetopfølgning blandt budgetansvarlige ledere. Dette initiativ ses der nærmere på i afsnit 7.3. Et andet eksempel stammer fra Mariagerfjord Kommune, hvor man gennem nogle år har arbejdet for at gøre budgetopfølgningen til fagchefen mere effektiv og stringent og herigennem skabe et bedre overblik over økonomien. Ifølge kommunen har målsætningen bl.a. været at samle oplysninger fra forskellige dele af organisationen i én rapportering og opdele økonomien i delområder, svarende til budgetansvarsområderne. Mariagerfjord Kommune har tillige styrket budgetopfølgningen til de decentrale udførerledere ved at prioritere en tæt, løbende dialog mellem udførerlederne og økonomifunktionen, jf. også afsnit 7.3.

Endelig skal det nævnes, at der som supplement til de overvejende faste månedlige og kvartalsvise budgetopfølgninger i Tabel 7.1 i alle deltagerkommunerne er en løbende dialog mellem de budgetansvarlige ledere og økonomikonsulenterne, ligesom man i alle deltagerkommunerne drøfter økonomiopfølgning i naturlig sammenhæng med de øvrige ledelsesmæssige dialoger, fx bilaterale eller fælles møder med de decentrale ledere.

### 7.2.2 Vurdering

Det er på baggrund af deltagerkommunernes praksis VIVEs vurdering, at man med fordel kan have månedlig budgetopfølgning for de budgetansvarlige ledere på ældreområdet. Dette indebærer, at man som budgetansvarlig fagchef, myndighedsleder eller udførerleder jævnligt får et opdateret overblik over fx forbrug og regnskabsprognose og dermed sikres muligheden for i god tid at iværksætte tiltag, der kan afhjælpe en eventuel kommende budgetoverskridelse. Den månedlige budgetopfølgning til de budgetansvarlige ledere kan med fordel foregå i et samspil mellem lederne og økonomikonsulenterne tilknyttet ældreområdet.

Det er ud fra deltagerkommunernes erfaringer VIVEs vurdering, at det er vigtigt, at økonomikonsulenterne yder en systematisk og databaseret understøttelse af de faglige ledere med budgetansvar. Endvidere er det en fordel, at økonomikonsulenterne opbygger en forståelse for og indsigt i fagligheden på ældreområdet, som kan sætte dem i stand til at understøtte de faglige lederes økonomiske styring på en meningsfuld måde og dermed også bidrage til at øge ledernes økonomiske indsigt og bevidsthed.

Desuden vurderer VIVE, at man med fordel kan tage stilling til, hvem der skal mødes, og hvor ofte, i forbindelse med budgetopfølgningsprocessen. Der kan ikke ud fra analysen peges entydigt på præcist, hvilke aktører der skal mødes hvor ofte. Deltagerkommunernes erfaringer peger dog i retning af, at man kan overveje at foretage budgetopfølgning på tværs af budgetansvarlige fra både myndighed og udfører og med deltagelse af fagchefen. En sådan praksis kan understøtte samarbejdet om budgetoverholdelse, herunder opfattelsen af et fælles ansvar for at bidrage til at overholde myndighedsbudgettet samt udviklingen af en forståelse af en "fælles bundlinje" på ældreområdet. Se også afsnit 5.4 og afsnit 5.5.

## 7.3 Budgetopfølgningernes indhold

I dette afsnit ses der på indholdet af budgetopfølgningerne i de syv deltagerkommuner. Også i dette afsnit fokuseres der primært på de administrative budgetopfølgninger, mens de politiske kun berøres kort. Det kortlægges, hvilke informationer de budgetansvarlige ledere har til rådighed for at kunne vurdere den økonomiske tilstand på deres område og handle derefter, samt hvordan disse informationer understøtter den faglige og økonomiske styring af området. I kortlægningen skelnes der mellem seks typer af data, jf. boks 7.2.

#### Boks 7.2 Typer af data, som kan indgå i budgetopfølgningerne

- Økonomidata (fx budget, forventet regnskab, forbrug, timepriser og afvigelse fra budget)
- Aktivitetsdata (fx udviklingen i antal brugere, timer, ydelser og forløb)
- Løndata (fx lønudgifter fordelt på lønkategorier og lønprognose)
- Fraværdata (fx sygefraværdsdage eller sygefraværdsprocent)
- Personaledata (fx antal ansatte eller antal årsværk)
- Data om faglige resultater (fx udvikling i funktionsevneniveau eller habituel tilstand)

I de følgende afsnit beskrives indholdet af budgetopfølgningerne til politikerne samt de løbende budgetopfølgninger til fagchefen, myndighedslederen samt den daglige leder af rehabiliteringsforløb og udførerlederne, herunder område- hhv. distriktsledere i den kommunale hjemmepleje,

afhængigt af kommunens organisering (se afsnit 3.2). Der fokuseres i beskrivelsen på, hvordan data bliver anvendt i budgetopfølgningen.

### 7.3.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

#### Budgetopfølgning til politikerne

Tabel 7.3 viser, hvilke økonomidata der indgår i sagsfremstillingerne i de politiske budgetopfølgninger i de syv deltagerkommuner.<sup>33</sup> Der er både forskelle og ligheder i deltagerkommunernes praksis. Således fremgår både korrigeret budget og forventet regnskab af de politiske budgetopfølgninger i alle syv deltagerkommuner. Fire deltagerkommuner – Favrskov, Middelfart, Varde og Vordingborg – har desuden oplysninger om det oprindeligt vedtagne budget med i de politiske sagsfremstillinger, mens det i de tre øvrige deltagerkommuner – Faaborg-Midtfyn, Høje-Taastrup og Mariagerfjord – ikke fremgår. Der er således tilsyneladende ikke lige stor politisk opmærksomhed i alle deltagerkommuner på afvigelsen mellem det oprindelige budget og det forventede regnskab. Selvom afvigelser mellem budget og forventet regnskab fremgår af de politiske budgetopfølgninger i alle deltagerkommuner, er det i størstedelen af kommunerne afvigelsen fra det *korrigerede* budget, der oplyses til politikerne. I Middelfart Kommune oplyses både afvigelsen fra det oprindelige og det korrigerede budget.

**Tabel 7.3** Økonomidata, som indgår i den politiske budgetopfølgning

Kommune	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forventet regnskab	Afvigelser og afvigeforklaringer
Faaborg-Midtfyn	Nej	Ja	Ja	Ja (korrigeret budget)
Favrskov	Ja	Ja	Ja	Ja (korrigeret budget)
Høje-Taastrup	Nej	Ja	Ja	Ja (korrigeret budget)
Mariagerfjord	Nej	Ja	Ja	Ja (korrigeret budget)
Middelfart	Ja	Ja	Ja	Ja (korrigeret og oprindeligt budget)
Varde	Ja	Ja	Ja	Ja (korrigeret budget)
Vordingborg	Ja	Ja	Ja	Ja (korrigeret budget)

Note: Ovenstående gælder for det samlede ældreområde og hjemmepleje. Oplysninger for Varde Kommune omfatter udelukkende det samlede ældreområde. VIVE har taget afsæt i sagsfremstillinger fra første halvår af 2019.

I alle syv deltagerkommuner er økonomioplysningerne til politikerne i budgetopfølgningen ledsaget af øvrige oplysninger om fx aktivitetsudviklingen for rehabiliteringsforløb og hjemmepleje, fraværdata, vikarforbrug mv. Generelt er der dog ikke praksis for, at der produceres egentlige ledelsesinformationsrapporter i forbindelse med de politiske budgetopfølgninger.<sup>34</sup>

#### Budgetopfølgning til fagchef

Det er kendetegnende for alle syv deltagerkommuner, at budgetopfølgningen til fagchefen som minimum indeholder økonomidata som oprindeligt og korrigeret budget, forbrug, forventet regnskab og afvigelser i forhold til budgettet. Det gælder både for hjemmepleje og rehabiliteringsforløb.

<sup>33</sup> VIVE har i afdækningen af økonomidata taget afsæt i sagsfremstillinger fra første halvår af 2019.

<sup>34</sup> Høje-Taastrup Kommune har indtil efteråret 2018 (før implementering af nyt omsorgssystem) løbende udarbejdet ledelsesinformation til det politiske udvalg, herunder oplysninger om udviklingen i aktiviteter såsom gennemsnitsalderen for førstegangsvisiterede til hjemmehjælp samt antal visiterede borgere og timer vedrørende hjemmepleje (i alt og fordelt på ydelsestyper), rehabiliteringsforløb og sygepleje. Kommunen forventer at levere uddybende aktivitetsoplysninger til politikerne fra april 2020, da der igen er adgang til valide data.

Disse informationer om økonomien ledsages i de fleste deltagerkommuner af oplysninger om aktivitetsudvikling, lønforbrug og lønsammensætning, vikarforbrug, sygdom og fravær mv. Tabel 7.4 indeholder eksempler på oplysninger ud over økonomidata, som fagchefen modtager i forbindelse med den løbende budgetopfølgning.

**Tabel 7.4** Eksempler på styringsinformation, som indgår i den løbende budgetopfølgning til fagchefen (ekskl. økonomidata)

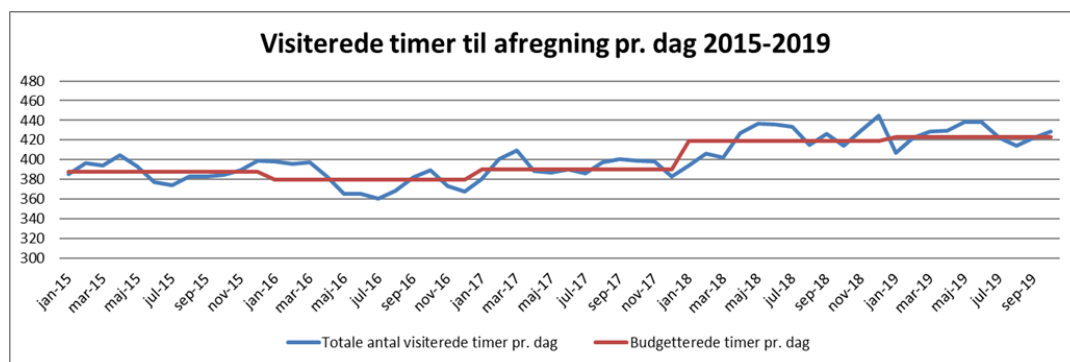
Kommune	Eksempler på styringsinformation
Favrskov	Udvikling i antal visiterede og budgetterede timer pr. dag til hjemmepleje Udvikling i antal visiterede timer til § 83a-forløb og udviklingen i brugere af § 83a-forløb
Faaborg-Midtfyn	Udvikling i antal leverede timer for hele hjemmeplejen og fordelt på hjemmeplejegruppe Målopfyldelse i relation til leverede timer, fravær og eksterne vikarer for hele hjemmeplejen
Høje-Taastrup	Udvikling i antal visiterede timer for hele hjemmeplejen og fordelt på ydelsestyper og hjemmeplejegruppe Udvikling i antal brugere af § 83a-forløb fordelt på pakketyper
Mariagerfjord	Udvikling i antal disponerede timer for hjemmeplejen og fordelt på ydelsestyper og hjemmeplejegruppe Udvikling i antal visiterede timer for private leverandører i alt og fordelt på ydelsestyper
Varde	Sammenligning af antal visiterede og disponerede timer fordelt på ydelsestyper og udførerenshed
Vordingborg	Lønforbrug fordelt på lønkategorier (overarbejde, ferie, eksterne vikarer mv.) Antal visiterede timer i alt og for hvert distrikt fordelt på måneder

Note: Høje-Taastrup Kommune har i øjeblikket ikke adgang til aktivitetsdata på grund af implementering af nyt omsorgssystem.

Eksempelvis modtager fagchefen i Favrskov Kommune månedligt en opgørelse af bestillerbudgettet med det samlede budget, forbruget til dags dato, forventet forbrug resten af året, forventet afvigelse fra budgettet samt en realiseret og forventet forbrugsprocent. Boks 7.3 viser et eksempel herpå. Fagchefen modtager desuden forskellige oplysninger om udviklingen i aktivitetsniveauet for hjemmepleje og rehabiliteringsforløb (sidstnævnte ikke vist i Boks 7.3, se dog Boks 7.6), herunder udviklingen i visiterede og budgetterede timer pr. dag til hjemmepleje månedsvis siden januar 2015, jf. Boks 7.3.

### Boks 7.3 Eksempel på styringsinformation vedrørende. hjemmeplejen (Favrskov Kommune)

	2019 - Skøn
<b>Samlet budget hele året</b>	<b>63.285.080</b>
Forbrug regnskab 2019 pr. 31/10-19	52.934.016
Forventet forbrug nov.-dec. 2019	10.621.628
<b>Forventet afvigelse 2019</b>	<b>-270.564</b>
Forbrug i %	83,64
<b>Forbrugs% bør max være</b>	<b>83,29</b>



Kilde: Favrskov Kommune

Som et andet eksempel modtager fagchefen i Faaborg-Midtfyn Kommune månedligt en ledelsesinformationsrapport for hvert budgetansvarsområde med data om aktiviteter, vikarforbrug, fravær mv. samt en angivelse af, hvorvidt aftalte målsætninger er opfyldt. Boks 7.4 viser et udklip af forsiden på ledelsesinformationsrapporten for hjemmeplejen. Som det fremgår, gives der ved hjælp af symboler et overblik over, om det samlede hjemmeplejeområde og de enkelte hjemmeplejedistrikter har opfyldt målsætningerne for måneden på udvalgte styringsparametre.

### Boks 7.4 Eksempel på styringsinformation vedrørende hjemmeplejen (Faaborg-Midtfyn Kommune)

Fravær, Eksterne vikarer og Forbrug - For de enkelte gruppe og hele hjemmeplejen				
Områder	Fravær	Eksterne vikarer	Forbrug	Digi-Rehab
Broby	✗	✗	✗	✗
Faaborg (ekskl. Øerne)	✓	✓	✓	✗
Horne-Svanninge	✓	✓	✗	✗
V. Åby	✗	✓	✗	✗
Ringe	✗	✗	✓	✗
Gislev	✓	✓	✓	✗
Årslev	✓	✓	✗	✗
Nattevagt	✓	✓	✓	✗
Hele hjemmeplejeområdet	✓	✓	✗	✗

Kilde: Faaborg-Midtfyn Kommune

Det gælder for de fleste af deltagerkommunerne, at den løbende budgetopfølgning til fagchefen har karakter af en forholdsvis overordnet vurdering af økonomien for henholdsvis det samlede ældreområde og de forskellige budgetansvarsområder (hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger, myndighed mv.). Fokus er på udfordringer (fx væsentlige budgetafvigelser) og opfølgning på aftaler fra forrige måneds budgetopfølgning (fx en handleplan for et distrikt). Ifølge fagcheferne er et væsentligt formål med den løbende budgetopfølgning at vurdere, om budgettet forventes overholdt, jf. regnskabsprognosen, og gøre det muligt for de budgetansvarlige ledere at reagere på eventuelle faresignaler fra økonomiopfølgningen.

Derudover kan fagchefen vælge at se nærmere på udfordringer inden for det enkelte budgetansvarsområde, fx på distriktsniveau i hjemmeplejen. Eksempelvis kan det vise sig, at forbruget af eksterne vikarer er steget, eller at forbrugsprocenten afviger væsentligt fra det forventede eller fra sidste års forbrugsprocent på samme tidspunkt. I disse tilfælde bistår økonomifunktionen typisk med særkørsler af data og uddybende analyser.

Som i de øvrige deltagerkommuner foretager fagchefen i Vordingborg Kommune løbende en overordnet vurdering af økonomien på området. Fagchefen er dog mere involveret i den løbende økonomiopfølgning med de decentrale ledere, idet fagchefen sammen med økonomikonsulenten på månedsbasis deltager i budgetopfølgningsmøder med hver enkelt distriktsledelse. På disse møder gennemgås typisk den forgangne måneds indtægter og udgifter (især lønforbrug), forventet regnskab, aktivitetsudvikling mv., og eventuelle faresignaler samt korrigerende handlinger drøftes og aftales.

### **Budgetopfølgning til myndighedsleder**

Omdrejningspunktet for deltagerkommunernes budgetopfølgning til myndighedslederen er opfølgning på myndighedsbudgettet.<sup>35</sup> Myndighedsbudgettet er den budgetramme, som myndighedslederen typisk har budgetansvaret for, og som myndighedsfunktionen forvalter i forbindelse med visitation til og bestilling af indsatser hos udfører. Opfølgning på myndighedsbudgettet indebærer generelt, at der løbende følges op på niveauet for og udviklingen i forbruget af myndighedsbudgettet, både i forhold til økonomi og aktiviteter, fx visiterede timer. Forbrugsudviklingen sammenlignes ofte med tidligere år, og der foretages en så præcis prognostisering af det forventede regnskab som muligt, som sammenholdes med budgettet.

Budgetopfølgningen til myndighedslederen indeholder derfor typisk økonomioplysninger om oprindeligt og korrigeret budget, forbrug, forventet regnskab og afvigelser i forhold til budgettet. Derudover indgår aktivitetsdata i form af oplysninger om antal modtagere, antal visiterede timer mv. Boks 7.5 viser som eksempel herpå, hvilke oplysninger myndighedslederen i Varde Kommune anvender i den løbende opfølgning på myndighedsbudgettet.

---

<sup>35</sup> I undersøgelsen har der ikke været fokus på opfølgning på myndighedsfunktionens lønudgifter.



## Boks 7.5 Eksempel på ledelsesinformation i budgetopfølgning til myndighedsleder (Varde Kommune)

I Varde Kommune har myndighedslederen månedlige økonomimøder med fagchef og økonomikonsulenter. På møderne gennemgås økonomien, som myndighedslederen er ansvarlig for, herunder fritvalgsområdet. I opfølgningen ses der bl.a. på korrigeret budget, forbrug, restbudget og forbrugsprocent. Nedenfor vises et udsnit af det Excel-ark, der danner grundlag for dialogen om økonomitallene.

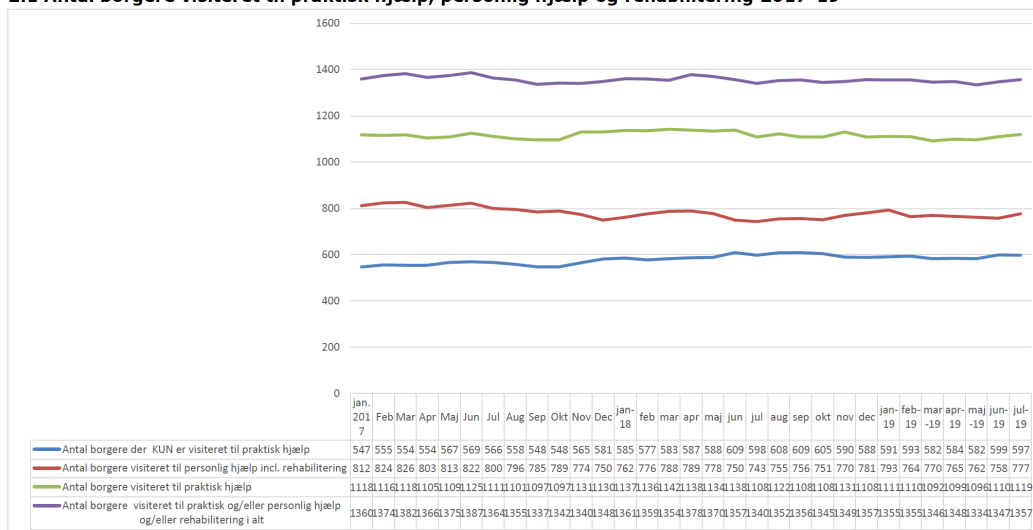
Rækkenavn	Korrigeret Budget	Forbrug	Restbudget	Forbrugsprocent
05 Sociale opgaver og beskæftigelse	184.264.037	91.443.811,81	92.820.225,19	49,6
30 Tilbud til ældre	148.089.069	75.599.837,48	72.489.231,52	51,1
26 Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til ældre omfattet af frit va	98.053.240	48.819.942,82	49.233.297,18	49,8
441.010 Fællesudgifter og indtægter	98.507.120	49.151.339,78	49.355.780,22	49,9
001 Kommunens levering af personlig og praktisk hjælp og madservice, samt rehab	90.714.070	45.198.960,91	45.515.109,09	49,8
0800 Mellemkommunale betalinger	1.770.000	-773.157,81	2.043.157,81	-15,4
5233 Ressourcetilbageføring - Praktisk hjælp	5.475.260	2.474.763,00	3.000.497,00	45,2
5234 Ressourcetilbageføring - Personlig hjælp	57.694.580	30.508.910,00	27.185.670,00	52,9

Derudover får myndighedslederen månedligt en ledelsesinformationsrapport med nøgletal baseret på data fra kommunens omsorgssystem. For hjemmeplejen indeholder rapporten følgende oplysninger:

- Antal borgere visiteret til praktisk hjælp, personlig hjælp og rehabilitering (2017-19)
- Andel af borgere fordelt på aldersgrupper der modtager personlig hjælp i eget hjem (2014-19)
- Antal borgere fordelt på leverandør (2017-19)
- Visiterede timer/døgn fordelt på leverandørgruppe (2017-19)
- Visiterede timer/døgn fordelt på kategorier (2017-19)
- Visiterede timer/døgn fordelt på kompenserende og rehabiliterende indsatser (2017-19)
- Planlagte timer/måned klippekort til hjemmehjælpsmodtagere (2017-19).

Som eksempel viser figuren nedenfor de oplysninger, myndighedslederen modtager om antal borgere visiteret til praktisk hjælp, personlig hjælp og rehabilitering fra januar 2017 til og med juli 2019.

### 2.1 Antal borgere visiteret til praktisk hjælp, personlig hjælp og rehabilitering 2017-19



Kilde: Varde Kommune

Det er gennemgående for deltagerkommunerne, at myndighedslederen i tilfælde af en afvigelse mellem budget og forventet regnskab så tidligt som muligt tager initiativ til at afdække årsagerne til den forventede afvigelse samt iværksætte handlinger for at afværge den forventede afvigelse. Dette sker typisk i tæt samarbejde med økonomifunktionen og øvrige relevante

medarbejdere, herunder visitatorerne. Ofte inddrages også kommunale udførerledere og i nogle tilfælde eksterne samarbejdspartnere, fx private leverandører og sygehuse, i dette arbejde. Denne fremgangsmåde for budgetopfølgningen er eksemplificeret i nedenstående citater:

*Jeg får et omfattende sæt af udførlige data med alt mellem himmel og jord. Jeg kigger på, om der er noget, der skrider nogle bestemte steder: Er det bestemte typer af ydelser, er det mængden eller volumen af ydelser? Er det flere borgere? Færre, men "tungere" borgere, der trækker mange ressourcer? Er det bestemte områder? Så vi bruger det til at sætte fingeren på, hvor det udvikler sig. Typisk vil jeg gå ud i driften og dele det med dem [...] og i samarbejde med dem forholder vi os til mulige handlinger og indsatser. (Myndighedsleder)*

*Noget af det, vi har arbejdet rigtig meget på, er de her nøgletal. Nøgletallene er mit meget væsentlige arbejdsredskab. [...] Begynder det [bevilligede indsatser, red.] pludselig at stige, vil jeg bremse op og kigge på, hvad er det især for nogle indsatser, der stiger, fx mobilitet, og så skal vi have kigget nærmere på det. [...] Vi bruger det [nøgletallene, red.] meget til at dykke ned i og styre. [...] Og er der noget, der begynder at skride, så tager jeg det op med visitatorerne. (Myndighedsleder)*

Som en myndighedsleder påpeger, kan det også være nødvendigt i tilfælde af en forventet overskridelse af myndighedsbudgettet at gå i dialog med politikerne om en (midlertidig) tilpasning af serviceniveauet eller muligheden for en tillægsbevilling.

Visitatorernes rolle i budgetopfølgningen er forskellig, da der er forskelle mellem deltagerkommunerne på, hvordan visitatorerne orienteres om eller inddrages i den løbende opfølgning på myndighedsbudgettet. Ligeledes varierer det, hvilke oplysninger der er tilgængelige for visitatorerne til understøttelse af visitationsarbejdet.

I de fleste af deltagerkommunerne involveres visitatorerne primært i budgetopfølgningen i tilfælde af et konstateret eller forventet merforbrug. Her inddrages de typisk i arbejdet med at finde forklaringer på merforbruget og identificere mulige justeringer i den faglige praksis, som kan bringe budgettet i balance. I nogle deltagerkommuner er der endvidere fast praksis for, at visitatorerne løbende orienteres om og eventuelt kommenterer på niveauet for og udviklingen i aktiviteterne, fx antal visiterede timer eller antal modtagere.

I deltagerkommuner, hvor der er praksis for, at visitatorerne i større eller mindre omfang inddrages i budgetopfølgningen, understreges vigtigheden af både at sikre sammenhæng mellem det politisk fastlagte serviceniveau og visitationspraksis og at have en økonomisk bevidsthed i visitationsarbejdet. En myndighedsleder beskriver nødvendigheden af at koble økonomiske og faglige hensyn således:

*Vi skal aldrig nogensinde derhen, hvor vi siger, at nu har vi ikke mere økonomi, nu skal I holde op med at visitere til det og det. Serviceniveauet er nu engang det serviceniveau, vi har. [...] Men man kan jo godt henlede opmærksomheden på, at der sker det og det, og så finder vi ud af, hvorfor det ser sådan ud. (Myndighedsleder)*

Kortlægningen viser desuden, at man i nogle af deltagerkommunerne arbejder for at øge visitatorernes indblik og inddragelse i opfølgningen på myndighedsbudgettet. Eksempelvis er Faaborg-Midtfyn Kommune i 2019 begyndt at give visitatorerne indblik i myndighedsbudgettet, fx udviklingen i antal visiterede og leverede timer til hjemmepleje, i forbindelse med de ugentlige

teammøder. Ifølge kommunen for at understøtte ressourcerevidstheden og følelsen af medansvar for overholdelse af myndighedsbudgettet blandt visitatorerne.

### **Budgetopfølgning til daglig leder af rehabiliterende terapeuter**

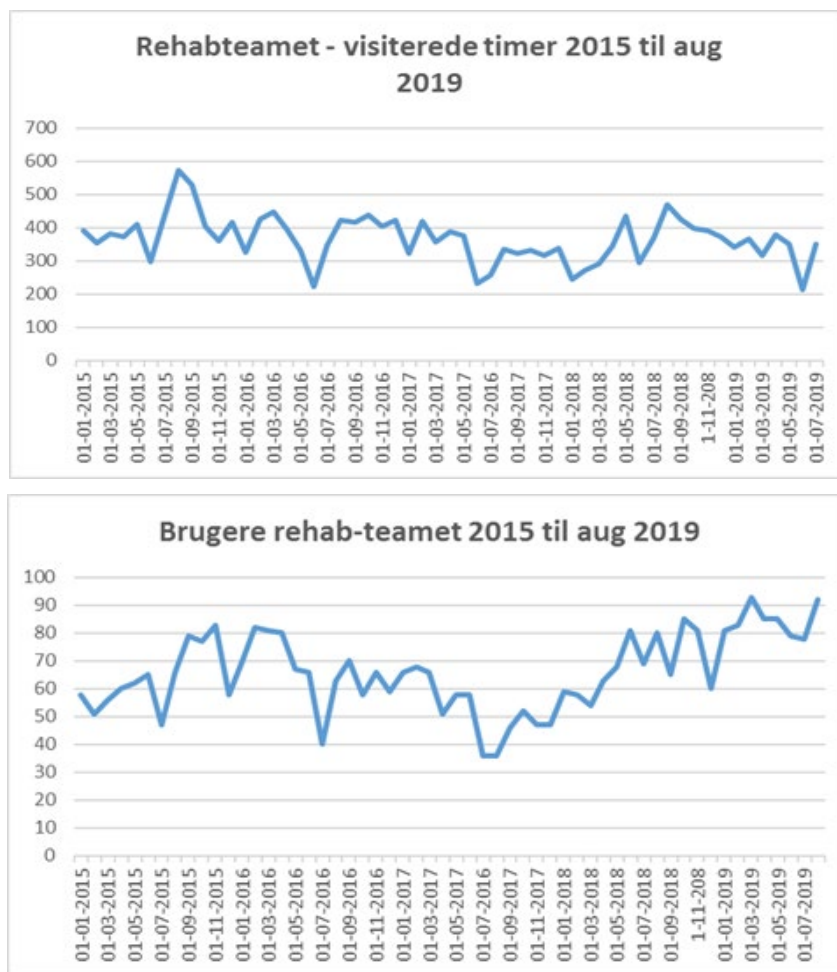
Seks deltagerkommuner har en rammebaseret tildelingsmodel for de terapeuter, der varetager § 83a-forløb, jf. afsnit 4.4. Lederen af rehabiliteringsterapeuterne får i disse kommuner tildelt en fast ramme, inden for hvilken terapeuternes § 83a-indsats skal leveres. Kun i Høje-Taastrup Kommune er rehabiliteringsteamet aktivitetsstyret.

Deltagerkommuner med rammestyring for rehabiliteringsterapeuterne foretager i udgangspunktet budgetopfølgning ved at gøre status på lønudgifter og øvrige udgifter samt foretage en vurdering af forventningen til forbruget i den resterende del af året. Sidstnævnte handler primært om prognostisering af løn til terapeuterne.

Derudover er det et fællestræk blandt deltagerkommuner med rammestyring, at der løbende er fokus på at sikre et aktivitetsniveau, der er afstemt med den økonomiske ramme, jf. også afsnit 4.4. Myndighed og udførere drøfter således løbende mulighederne for at sikre et passende aktivitetsniveau ift. § 83a-forløb. Det sker bl.a. i forbindelse med budgetopfølgningen. Der er forskel mellem deltagerkommunerne på, hvor systematiseret denne dialog er, og flere af kommunerne peger da også på et forbedringspotentiale.

I nogle af deltagerkommunerne med rammestyring indeholder budgetopfølgningen dog konkrete data om sammenhængen mellem aktivitetsniveauet og den økonomiske ramme i en vurdering af terapeuternes produktivitet og udnyttelsen af budgetrammen. Eksempelvis modtager lederen af rehabiliteringsteamet i Favrskov Kommune månedligt en opgørelse af bl.a. udviklingen i antal visiterede timer til og antal modtagere af § 83a-forløb, jf. Boks 7.6. Boksen viser to grafer, som beskriver udviklingen i henholdsvis antal visiterede timer og antal brugere i årene 2015-2019. Disse opgørelser kobles med lønudgifter til teamets terapeuter, hvilket gør det muligt for lederen hele tiden at følge timeprisen for og enhedsudgiften til § 83a-forløb. Dermed understøttes både ressourcestyring og aktivitetsbaseret økonomistyring.

**Boks 7.6** Eksempel på styringsinformation til leder af rehabiliteringsteam (Favrskov Kommune)



Kilde: Favrskov Kommune

Høje-Taastrup Kommune har som nævnt en aktivitetsbaseret tildelingsmodel for det udkørende rehabiliteringsteam, jf. afsnit 4.4. Lederen af teamet har derfor løbende fokus på både indtægts- og udgiftssiden. Lederen anvender oplysninger om udgifter til at få et overblik over det hidtidige forbrug og forventningen til forbruget resten af året. Derudover anvender lederen bl.a. oplysninger om start- og slutdato (og dermed forløbslængden), hvilke hjemmeplejeydelser borgerne eventuelt modtager før § 83a-forløbet, samt hvilke hjemmeplejeydelser borgerne modtager efter § 83a-forløbet (henholdsvis ved afslutning og efter tre måneder).<sup>36</sup> Også i Høje-Taastrup Kommune er det væsentligt, at der er sammenhæng mellem udgifterne til det udkørende team og finansieringsgrundlaget, dvs. antallet af visiterede § 83a-forløb. Det arbejder man på at sikre ved, at de udkørende terapeuter i tilfælde af ledig tid løser andre opgaver,<sup>37</sup> ligesom man har løbende dialog med visitationen og hjemmeplejen om borgere, som kan have gavn af et § 83a-forløb, jf. også afsnit 6.5.

<sup>36</sup> På grund af implementering af nyt omsorgssystem er der aktuelt ikke adgang til valide aktivitetsdata om § 83a-forløb i Høje-Taastrup Kommune. I stedet registreres aktiviteter i et Excel-ark.

<sup>37</sup> Rehabiliteringslederen i Høje-Taastrup Kommune er daglig leder for både rehabiliteringsteamet (udkørende team) og en døgnrehabiliteringsenhed og har mulighed for at lade terapeuterne i rehabiliteringsteamet løse opgaver i døgnrehabiliteringsenheden.

## Budgetopfølgning til udførerledere i den kommunale hjemmepleje

I dette afsnit beskrives budgetopfølgning til forskellige niveauer i udførerledet, herunder områdeleder og distriktsledere. Der kan være forskel på, hvad budgetopfølgningen rummer, afhængig af, om opfølgningen sker til områdelederen for hjemmeplejen eller til lederen af et hjemmeplejedistrikt. Det afhænger desuden af ældreområdetets organisering, hvad der er den enkelte leders budgetansvarsområde, jf. også kapitel 3 og kapitel 5.

Et fællestræk ved indholdet af budgetopfølgningen til udførerlederne i deltagerkommunerne er, at der for hvert budgetansvarsområde løbende ses på forholdet mellem indtægter og udgifter. I udgangspunktet er det målet, at driften hele tiden er i balance, altså at der løbende er overensstemmelse mellem indtægter og udgifter. Dog tages der i budgetopfølgningen højde for, at der i hjemmeplejen opleves sæsonudsving. Se også afsnit 5.4. Eksempelvis er lønudgifterne forholdsvis høje i april og maj måned på grund af udbetaling af feriepenge.

I de fleste af deltagerkommunerne omfatter budgetopfølgningen endvidere en forbrugsprocent, en *forventet* forbrugsprocent eller begge dele. Deltagerkommunerne beregner forventet forbrugsprocent forskelligt, men beregningen er alle steder baseret på forbruget det foregående år eller tidligere års forbrug.

Ved en budgetopfølgning kan der konstateres ubalance i driftsbudgettet, fx pga. et merforbrug, der overstiger det eventuelt forventede, eller en forbrugsprocent, der overstiger den forventede. I de tilfælde afsøges der forklaringer på ubalancen, og nødvendigheden af korrigerende handlinger drøftes og besluttet. Centralt i den forbindelse er en vurdering af, om den observerede forklaring på afvigelsen, fx øget vikarforbrug eller nedgang i aktivitetsniveauet, forventes at fortsætte eller ændre sig, eventuelt som følge af en justering af driften, fx en regulering af bemanningen. Ifølge de interviewede udførerledere er det både data og erfaring, der ligger til grund for denne vurdering.

Et eksempel på, hvordan praksis i forhold til at drøfte og skabe opmærksomhed på potentielle ubalancer ved budgetopfølgningen, stammer fra Favrskov Kommune. I Favrskov Kommune er der fast praksis for, at økonomikonsulenten som led i den månedlige budgetopfølgning sender en opgørelse til hver enkelt distriktsleder med en markering af eventuelle udviklinger eller forventede merforbrug, de skal være opmærksomme på. På den baggrund er der typisk en dialog mellem distriktslederne og deres gruppeledere, og distriktslederen beder eventuelt økonomikonsulenten om særkørsler af data og uddybende analyser til at understøtte dialogen og vurdering af mulige handlinger.

En væsentlig del af budgetopfølgningen til udførerlederne i den kommunale hjemmepleje er desuden opfølgning på niveauet for og udviklingen i aktiviteter, fx udviklingen i antal visiterede timer eller antal modtagere. Det skyldes, at hjemmeplejen i alle deltagerkommunerne afregnes efter aktiviteter, jf. afsnit 4.3, og at antallet af aktiviteter – sammen med timeprisen – således udgør det indtægtsgrundlag, som udgifterne løbende skal afstemmes med. Kortlægningen viser, at der i alle deltagerkommunerne følges tæt op på niveauet for og udviklingen i aktiviteter i den kommunale hjemmepleje samlet set og fordelt på distrikter. I mange af deltagerkommunerne følges der endvidere op på aktiviteter opdelt på ydelsestype (fx personlig pleje og praktisk hjælp) og leveringstidspunkt (fx dag og aften).

Derudover er der dog forskel mellem deltagerkommunerne på, hvilke aktivitetsdata budgetopfølgningen indeholder, og hvordan opfølgningen på aktiviteter foregår i praksis. Eksempelvis varierer det mellem deltagerkommunerne, om antallet af hjemmeplejetimer er opgjort på uge- eller månedsbasis, og om antallet af modtagere indgår i budgetopfølgningen. Der er desuden

forskel på, hvad aktivitetsniveauet og -udviklingen sammenholdes med i deltagerkommunerne. I de fleste deltagerkommuner sammenlignes aktivitetsniveauet og -udviklingen med aktiviteten i tidligere år. I nogle af deltagerkommunerne, fx Middelfart, sammenholdes den faktiske aktivitet tillige med den budgetterede aktivitet.

Boks 7.7 indeholder et eksempel på nogle af elementerne i budgetopfølgningen til udførerledere i den kommunale hjemmepleje i Varde Kommune.

#### Boks 7.7 Eksempel på indhold af budgetopfølgningen til udførerledere i den kommunale hjemmepleje (Varde Kommune)

Tabellen nedenfor viser et uddrag af den månedlige styringsinformation om hjemmeplejen, som tilgår lederen af område Syd i Varde Kommune. Tabellen indeholder en opgørelse af udgifter og indtægter (pr. måned og år-til-dato), korrigeret budget og restbudget. Ud fra denne økonomioversigt kan den budgetansvarlige leder gøre status over den aktuelle situation, blandt andet ved hjælp af rækken med overskriften "Ressourcestyring i alt" og farvemarkeringerne i den yderste kolonne til højre. Desuden kan lederen følge udviklingen i økonomien og foretage disponeringer for den resterende del af året. Som supplement til denne oversigt modtager udførerlederne en mere detaljeret opgørelse af indtægter og udgifter.

Fritvalg SYD	Forbrug	Forbrug	Forbrug	Korr. Budget	Restbudget	
Dok.nr. 44884-19	<b>31-01-2019</b>	<b>30-06-2019</b>	<b>ÅTD</b>	<b>31-12-2019</b>		
<b>Variabel løn</b>						
Fast personale	2.272.079	1.407.708	13.097.421	32.677.442	19.580.021	
Fejlkørsel i løn		1.048.045	1.048.045	0	-1.048.045	
Øvrig ledelse	76.191	59.522	451.128	0	-451.128	
Klippekort	-30.050	-31.383	-189.436	0	189.436	
Vikarer	17.478	17.133	84.631	132.236	47.606	
Vikar bureau	293.798	289.468	1.757.925	0	-1.757.925	
Dagpengerefusioner	0	0	-50.988	0	50.988	
Indtægter	-2.746.963	-2.579.329	-15.751.634	-32.839.420	-17.087.786	
<b>Variabel løn i alt</b>	<b>-117.467</b>	<b>211.166</b>	<b>447.092</b>	<b>-29.742</b>	<b>-476.834</b>	
<b>Variable omkostninger</b>						
Indtægter	-56.055	-52.238	-320.473	-291.230	29.243	
Beklædning	22.105	23.738	145.105	291.230	146.125	
<b>Faste omkostninger</b>						
Uddannelse	918	2.800	7.378	0	-7.378	
Personaleudgifter	8.435	9.921	52.960	199.230	146.270	
Værnemidler	425	508	933	0	-933	
Materialeudgifter	726	2.964	24.893	14.670	-10.223	
Anskaffelser	0	0	0	0	0	
Inventar og materiel	0	0	7.436	0	-7.436	
Indtægter	0	0	0	-199.230	-199.230	
<b>Faste omkostninger i alt</b>	<b>-23.445</b>	<b>-12.307</b>	<b>-81.768</b>	<b>14.670</b>	<b>96.438</b>	
<b>Ressourcestyring i alt</b>	<b>-140.912</b>	<b>198.858</b>	<b>365.324</b>	<b>-15.072</b>	<b>-380.396</b>	

I tillæg til oplysningerne om økonomien modtager udførerlederen i område Syd månedligt en oversigt over udviklingen i antal leverede timer samlet set samt fordelt på ydelsestype og leveringstidspunkt (se tabellen nedenfor). Den yderste kolonne til højre med overskriften "Fremregnet timer" viser det forventede antal timer for hele året baseret på den foreløbige aktivitet i perioden fra januar til og med juni.

### Boks 7.7 Eksempel på indhold af budgetopfølgningen til udførerledere i den kommunale hjemmepleje (Varde Kommune)

Syd	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Total	Fremregnet timer
Praktisk dag	511,83	445,13	481,26	494,82	510,89	453,36	2.897,29	5.842,60
Personlig dag	2.028,10	1.740,69	1.822,19	1.915,78	1.849,37	1.704,43	11.060,56	22.304,44
Personlig weekend	720,13	631,27	780,77	846,45	752,25	823,47	4.554,34	9.184,17
Personlig aften	1.035,57	934,97	1.047,01	1.009,56	1.005,78	1.002,50	6.035,39	12.170,81
Sydgplejen dag	820,24	742,71	816,70	694,82	755,58	707,55	4.537,60	9.150,41
Sygeplejen weekend	260,58	225,21	298,56	323,45	287,38	318,39	1.713,57	3.455,54
Sygeplejen aften	587,86	508,25	587,67	515,42	532,29	540,10	3.271,59	6.597,41
	<b>5.964,31</b>	<b>5.228,23</b>	<b>5.834,16</b>	<b>5.800,30</b>	<b>5.693,54</b>	<b>5.549,80</b>	<b>5.678,39</b>	<b>68.705,38</b>
Gennemsnit pr. dag	<b>192,40</b>	<b>186,72</b>	<b>188,20</b>	<b>193,34</b>	<b>183,66</b>	<b>184,99</b>	<b>188,22</b>	

Kilde: Varde Kommune

Ud over økonomi- og aktivitetsdata følges der i alle deltagerkommunerne tæt op på løndata og fraværdata. Løndata udgøres typisk af oplysninger om samlede lønudgifter og lønudgifter fordelt på relevante lønkategorier såsom ferieudbetaling, overarbejde og løn til eksterne vikarer. Fraværdata kan være oplysninger om antallet af sygefraværdsdage, sygefraværdsprocent mv.

Styringsinformation om lønudgifter udarbejdes typisk af økonomifunktionen, om end de kommunale udførerledere har mulighed for selv at lave lønudtræk fra kommunens økonomisystem. Deltagerkommunerne peger på, at en specificering af og løbende opfølgning på lønudgifter i hjemmeplejen understøtter ressourcestyningen samt muligheden for at identificere årsager til en ubalance i driften og på den baggrund foretage eventuelle korrigerende tiltag. Eksempelvis modtager distriktslederne i Vordingborg Kommune månedligt en oversigt over lønudgifterne til plejepersonalet opdelt på forskellige løndele, jf. Boks 7.8. Ifølge kommunen er disse løndata en vigtig del af grundlaget for de månedlige budgetopfølgningsmøder mellem fagchefen, distriktsledelsen og økonomifunktionen.

### Boks 7.8 Eksempel på styringsinformation om lønudgifter til plejepersonalet i hjemmeplejen (Vordingborg Kommune)

Distriktslederne i Vordingborg Kommune modtager månedligt budgetopfølgingsmateriale, som udover økonomi- og aktivitetsdata indeholder oplysninger om lønudgifter til plejepersonalet fordelt på forskellige lønkategorier. Tabellen nedenfor viser et udsnit af de lønoplysninger, der tilgår en af distriktslederne vedrørende plejepersonalet i hjemmeplejen. Lønkategorier, som ikke er vist i tabeludsnittet, omfatter fx ferie, befordring, ekstratimer, overarbejde, udbetaling af afspadsering, refusion og eksterne vikarer. De to kolonner yderst til højre i tabellen viser henholdsvis samlede lønudgifter og budgetterede indtægter (visiterede timer) for den pågældende måned.

UDE	Løn	Øvrig løn	Div. Løn	Særyd.	6.ferieuge	I alt	BUDGET visiteret
Januar	516.960	4.177	-4.732	9.544	5.525	702.029	779.957
Februar	517.454	5.572	5.912	6.071	0	625.505	741.166
Marts	524.575	9.986	4.675	7.702	0	794.136	813.758
April	543.021	11.422	4.908	11.266	0	802.126	754.813
Maj	544.299	11.993	19.918	6.872	51.923	694.061	725.541
Juni	563.921	12.025	6.987	6.342	8.764	684.685	667.782
Juli						0	747.170
August						0	747.170
September						0	747.170
Oktober						0	747.170
November						0	747.170
December						0	747.170
	<b>3.210.230</b>	<b>55.175</b>	<b>37.667</b>	<b>47.797</b>	<b>66.212</b>	<b>4.302.542</b>	<b>8.966.034</b>

Kilde: Vordingborg Kommune

Et andet eksempel på anvendelsen af lønoplysninger stammer fra Favrskov Kommune, hvor udførerlederne følger nøje med i fordelingen af lønudgifter til henholdsvis det faste plejepersonale og eksterne vikarer. I kommunen arbejder man med en grundregel om, at 80 % af lønudgifterne skal gå til fastansatte og 20 % til vikarer. Såfremt mere end 20 % af lønudgifterne (i en periode) går til eksterne vikarer, kan det ifølge kommunen indikere, at økonomien på området skrider.

I deltagerkommunerne sker der desuden mere eller mindre systematisk udarbejdelse af og opfølgning på prognoser for lønudviklingen for plejepersonalet. I Varde Kommune eksempelvis er man i en indkøringsfase i forhold til at erstatte manuelle beregninger af forventede lønudgifter med lønprognoser, beregnet ud fra økonomisystemet. Lønprognoserne supplerer de månedlige lønoversigter. Målet er med tiden at automatisere og ensrette arbejdsgangen for prognostisering af lønudgifter. Kommunen fortæller, at der i øjeblikket laves beregninger af lønudviklingen tre gange om året.

Der foretages desuden løbende opfølgning på plejepersonalets fravær som følge af sygdom, ferie, barsel mv. Fraværsoplysninger produceres af økonomifunktionen eller trækkes af udførerlederne selv fra økonomisystemet. Eksempelvis indeholder styringsinformationen til udførerlederne i Faaborg-Midtfyn og Mariagerfjord Kommuner henholdsvis en fraværspcent og antallet af fraværsgange for hver måned. Boks 7.9 viser et eksempel på løn- og fraværsgange til brug i budgetopfølgningen i hjemmeplejen i Mariagerfjord Kommune.



## Boks 7.9 Eksempel på styringsinformation om løn- og fraværdata vedrørende hjemmeplejen (Mariagerfjord Kommune)



Kilde: Mariagerfjord Kommune

Fælles for deltagerkommunernes budgetopfølgingspraksis er, at løndata og fraværdata især anvendes til løbende at have fokus på (årsager til) fravær og at få nedbragt forbruget af eksterne vikarer. Deltagerkommunerne giver udtryk for, at budgetopfølgningen med udførerlederne om disse delelementer af hjemmeplejen er understøttende for økonomistyringen i forhold til, at regnskabet løbende prognosticeres så præcist som muligt, at eventuelle udfordringer for budgetoverholdelse påpeges så tidligt som muligt, og at der i tide findes løsninger herpå. I en af referencekommunerne er opfølgingspraksis i relation til lønforbrug og -prognostisering skærpet inden for de senere år:

*Det, jeg har arbejdet på at få indført fra dag 1, er detaljestyling i forhold til lønforbrug. Hver leder skal føre en form for ledelsestilsyn. Man skal vide, hvem man har ansat osv. Det stykke arbejde kan man ligeså godt lave hele tiden, samtidig med at man kigger på, hvad koster mine medarbejdere nu, og hvad kommer de til at koste resten af året. (Økonomikonsulent)*

Deltagerkommunerne arbejder løbende på forskellige måder med at forbedre budgetopfølgningen. Det gælder eksempelvis i forhold til dialogen mellem økonomifunktionen og udførerlederne i den kommunale hjemmepleje og i forhold til det datagrundlag, som budgetopfølgningen baserer sig på.

Eksempelvis har Mariagerfjord Kommune inden for de seneste år udvidet økonomifunktionens understøttelse af udførerlederne i den kommunale hjemmepleje, bl.a. i forhold til budgetopfølgning. Det er sket ved flere tiltag, herunder indførelsen af en praksis, hvor en økonomikonsulent månedligt afholder et budgetopfølgingsmøde med områdelederen af hjemmeplejen og distriktslederne, hvor hjemmeplejens samlede økonomi drøftes. Herefter afholdes efter behov særskilte møder med hver enkelt distriktsleder i hjemmeplejen, hvor økonomien samt mulige faresignaler og handlemuligheder drøftes og aftales. Adspurgt om, hvorvidt ændringen af økonomiunderstøttelsen har haft betydning for udførerledernes økonomistyring, svarer fagchefen i kommunen således:

*I dén grad. [...] Alle mennesker har noget, de kan, og noget, de ikke kan. Så det er sjældent, at dem, vi ansætter [som udførerledere, red.], også er verdensmestre i økonomistyring. Det er heller ikke det vigtigste. Det må der være andre, der kan. [...] Det sidste, han [økonomikonsulenten, red.] kom med, var, at lederne selv skal registrere oplysninger om medarbejdere, der går på barsel osv. "Skal vi ansætte en ny?", "Nej, det tror jeg ikke." Det dér med hele tiden at prøve at stimulere, hvor præcise og pædagogiske de prognoser, vi arbejder med, er. [...] På den måde tænker jeg, at den økonomiopfølgning, de redskaber og den service vi får, også når han kommer ud, bliver bedre dag for dag, måned for måned. Og det er jo rigtig, rigtig vigtigt. (Fagchef)*

Herudover har Mariagerfjord Kommune i de seneste år arbejdet med udvikling af styringsinformation til det decentrale niveau på ældreområdet, hvilket, ifølge udførerlederne i kommunen, har været med til styrke grundlaget for budgetopfølgningen:

*Dér fik vi god hjælp fra økonomi, fordi de har lavet det her styringssystem til os. At vi kan følge vores økonomi i LIS på hjemmeplejen, det har gjort rigtig, rigtig meget. Det kunne vi ikke før. Vi fik tal alle mulige steder fra, og det var svært for mig som leder at gennemskue, hvad betyder det her. Det der med, at man nu kan gå ind og se på lønudgifter i år, hvordan så det ud sidste år, hvordan med sygefravær, vikarforbrug osv. Alt kan man jo finde derinde. Det der med, at man meget hurtigt kan danne sig et overblik og sige: "Hvad skete der lige der, hvorfor stikker den helt af nu?" Og gå til sin kollega eller leder og sige: "Der er et eller andet her." Dét har gjort en forskel." (Udførerleder)*

I Høje-Taastrup Kommune er man ligeledes i gang med at implementere et nyt koncept for budgetopfølgningen til de kommunale udførerledere (områdeleder og distriktsledere), hvor et af formålene er i højere grad at få delagtiggjort distriktslederne i den løbende budgetopfølgning og styrket deres økonomiforståelse og evne til at handle på et oplyst grundlag. Tidligere var budgetopfølgningen koncentreret omkring områdelederen af hjemmeplejen og dermed på et mere overordnet niveau.

Endelig skal det nævnes, at det er kendetegnende for budgetopfølgingspraksis i alle deltagerkommunerne, at der er åbenhed i opfølgningen, forstået på den måde at budgetansvarlige udførerledere på samme ledelsesniveau får indblik i hinandens tal. Eksempelvis modtager hver distriktsleder i Favrskov og Varde Kommuner tallene for alle distriktsledere, og i Mariagerfjord Kommune modtager områdelederen for hjemmeplejen tal for øvrige områdeledere og myndighedslederen. Ifølge deltagerkommunerne kan en høj grad af transparens i budgetopfølgningen blandt andet bidrage til at øge tilliden og forståelsen for hinandens situation på tværs af ledergruppen samt understøtte en kultur, hvor lederne søger inspiration i hinandens praksis. Det fremhæves desuden, at åbenheden kan være med til at understøtte udviklingen af en opfattelse af en "fælles bundlinje" og et fælles ansvar for det samlede ældrebudget.

### 7.3.2 Vurdering

I forhold til det samlede ældrebudget og myndighedsbudgettet er det VIVEs vurdering ud fra deltagerkommunernes praksis, at det er væsentligt for ressourcestyringen, at der udarbejdes pålidelige prognoser for forventet regnskab som grundlag for de løbende budgetopfølgninger. Prognoserne udarbejdes på baggrund af opdateret viden om forventede aktiviteter. Pålidelige regnskabsprognoser understøtter muligheden for i god tid at iværksætte tiltag, der kan imødegå en eventuel kommende budgetoverskridelse. Ud fra deltagerkommunernes erfaringer

kan man med fordel udarbejde regnskabsprognoser på månedsbasis til fagchef og myndighedsleder.

I forhold til styringen af driftsbudgetterne vurderer VIVE, at det er væsentligt, at de kommunale udførerledere løbende har et opdateret overblik over økonomien. Det gælder både hidtil realiserede udgifter og indtægter i året, fx i form af en forbrugsprocent, og forventninger til udgifter og indtægter i den resterende del af året, fx aktivitets- og lønprognoser samt forventede forbrugsprocenter. I den forbindelse er det vigtigt, at der tages højde for sæsonudsving i udgifter og indtægter. Desuden er det VIVEs vurdering, at man med fordel kan have en løbende, tæt dialog mellem udførerledere og økonomikonsulenter om udvikling i forudsætningerne for økonomien, fx forventninger til udviklingen i aktiviteter, personaleforbrug, fravær og vikarforbrug.

I forlængelse heraf er det endvidere VIVEs vurdering, at kommunerne med fordel kan inddrage forskellige typer af data i budgetopfølgningen for at understøtte både ressourcestyling og aktivitetsbaseret økonomistyring. Budgetopfølgningen kan med fordel som minimum være funderet på økonomi- og aktivitetsdata om forbrug og indtægter samt niveauet for og udviklingen i antal timer, modtagere mv. Derudover kan man med fordel gøre brug af detaljerede oplysninger om lønudgifter til og fravær for personalet, som udfører hjemmepleje og § 83a-forløb.

Endelig peger deltagerkommunernes erfaringer på, at det kan være en fordel at overveje, hvilke informationer der er nødvendige for forskellige aktører på området for at skabe overblik og understøtte det løbende behov for styring og prioritering.

## 7.4 Afvigeforklaringer og korrigerende handlinger

### 7.4.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Kortlægningen viser, at alle deltagerkommunerne har enten formaliserede krav om eller fast praksis for at udarbejde afvigeforklaringer, dvs. beskrivelser af årsager til, at regnskabet forventes at ville afvige fra budgettet. I hjemmeplejedistrikterne vil der ofte blive fokuseret på årsager til, at årets udgifter forventes at komme til at overstige årets indtægter. En afvigeforklaring i et hjemmeplejedistrikt kan fx være, at forbruget af eksterne vikarer overstiger budgettede udgifter hertil, at antallet af visiterede timer ligger under det forventede, eller at antallet af disponerede timer ligger over det visiterede.

Ifølge deltagerkommunerne er det dog ikke tilstrækkeligt at kunne forklare, hvorfor der er en forventning om, at budgettet vil blive overskredet eller at der kommer et underskud i driften. Afvigeforklaringerne skal i udgangspunktet ledsages af aftaler om, hvilke korrigerende tiltag den budgetansvarlige leder vil iværksætte for alligevel at overholde budgettet eller for at mindske overskridelsen. Aftaler om korrigerende handlinger beror på en konkret vurdering fra sag til sag og indgås i dialog mellem den budgetansvarlige, eventuelt den budgetansvarliges leder og økonomikonsulenten. I nogle tilfælde, især i forbindelse med budgetopfølgning til politikere eller direktion, indgås der formaliserede aftaler med den budgetansvarlige, fx i form af egentlige, nedskrevne handleplaner. Typisk er der dog tale om mundtlige aftaler om justeringer i praksis, fx fokus på nedbringelse af sygefravær og vikarforbrug eller skærpet opmærksomhed på opsporing af hjemmeplejemodtagere med rehabiliteringspotentiale.

Deltagerkommunerne forklarer den udbredte brug af mundtlige aftaler med, at der generelt eksisterer en høj grad af økonomisk bevidsthed hos både myndighedsleder og udførerledere. Denne sikrer, at der løbende reageres med handling på udsigten til en budgetoverskridelse

eller et underskud. En fagchef beskriver praksis og de budgetansvarlige lederes fokus på økonomistyring på denne måde:

*Der er sjældent sådan udtalte hjemmeopgaver. Et af områderne er lige nu i minus med 700.000 på hjemmeplejeområdet. Så behøver jeg ikke give hjemmeopgaver med hjem, for så ved den pågældende leder godt, at det skal man hjem og prøve på at få til at blive så tæt på 0 som muligt, når året er gået. [...] Hvis det er helt galt, så skrives det ind i referatet, og så tager vi en opfølgning på det efterfølgende møde. Jeg giver ikke specifikke opgaver med hjem. Igen: Det er, fordi vi har den kultur, vi har. De ved godt, at nu er det nu. (Fagchef)*

#### 7.4.2 Vurdering

Det er på baggrund af deltagerkommunernes erfaringer VIVEs vurdering, at det er væsentligt, at man indfører og håndhæver krav om afvigeforklaringer samt drøfter og aftaler eventuelle korrigerende handlinger, hvis der forventes en budgetoverskridelse eller et underskud på driften. Alle syv deltagerkommuner har således i dag fast praksis for afvigeforklaringer og løbende vurdering af behovet for korrigerende tiltag til imødegåelse af forventede budgetoverskridelser eller underskud. Fast brug af afvigeforklaringer og overvejelser om korrigerende tiltag ved forventet merforbrug vurderes således at kunne understøtte ressourcestyringen og det løbende fokus på justering af den faglige praksis.

### 7.5 Styringsinformation om faglige resultater

#### 7.5.1 Kortlægning af deltagerkommunernes praksis

Kortlægningen viser, at deltagerkommunerne kun i begrænset omfang gør brug af data om faglige resultater i budgetopfølgningen på områderne for hjemmepleje og § 83a-forløb, dvs. data, som viser noget om borgerens udbytte af indsatsen, fx typen og omfanget af ydelser før og efter et rehabiliteringsforløb eller målinger af borgeres oplevede livskvalitet. Det fremgår af Boks 7.10, at flere af deltagerkommunerne har enkeltstående eksempler på, at der kan være kortsigtede, positive resultater af § 83a-forløb. Generelt indgår og anvendes styringsinformation om resultater dog ikke systematisk i budgetopfølgningen.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> I en nylig analyse af rehabiliteringsforløb i 17 kommuner konkluderes det ligeledes, at få af de undersøgte kommuner har nøgletal om outcome af rehabiliteringsforløbene, og at endnu færre kommuner bruger dem ledelsesmæssigt og politisk (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2019)).

**Mange af rehabiliteringsmodtagerne bliver mere selvhjulpne (Favrskov og Mariagerfjord)**

Sammen med 15 andre kommuner har Favrskov og Mariagerfjord Kommuner for nylig medvirket i en analyse af rehabiliteringsforløb, herunder måling af rehabiliteringsmodtagernes status, efter de har afsluttet et rehabiliteringsforløb.<sup>39</sup> Af analysen fremgår det bl.a., at borgerne i gennemsnit er blevet mere selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb i begge kommuner.

**Træning med brug af velfærdsteknologi reducerer behovet for hjælp (Faaborg-Midtfyn)**

Faaborg-Midtfyn Kommune har i 2018 gennemført en forsøgsordning, hvor én af kommunens syv hjemmeplejegrupper i forbindelse med gennemførelse af §§ 83 og 83a-forløb har afprøvet et velfærdsteknologisk redskab til fysisk træning af modtagere af hjemmepleje. Med redskabet indsamles der data om effekten af indsatsen i forhold til borgernes behov for hjælp. Forsøgsordningen viste, at man i gennemsnit vil kunne reducere hjælpen til modtagere af hjemmepleje med ca. 40 minutter om ugen. Kommunen implementerede i 2019 træningsredskabet i de øvrige hjemmeplejegrupper.

**Hjælp til og rådgivning om kompressionsstrømper gør borgerne mere selvhjulpne (Vordingborg)**

I Vordingborg Kommune varetager en af medarbejderne i kommunens terapeutteam arbejdet med hjælp til og rådgivning om på- og aftagning af kompressionsstrømper. Ifølge kommunen har denne indsats betydet, at 75 % af brugerne af kompressionsstrømper er blevet selvhjulpne.

Deltagerkommunerne giver udtryk for, at der generelt er behov for mere viden om resultater af bevilgede indsatser, især i relation til rehabiliteringsforløb. Blandt deltagerkommunerne er der en udbredt fornemmelse af, at § 83a-forløb har en positiv betydning, både for den enkelte borgers tilstand og for kommunens økonomi. Det er dog svært for kommunerne at dokumentere resultaterne af § 83a-forløbene, endsige sammenkæde dem til udgifterne. Derfor mangler der viden om, hvordan man bedst bruger pengene. I den forbindelse mangler man indikationer på, om rehabiliteringsindsatsen reducerer behovet for hjemmepleje efter § 83 under og efter § 83a-forløbet, og på hvilket tidspunkt det er fagligt og økonomisk mest fordelagtigt at yde hjælp efter § 83, sammenlignet med § 83a.

En deltagerkommune peger på, at vanskelighederne med at dokumentere resultater af § 83a-forløb er, at det er svært at isolere betydningen af indsatsen. Der kan således være andre forhold end rehabiliteringsindsatsen, der påvirker borgerens tilstand, fx sygdom, som er uafhængig af § 83a-forløbet. En myndighedsleder beskriver udfordringen således:

*Det [måle effekten af rehabiliteringsindsatsen, red.] er et rigtig godt spørgsmål, det er virkelig svært. Jeg synes, der mangler nogle måleværktøjer. Vi arbejder med et digitalt træningsredskab, der jo faktisk kan følge udviklingen i borgerens fysiske funktionsevne og koble det med den hjælp, borgeren får. Og det kan vi også i vores eget dataudtræk, når borgeren kommer og beder om hjælp: Hvad sker der så i borgerens forløb det næste halve eller hele år? Og de tal kan vi godt trække ud, så på den måde kunne man godt få noget data på, hvordan virker et eller andet. Men igen, du ved ikke, hvad der rammer den her borger. Bliver han ramt af lungebetændelse, eller bliver han udskrevet med en genoptræningsplan på et tidspunkt, får noget 86-træning eller andre ting, der påvirker. Så man bør være varsom med at drage slutninger mellem rehabiliteringsindsatsen og effekten. Det at isolere og sige, "hvilken*

<sup>39</sup> Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2019).

*effekt har det specifikt haft, at man er inde hos et rehabiliteringsteam?”, det er svært.*  
(Myndighedsleder)

Deltagerkommunerne giver generelt udtryk for, at de har en ambition om at måle de faglige resultater af § 83a-forløbene og gerne sammenkæde dem med økonomital. Det er dog ifølge kommunerne vanskeligt at dokumentere forløbenes resultater og eventuelle økonomiske konsekvenser. Det er VIVEs indtryk, at mange af deltagerkommunerne er i gang med et udviklingsarbejde med henblik på at tilvejebringe oplysninger om faglige resultater på et aggregeret niveau og eventuelt koble resultaterne til økonomien.

### 7.5.2 Vurdering

Deltagerkommunerne har endnu begrænset erfaring med at dokumentere faglige resultater af § 83a-forløb, altså hvilken virkning indsatsen har haft på borgerens funktionsevne og behov for hjælp. De peger på et behov for mere sikker viden om faglige resultater af især § 83a-forløb og et behov for i højere grad at kunne koble denne viden til økonomien.<sup>40</sup> Deres udsagn peger således i retning af, at kommunerne med fordel kan udvikle og afprøve forskellige måder at dokumentere faglige og økonomiske resultater af rehabiliteringsforløb på. En større klarhed om faglige resultater af den rehabiliterende indsats kan, sammenholdt med udgifterne, bidrage til at vurdere, om indsatsen ser ud til at have reduceret kommunens udgifter som følge af, at borgerne har et reduceret behov for hjemmepleje efter § 83a-forløb. Denne vurdering vil skulle foretages både på kort og på lang sigt for at tage højde for de langsigtede virkninger af indsatsen. En sådan praksis vil potentielt kunne understøtte en mere resultatbaseret økonomistyring.

---

<sup>40</sup> Der findes generelle undersøgelser af, hvad effekten er af rehabiliterende indsatser til ældre borgere. Se fx Socialstyrelsen (2013) og Petersen et al. (2017). Deltagerkommunerne oplever dog stadig et behov for at kunne dokumentere resultaterne af indsatsen i deres egen kommune.

## Litteratur

- Dalsgaard, C.T., Lemvigh, K. & Panduro, B. (2019): *Det specialiserede voksenområde: Inspiration til den økonomiske styring*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Danmarks Statistik (2018): *Markant flere ældre i fremtiden*. 8. maj 2018, Nr. 180. København: Danmarks Statistik.
- Elm-Larsen, R. (2013): *Forvaltningsrevision. Begreb, Teori og Proces*. 3. udg., Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Houlberg, K. (2014). *David og Goliat i kassen før lukketid - danske kommuners likviditets- og gældsudvikling op til kommunesammenlægningerne i 2007*. *Politica*, (46), 2, 237-257.
- Houlberg, K., Andersen, M.M.Q. & Jordan, A.L.T. (2018): *ECO Nøgletal: Teknisk vejledning 2018*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjærgaard, M., Dalsgaard, C.T., Panduro, B. & Lemvigh, K. (2018): *Økonomistyring af tværgående løsninger: Inspiration til kommunernes økonomistyring af tværgående løsninger målrettet udsatte familier*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kjærgaard, M., Panduro, B., Nørgaard, E., Houlberg, K. & Pedersen, N.J.M. (2017): *Kommunernes økonomistyring 2016. En afdækning af kommunernes økonomiske resultater og økonomistyringspraksis*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- KL (2016): *B17-katalog: Eksempler på styrings- og effektiviseringsinitiativer til inspiration for budgetprocessen 2017*. København: KL.
- Nørgaard, E., Panduro, B. & Christensen, S.H. (2013): *Den automatiserede budgetlægning: Kortlægning af kommunernes demografimodeller*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Nørgaard, E., Kollin, M.S. & Panduro, B. (2018a): *Specialundervisning på folkeskoleområdet: Inspiration til den økonomiske styring*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Nørgaard, E., Kollin, M.S., Panduro, B., Kloppenborg, H.S. & Hansen, M.B. (2018b): *Inspiration til økonomisk og faglig styring på det specialiserede børn og unge-område*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J. & Kjellberg, P. (2017): *Rehabilitering på ældreområdet: Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* København: Sundhedsstyrelsen.
- Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2019): *Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven*. København: Social- og Indenrigsministeriet.
- Socialstyrelsen (2013): *Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktions-evne: Litteraturgennemgang*. Odense: Socialstyrelsen.

# Bilag 1 Uddybende om analysedesign, metode og data

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

## Analysens genstandsfelt

### Hjemmepleje og rehabiliteringsforløb

Det samlede ældreområde forstås her som de kommunale serviceydelser, der ydes til ældre borgere. Udgangspunktet i afgrænsningen er først og fremmest modtagergruppen af 65+-årige borgere. De væsentligste delområder inden for ældreområdet fremgår af Bilagstabel 1, hvori det primære fokus for denne analyse er markeret.

Kommunernes udgifter til ældreområdet var i 2017 cirka 47 mia. kr.<sup>41</sup> Heraf udgjorde udgifter til plejeboliger 43 %, udgifter til hjemmepleje og § 83a-forløb 31 % og udgifter til kommunal sygepleje 10 %.

**Bilagstabel 1** Afgrænsning af ældreområdet

Fokus	Ydelsestype	Beskrivelse af ydelse	Lovgrundlag
Fokus for analysen	Hjemmepleje	Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til ældre omfattet af frit valg af leverandør	Serviceovens § 83, jf. §§ 91 og 94
	Rehabiliteringsforløb	Korterevarende og tidsafgrænset forløb målrettet borgere med funktionsnedsættelse med det formål at forbedre borgerens funktionsevne og nedsætte behovet for hjemmehjælp	Serviceovens § 83 a
Ikke fokus for analysen	Plejeboliger	Pleje og omsorg mv. af primært ældre undtaget frit valg af leverandør	Serviceovens § 83, jf. §§ 93, 83a og 85 samt friplejeboliglovens § 32
	Kommunal sygepleje	Sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation	Sundhedslovens § 138
	Generelle tilbud og forebyggende hjemmebesøg	Tilbud med aktiverende og forebyggende sigte samt besøg i borgerens eget hjem	Serviceovens §§ 79 og 79a
	Afløsning og aflastning samt midlertidige ophold	Afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre mv., der passer en person med nedsat funktionsevne, samt midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje	Serviceovens § 84
	Træning og genoptræning	Træning til ældre, som er midlertidigt svækket eller har behov for at fastholde erhvervet funktionsevne, samt genoptræning i tilknytning til sygehusindlæggelse	Serviceovens § 86 og sundhedslovens § 140
Hjælpe midler	Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording til ældre	Serviceovens §§ 112, 113, 116 og 117	

Kilde: Serviceoven. Sundhedsloven.

<sup>41</sup> Udgifterne er her afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82. Afgrænsningen følger ECO Nøgletal (dog tillagt udgifter til genoptræning) og benytter ikke den tidligere anvendte fordelingsnøgle for udgifter til hhv. ældre- og handicapområdet (KL (2016)).



Det bemærkes, at der i analysen er fokus på myndighedsfunktionen, som er "forbrugets kilde" på ældreområdet. Der fokuseres derimod i mindre grad på den konkrete drift af de decentrale enheder. Det vil sige, at analysen kigger på de styringsmæssige rammer for de decentrale enheder, herunder bestiller-udfører-relationen, men ikke på økonomisk effektiv drift af enhederne.

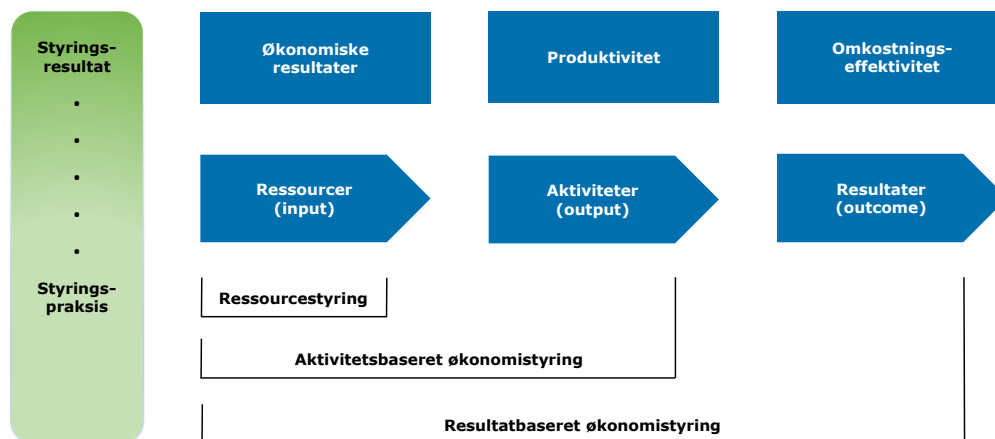
### Økonomisk styring

Analysen tager afsæt i en bred tilgang til økonomisk styring. Den brede tilgang er kort gennemgået her og er beskrevet nærmere i rapporten "Kommunernes økonomistyring 2016" fra VIVE (dengang KORÅ),<sup>42</sup> Tilgangen er baseret på eksisterende litteratur<sup>43</sup>. Kommunal økonomistyring kan defineres i tre dimensioner:

- ressourcestyring (sigter på at opnå gode økonomiske resultater)
- aktivitetsbaseret økonomistyring (sigter på at opnå høj produktivitet)
- resultatbaseret økonomistyring (sigter på at opnå høj omkostningseffektivitet).

Ressourcestyring knytter sig til inputsiden af den kommunale produktionsproces og har økonomiske resultater, fx budgetbalance og udgiftsstyring, som væsentligt genstandsfelt. Aktivitetsbaseret økonomistyring relaterer sig til forholdet mellem input og output, dvs. udgifter og aktiviteter, og vedrører hermed kommunens produktivitet. Resultatbaseret økonomistyring beskriver forholdet mellem input og outcome og er altså et spørgsmål om, hvor gode faglige resultater der opnås for et givet budget. De tre dimensioner fremgår af Bilagsfigur 1.

**Bilagsfigur 1** Økonomistyringsdimensioner



### Den kommunale styringskæde

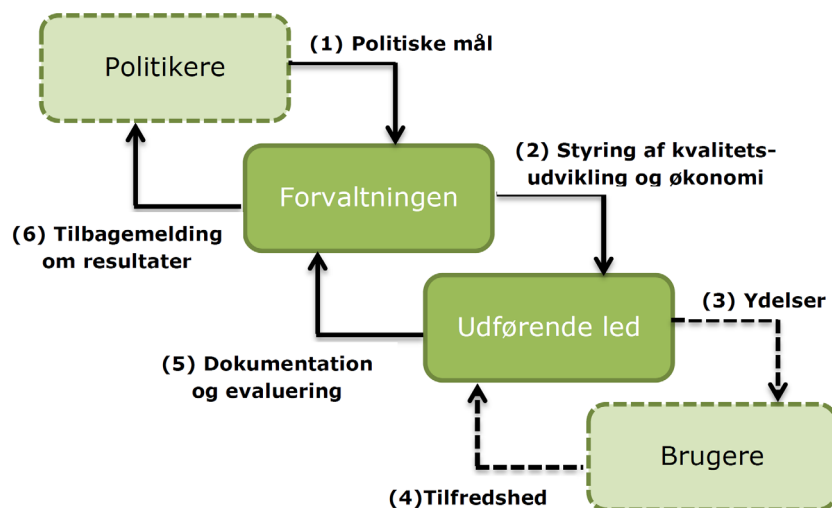
I analysen tages der endvidere afsæt i den kommunale styringskæde, som er illustreret i Bilagsfigur 2. Udgangspunktet i den kommunale styringskæde er, at de politiske mål via forvaltningen omsættes til ydelser på det udførende niveau, fx af leder og medarbejdere i decentrale driftsenheder. Endvidere foretages der en tilbagemelding til politikerne om resultaterne af de kommunale aktiviteter. Det skal påpeges, at "brugere" og sammenhæng nr. 3 og 4 ikke er inddraget i analysen, og derfor er markeret med en anden farve i Bilagsfigur 2. Herudover skal

<sup>42</sup> Kjærgaard et al. (2017).

<sup>43</sup> Blandt andet Houlberg (2014) og Elm-Larsen (2013).

det påpeges, at politikere ikke er inddraget direkte som informanter i analysen. Sammenhæng nr. 1 og 6 er dog søgt belyst ved hjælp af interviewene med repræsentanterne fra forvaltningen.

**Bilagsfigur 2** Den kommunale styringskæde



Kilde: KL (2009). Tilrettet af VIVE.

Udgangspunktet i den kommunale styringskæde sikrer, at analysen blandt andet ser på, hvordan økonomistyringen kan understøtte den politiske styring. Derudover sikrer det, at der er fokus på både de retningsgivende og de opfølgende og korrigerende elementer i styringen. Endelig sikrer det, at de relevante organisatoriske niveauer i den kommunale styring inddrages, og at der er blik for sammenhængene i styringskæden i analyserne.

Dataindsamlingen og analysen har taget udgangspunkt i følgende temaer:

- Strategi og retningslinjer
- Økonomistyringsprincipper, herunder økonomistyringsmodeller
- Organisering
- Visitation og opfølgning
- Budgetlægning
- Budgetopfølgning og anden styringsinformation
- Økonomistyringskultur.

Der er i analysen fokus på både deltagerkommunernes formelle retningslinjer og principper samt deres reelle implementering heraf.

## Valg af deltagerkommuner

Analysen er tilrettelagt som en kvalitativ analyse i syv kommuner, heraf fem kommuner med 'god økonomistyring' og to referencekommuner, jf. nedenfor. Fordelingen bygger på, at det er en del af undersøgelsens formål at komme med eksempler på god økonomistyringspraksis. Derfor er der blandt deltagerkommunerne en overvægt af kommuner med 'god økonomistyring', dvs. gode økonomiske styringsresultater.

De syv deltagerkommuner er valgt på baggrund af en udvælgelsesproces i to trin. I første trin er der ud fra registerdata udvalgt en bruttotrup på ti kommuner med gode økonomiske styringsresultater og fire referencekommuner. I andet trin er der foretaget en screeningsproces, hvor bruttotruppen blev indsnævret yderligere til fem deltagerkommuner med gode økonomiske styringsresultater og to referencekommuner.

### Fra 98 kommuner til 10+4 bruttokommuner

De ti bruttokommuner med gode økonomiske styringsresultater er primært valgt ud fra, at de har relativt god udgiftsstyring på ældreområdet generelt. Kommunernes udgiftsstyring er vurderet samlet ud fra en række parametre, herunder budgetoverholdelse, budgetpræcision, udgiftsniveau og udgiftsudvikling på ældreområdet samt udvikling i antal ældre.<sup>44</sup>

Derudover er der udvalgt en bruttogrube på fire referencekommuner. Det primære kriterium for udvælgelse af disse fire kommuner er, at de *ikke* har udvist god udgiftsstyring på ældreområdet, vurderet ud fra de ovennævnte parametre.

De anvendte kriterier for valg af bruttokommuner fremgår af Bilagsboks 1.

#### Bilagsboks 1: Oversigt over kriterier for udvælgelse af de 14 bruttokommuner

##### Primært udvælgelseskriterium

- udgiftsstyring, ud fra en samlet vurdering af:
  - budgetoverholdelse og budgetpræcision på ældreområdet generelt
  - det samlede udgiftsniveau på ældreområdet pr. 65+-årig og pr. 80+-årig
  - indikationer på relationen mellem udgiftsniveau (2017) og beregnet udgiftsbehov på ældreområdet (2015) (jf. ECO Nøgletal)
  - udgiftsudvikling på ældreområdet generelt, samlet og pr. 65+-årig og pr. 80+-årig
  - udvikling i antallet af ældre borgere.

##### Outliers er søgt fravalgt i forhold til

- udgiftsniveau
- udgiftsbehov
- kommunestørrelse
- anvendelse af private leverandører af hjemmepleje.

##### Variation i forhold til

- geografi.

### Fra 14 bruttokommuner til syv deltagerkommuner

Der er gennemført et telefonisk screeningsinterview med hver af de 14 bruttokommuner. På den baggrund er der udvalgt syv deltagerkommuner. Formålet med screeningsprocessen var at sikre tilstrækkelig variation i deltagerkommunernes styringspraksis, og at deltagerkommunerne ville investere den nødvendige tid i analysen.

Screeningsprocessen blev gennemført som et enkelt telefoninterview pr. kommune med fagchefen på ældreområdet (ældrechef, sundheds- og omsorgschef, centerchef mv.). I telefonin-

<sup>44</sup> Udgifter til ældre er afgrænset til nettodriftsudgifter, inkl. statsrefusion, på følgende konti: 5.32.32 (ekskl. gr. 002 og 003), 5.32.33 (ekskl. gr. 004), 5.32.34, 5.32.35 (ekskl. gr. 001-004, 008 og 091), 5.32.37, 5.22.07 samt 4.62.82.

tervietet blev bruttokommunernes overordnede styringspraksis afdækket. Screeningsmaterialet blev kondenseret i tabelform og præsenteret for styregruppen i Partnerskabet om kommunal økonomistyring, som valgte de syv deltagerkommuner på baggrund af et oplæg fra VIVE.

Deltagerkommunerne er præsenteret ved udvalgte indikatorer i Bilagstabel 2 og 3.

**Bilagstabel 2** Budgetafvigelse og udgifter pr. 65+-årig for de syv deltagerkommuner, ældreområdet

	Budgetafvigelse, 2014	Budgetafvigelse, 2015	Budgetafvigelse, 2016	Budgetafvigelse, 2017	Gns. afvigelse, 2014-2017	Udgifter pr. 65+-årig, 2017
Favrskov	2,7 %	-3,4 %	0,8 %	1,1 %	0,3 %	36.217
Høje-Taastrup	1,7 %	0,6 %	3,6 %	-0,1 %	1,5 %	39.481
Middelfart	0,8 %	-1,6 %	0,7 %	-0,9 %	-0,2 %	36.157
Varde	-7,6 %	-6,8 %	-0,3 %	1,6 %	-3,3 %	39.933
Vordingborg	-2,3 %	-0,2 %	0,8 %	0,1 %	-0,4 %	38.357
Faaborg-Midtfyn	-2,0 %	-2,8 %	0,0 %	-3,7 %	-2,2 %	40.182
Mariagerfjord	0,6 %	-3,4 %	-3,6 %	-0,4 %	-1,7 %	40.385
Hele landet	0,3 %	-0,3 %	0,3 %	-0,4 %	0,0 %	42.957

Note: Budgetafvigelsen er målt ved hjælp af data fra Danmarks Statistik ved at sammenholde det vedtagne budget og regnskabet, jf. udgiftsafgrænsning i fodnote 44. "-" = overskridelser. På grund af ændringer i kontoplanen kan der ikke opgøres retvisende tal for budgetafvigelsen i 2018.

**Bilagstabel 3** Udvikling i udgifter og ældrebefolkning samt udgiftsniveau og udgiftsbehov i de syv deltagerkommuner

	Udvikling i udgifter pr. 65+-årig, 2014-2017	Udvikling i udgifter pr. 80+-årig, 2014-2017	Udvikling i antal 65+-årige, 2014-2017	Udvikling i antal 80+-årige, 2014-2017	Forventet udgiftsbehov ældre 2015, indeks	Indekserede udgifter pr. 65+-årig ift. gns., 2017
Favrskov	-4,2 %	-6,2 %	8,9 %	11,2 %	87	84
Høje-Taastrup	0,6 %	-5,2 %	5,8 %	12,3 %	89	92
Middelfart	-0,9 %	2,0 %	6,7 %	3,6 %	91	84
Varde	-9,0 %	-11,8 %	7,2 %	10,6 %	99	93
Vordingborg	-2,5 %	-1,0 %	8,2 %	6,6 %	97	89
Faaborg-Midtfyn	0,7 %	3,1 %	5,6 %	3,2 %	100	94
Mariagerfjord	2,1 %	3,7 %	7,5 %	5,8 %	97	94
Hele landet	-3,9 %	-3,6 %	6,7 %	6,3 %	-	-

Note: Forventet udgiftsbehov i 2015 er beregnet ud fra ECO Nøgletal. Forklaringskraften i analysen af udgiftsbehovet er 72 % og dermed relativt høj, jf. Houlberg et al. (2018, s. 31). De indekserede udgifter i 2017 og udgiftsbehovet i 2015 kan ikke sammenlignes direkte, så de to tal har været brugt til at få en indikation af relationen mellem udgiftsniveau og udgiftsbehov.

Kilde: Den anvendte udgiftsafgrænsning fremgår af fodnote 44.

## Vurderingskriterier

VIVE har anvendt tre generelle vurderingskriterier for udarbejdelse af anbefalinger på baggrund af deltagerkommunernes styringspraksis. De generelle vurderingskriterier fremgår af Bilagsboks 2.

### Bilagsboks 2: Generelle vurderingskriterier for anbefalingerne

- Kommunernes praksis på områderne for hjemmepleje og § 83a-forløb understøtter ressourcestyring, dvs. en styring, der blandt andet kan bidrage til at opnå budgetoverholdelse.
- Kommunernes praksis på områderne for hjemmepleje og § 83a-forløb understøtter aktivitetsbaseret og resultatbaseret økonomistyring.
- Kommunernes praksis på områderne for hjemmepleje og § 83a-forløb understøtter, at der er sammenhæng og gennemsigtighed i den kommunale styringskæde.

Vurderingen af, om en kommunal praksis kan understøtte god økonomisk styring, er baseret på deltagerkommunernes erfaringer og på VIVEs vurdering af, hvorvidt der med udgangspunkt i dokumenter og interview kan sandsynliggøres en sammenhæng mellem den konkrete praksis og den økonomiske styring.

Kriterierne er desuden anvendt i kombination med kommuneudvælgelsen. Hvis en given praksis i de to referencekommuner er i strid med vurderingskriterierne, og praksis i de fem øvrige kommuner er i overensstemmelse med kriterierne, kan sidstnævnte praksis således lægges til grund for en anbefaling. I mange tilfælde er referencekommunerne på tidspunktet for dataindsamlingen overgået til den samme praksis som de øvrige deltagerkommuner. Her er det så vidt muligt undersøgt, om referencekommunerne tidligere har haft en anden praksis, og om de øvrige kommuner har haft den pågældende praksis i længere tid. Det har dog ikke kunnet undersøges fuldt dækkende for alle temaer og undertemaer i analysen. Herudover kan det forekomme, at nogle af deltagerkommunerne anvender én praksis, og de andre deltagerkommuner anvender en anden praksis, uafhængigt af om de er referencekommuner eller ej. I dette tilfælde er det den praksis, som er bedst i overensstemmelse med vurderingskriterierne, som kan lægges til grund for en anbefaling. Hvis alle syv deltagerkommuner anvender en praksis, der er i overensstemmelse med vurderingskriterierne, kan denne praksis således lægges til grund for en anbefaling.

I en række tilfælde kan der ikke ud fra deltagerkommunernes praksis og vurderingskriterierne peges entydigt på generelle anbefalinger. I disse tilfælde er der afrapporteret fordele og ulemper ved forskellige styringsvalg i stedet for egentlige anbefalinger. Derudover er der tilfælde, hvor ingen deltagerkommuner har konkrete erfaringer, så der ikke er analytisk og empirisk belæg for en anbefaling efter de ovennævnte vurderingskriterier. I de tilfælde har deltagerkommunernes vurderinger været anvendt som grundlag for at pege i retning af en styringspraksis, som man kan overveje at anvende eller kigge nærmere på som kommune. Det er i rapporten søgt tydeliggjort, hvad VIVEs vurderinger bygger på i hvert enkelt tilfælde.

## Datagrundlag og analyser

Datagrundlaget for analysen består af dokumenter fra deltagerkommunerne, en kortlægningsworkshop og ét kommunebesøg i hver af deltagerkommunerne med interview. Nedenfor beskrives indholdet af de tre datakilder, og hvordan de bidrager til analysen.

## Dokumenter og dokumentanalyser

Deltagerkommunerne har sendt eksisterende, væsentlige styringsdokumenter på ældreområdet til VIVE. De dokumenter, som deltagerkommunerne som udgangspunkt blev bedt om at sende til VIVE, fremgår af Bilagstabel 4.

### Bilagstabel 4 Oversigt over dokumenter i analysen

Analysetema	Dokumenter
Politikker, strategier og retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Overordnet politik og politiske målsætninger for ældreområdet</li><li>• Overordnet strategi for styring og udvikling af ældreområdet</li><li>• Strategier for delområder</li><li>• Kvalitetsstandarder/indsatskatalog</li></ul>
Økonomistyringsprincipper	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dokumenter, der beskriver økonomistyringsmodeller</li><li>• Nedskrevne økonomistyringsprincipper</li><li>• Budgettildelingsmodeller for udførende enheder</li></ul>
Organisering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organisationsplan for kommunen og for ældreområdet</li><li>• Kompetenceplan og arbejdsgangsbeskrivelse for visitation</li></ul>
Budgetlægning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Budget 2017, 2018 og 2019</li><li>• Regnskab 2017 og 2018</li><li>• Overordnet budgettildelingsmodel – demografimodel el. lign.</li></ul>
Budgetopfølgning og prognoser	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prognoser for udviklingen i økonomi og aktiviteter</li><li>• Budgetopfølgninger i 2018 og 2019 til politisk behandling med bilag</li><li>• Øvrige opfølgninger på økonomien i 2018 og 2019 fremsendt til politikere, direktion eller chefniveau</li><li>• Administrative økonomiopfølgninger og regnskabsprognoser til opfølgning med myndighedsleder/fagchef</li><li>• Eventuelle økonomiopfølgninger til visitatorer</li></ul>
Styringsinformation og styringsnøgletal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udarbejdet styringsinformation i 2018 og 2019, fx nøgletal for faglige indsatser og resultater, økonomi og administration</li></ul>

Dokumenterne har dannet grundlag for at forberede kortlægningsworkshoppen og de enkelte kommunebesøg og sikre størst muligt udbytte af interviewene i forbindelse med kommunebesøgene. Derudover er der foretaget analyse af udvalgte dokumenter for at afdække deltagerkommunernes formelle styringspraksis i form af nedskrevne principper og retningslinjer.

### Kortlægningsworkshop

Der er afholdt en kortlægningsworkshop med det formål at give deltagerkommunerne og VIVE overblik over kommunernes styringspraksis. Kortlægningsworkshoppen var med til at sikre, at de væsentlige forskelle og ligheder mellem deltagerkommunernes styringspraksis blev afdækket. Oplysningerne fra kortlægningsworkshoppen blev sammen med dokumentanalyserne brugt til at kvalificere interviewguiden til og forberedelsen af interviewene ved de efterfølgende kommunebesøg. På workshoppen deltog fagchefer, myndighedsledere og økonomikonsulenter tilknyttet området.

### Kommunebesøg med interview

Der er ved et kommunebesøg i hver af de syv deltagerkommuner gennemført interview med økonomichefen, økonomikonsulenter tilknyttet ældreområdet, fagchefen, myndighedslederen, teamledere/visitatorer samt ledere for udførende enheder eller områdeledere på udførersiden. Vi har gennemført interview med både drifts- eller områdeledere i hjemmeplejen og med ledere af rehabiliteringsindsatsen i de enkelte kommuner.

Interviewene er gennemført som individuelle interview eller gruppeinterview. Der er i alt gennemført interview med 66 repræsentanter fra de syv deltagerkommuner. Bilagstabel 5 viser fordelingen af interviewpersoner i deltagerkommunerne.

**Bilagstabel 5** Interviewpersoner i de syv deltagerkommuner

Kommune	Økonomi- chef	Økonomi- konsulent	Fagchef	Myndig- hedsleder m.fl.	Visitor (el. team- leder)	Udfører- leder	I alt
Favrskov	1	1	1	1	2	3	9
Faaborg-Midtfyn	0	1	1	1	2	4	9
Høje-Taastrup	2	1	1	1	2	4	11
Mariagerfjord	1	2	1	1	3	2	10
Middelfart	1	2	1	2	1	2	9
Varde	1	2	1	2	2	3	11
Vordingborg	1	1	1	0	1	3	7

Note: I Faaborg-Midtfyn Kommune er souschefen interviewet i stedet for fagchefen.

Interviewene havde primært til formål at afdække kommunernes reelle implementering af vedtagne retningslinjer og principper. De tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Formålet hermed var at sikre, at alle relevante emner blev berørt, samtidig med at nye perspektiver kunne inddrages. Interviewguiden var til dels tilpasset de forskellige repræsentanter i styringskæden. Eksempelvis blev økonomichefen ikke spurgt om visitationsprocessen, mens spørgsmål om demografimodel udgik ved gruppeinterviewene med lederne for de udførende enheder. Variationen i spørgsmålene stillet på tværs af repræsentanterne er dog så lille, at det stadig er meningsfuldt at analysere på tværs af relevante temaer.

Interviewene varede gennemsnitligt en time. Hvis interviewpersonerne var forhindret i at deltage på dagen for kommunebesøgene, blev der gennemført efterfølgende telefoninterview. Dog er der blevet gennemført meget få telefoninterview. Der blev skrevet referat af alle interviewene, som efterfølgende blev kondenseret i datadisplays.

### Vurderingsworkshop

VIVE har faciliteret en vurderingsworkshop med repræsentanter fra alle deltagerkommunerne for på tværs af kommuner at drøfte, kvalificere og udvikle anbefalinger til økonomistyring af voksenområdet. Vurderingsworkshoppen tog udgangspunkt i kommunernes praksiserfaringer og undersøgelsens foreløbige resultater. På workshoppen har kommunerne således aktivt bidraget til at beskrive og kvalificere anbefalingerne til at videreudvikle økonomistyringen på området. VIVE er dog alene ansvarlig for analysens resultater og anbefalinger.

### Kvalitetssikring

VIVE har i denne analyse anvendt sin faste procedure for kvalitetssikring. Kvalitetssikringen af rapporter består af eksterne reviews kombineret med godkendelse af VIVEs ansvarlige forsknings- og analysechef. Endvidere er denne rapport kvalitetssikret ved en høringsrunde i deltagerkommunerne.

**VIDEN**  
**VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD