

# **Gode råd til forberedelse af Ældrelovens omlægning af plejen til faste teams med forløbstakster**



## **Overblik over forløbsmodellen for helhedspleje**

*Ældreloven blev vedtaget den 19. december 2024*

*Loven fastlægger at plejen skal leveres som helhedspleje, hvilket betyder, at hjælpen skal tilbydes som et sammenhængende pleje- og omsorgsforløb, der gør det muligt at tilpasse hjælpen løbende ud fra borgerens aktuelle fysiske, psykiske og sociale behov. Det skal ske inden for få rummelige pleje- og omsorgsforløb, der finansieres gennem forløbstakster.*

*Bliv klogere på, hvordan man kan fastlægge og arbejde med forløbstakster, der understøtter tankerne bag helhedsplejen. Så er I klar til at ændringerne træder i kraft fra 1. juli 2025.*

Forløbsmodellen for helhedspleje understøtter en bevægelse mod mere tillid til medarbejdere og ledelse, hvor den enkelte medarbejder i ældreplejen får flere muligheder, større ansvar og medbestemmelse.

Forløbsmodellen understøtter samtidig, at der løbende leveres progression i borgernes plejeforløb. Den primære effekt som styringsmodellen belønner, er en øgede selvhjulpethed (progression) for den enkelte borger. Sekundære målsætninger er at understøtte en øgede selvbestemmelse for borgerne, en større kontinuitet i de medarbejdere der kommer hos borgeren og en øgede trivsel for medarbejderne i det daglige arbejde. Forløbsmodellen belønner ikke direkte de tre typer af effekter, men er med til at understøtte at de kan nås.

### **Modellen øger det decentrale besluthedsrum**

Forløbs- og styringsmodellen tager afsæt i, at det decentrale ledelsesrum styrkes for at skabe mere værdi for borgerne. De faste teams får i modellen et direkte økonomisk ansvar, hvor borgernes progressionsmål skaber et stærkt incitament til at arbejde for opfyldelse af bestemte effekter, hvor beslutningerne om, hvordan effekten opnås, placeres hos plejeteamet.

Det faste team får et større ansvar for at vurdere, hvordan de i fællesskab kan nå borgerens progressionsmål. Det betyder at teamet selv beslutter hvor lang tid, de vil bruge og hvordan de vil tilrettelægge den daglige helhedspleje. Helhedspleje dækker i styringsmodellen over pleje, der gives i et samarbejde mellem SOSU-assistenten og -hjælper og terapeuter. Sygeplejen kan også indgå i modellen. Den decentrale forløbsmodel giver det faste team mulighed for selv at justere på tiden på de enkelte ydelser og på frekvensen som ydelserne leveres med samt de underliggende indsats som borgeren får uden, at det skal godkendes af visitationen.

### **Modellen gør det attraktivt at understøtte øgede selvhjulpethed hos borgeren**

Med afsæt i den visitation, der foretages af hhv. myndighed (som i dag) tildeles borgeren en forløbstakst, der indeholder en betaling for det antal timer, der kan (men ikke skal) leveres til borgeren pr uge. Der er to typer af forløbstakster. En forløbstakst der er målrettet borgere med udviklingspotentiale, hvor det er forventningen, at borgeren vil opleve en væsentlig forbedring i

funktionsevnen i perioden. En forbedring der enten kan være, at borgeren bliver helt selvhjulpent og kan afvisiteres hjælpen eller væsentlig får reduceret behovet for hjælp. Forløbstaksten giver for en periode på 3 måneder. Den anden forløbstakst gives til borgere med et stabiliseringspotentiale, der er målrettet borgere, hvor det primære mål er at de skal have fastholdt deres funktionsevne dvs. uden forventning om en væsentlig forbedret funktionsevne og dermed reduktion i den tildelte hjælp. Stabiliseringstaksten gives for en periode på en uge, med opfølgning hver 3-6 måned.

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

Den faste forløbstakst dækker både indsatser inden for praktisk hjælp, personlig pleje, ernæring og rehabilitering. Modellen er opbygget omkring 4 forløbstakster for borgere med rehabiliteringspotentiale og 4 takster for borgere med stabiliseringspotentiale. Taksterne følger funktionsevneniveauerne i FSIII

Med forløbstaksten for udviklingsborgere får teamet et stort incitament til at investere i at gøre borgeren mere selvhjulpent fra starten af forløbsperioden, der har en varighed på 3 måneder, da de ikke får flere penge, hvis borgerens tilstand forværres i forløbsperioden. Hvis borgerens tilstand forbedres, så fjernes taksten heller ikke.

Læs også om:

- Overblik over forløbsmodellen (denne artikel)
- Økonomistyring som ledelsesredskab i forløbsmodellen
- Forløbsmodellens faglige og økonomiske incitamenter
- Ny beslutningsstruktur der skal understøtte forløbstaksterne
- Fastlæggelse af forløbstakster, der understøtter helhedspleje
- Budgetansvar i en styringsmodel med forløbstakster

*Profekto rådgiver om udvikling og implementering af ny styring og organisering samt kvalitetsudvikling af plejen. Vi understøtter gennem vores rådgivning den politiske aftale, der i april 2024 er indgået om Helhedspleje for den pleje, der leveres i hjemmet. Den ny styring og organisering af helhedsplejen skal implementeres fra juli 2025.*

*Profekto har udviklet en række redskaber til 1) fastlæggelse af leverance- og driftsmodel for faste tværfaglige teams, 2) fastlæggelse af forløbstakster, 4) fastlæggelse af krav og nøgletal for en bæredygtig drift bl.a. BTP, 5) beregning af bæredygtig ruteøkonomi og 6) styringscockpits for ledelse, planlæggere og teams.*

*Er i nysgerrige på hvordan vi kan hjælpe jer eller har I behov for rådgivning, så kontakt os på mail: [Christian@profekto.dk](mailto:Christian@profekto.dk) eller telefon: 61702063. Eller læs om os på [www.profekto.dk](http://www.profekto.dk).*

# **Gode råd til forberedelse af Ældrereformens omlægning af plejen til faste teams med forløbstakster**



**Afsættet for forløbsmodellen –  
Økonomistyring som ledelsesredskab**

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

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

Økonomistyringsmodellen skal skabe en sammenhæng mellem 1) hvilken pleje der leveres dvs. den samarbejdende helhedspleje, 2) hvordan plejen organiseres dvs. de faste plejeteams med større selvbestemmelse og 3) styringsstrukturen dvs. de nye forløbstakster med indbygget incitament til at skabe progression. Udformningen af de elementer i økonomistyringsmodellen stiller krav til hinanden og forudsætter hinanden.

I ældreplejen ses ofte at de forskellige faggrupper har forskellige incitament, da de er underlagt forskellige lovgivninger. Når hver faggruppe har sit eget budget og styringsstruktur, hvor nogle er rammefinansierede (eks. sygeplejen og træning), nogle er aktivitetsfinansierede (eks. hjemmeplejen), og nogle er medfinansierede (eks. indlæggelser på hospitalet) – så skabes der en unødvendig kompleks styrings- og incitamentsstruktur, alene pga. den forskellige måde man er organiseret på, men hvor organiseringen også kompliceres af, at lovgivningen og dermed styringen er forskellig med forskellige krav og mål.

Den eneste gode løsning er at implementere helt nye organisations- og styringsstrukturer, der kan understøtte den faglige opgaveløsning.

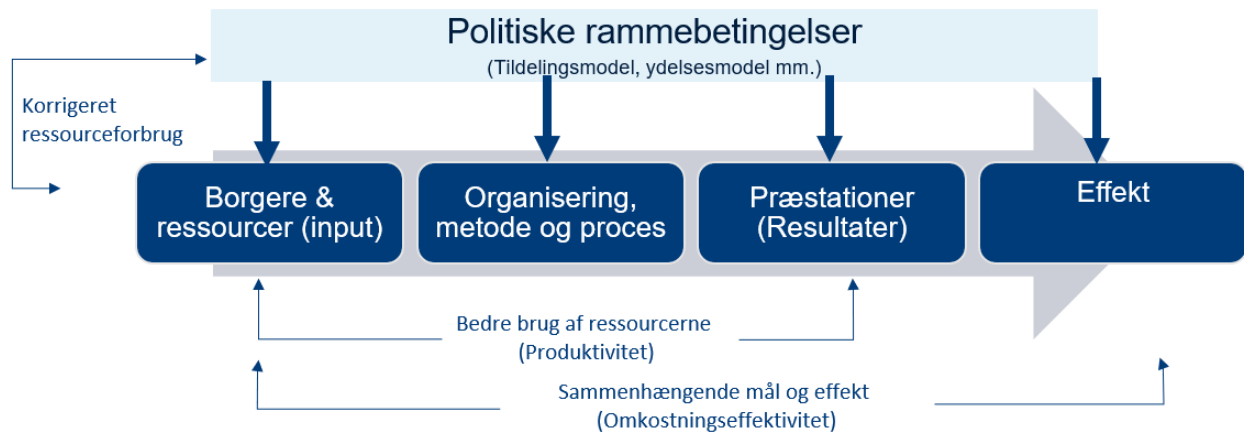
## Elementer i styringsmodel med forløbstakster

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

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

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

Figur 1: Overblik over sammenhænge i styringsmodellen



I forløbsmodellen afspejler progressionen en del af den effekt, der skal leveres af de enkelte teams, der leverer helhedspleje. Den primære effekt som styringsmodellen belønner, er en øgede selvhjulpethed (progression) for den enkelte borger. Modellen understøtter herudover indirekte målsætninger om en øgede selvbestemmelse for borgerne, en øgede kontinuitet og en øgede trivsel for medarbejderne i det daglige arbejde. Forløbsmodellen belønner ikke de tre typer af effekter direkte, men er med til at understøtte at de kan nås.

Effekter kan være hhv. kortsigtet og mere langsigtet.

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

Forløbsstyringen skaber incitamenter der gør, at man får en bedre anvendelse af ressourcerne dvs. at en forbedret produktivitet, ofte udtrykt gennem den BTP der leveres dvs. tid hos borgeren, og forbedret resultater dvs. at flere bliver mere selvhjulpne hurtigere. Det er i modellen i figur 2 udtrykt som "Præstationerne" dvs. et resultat af den "organisering, metode og proces" som man har valgt.

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

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

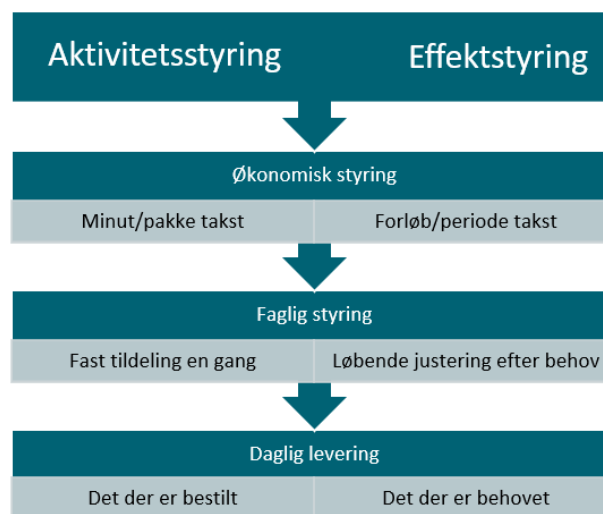
I figur 3 neden for er der oplyst en række centrale kendetegn ved den forløbsbaserede styringsmodel (effektstyring), der skal implementeres. Kendetegnene er sat op mod de tilsvarende kendetegn i den aktivitetsbaserede styringsmodel. Det er den model som hjemmeplejen i dag er underlagt.

# PROFEKTO

Kendetegn ved den forløbsbaserede styringsmodel (effektstyring):

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

Figur 1. Forskel mellem aktivitets- og effektstyring



## Styrket decentralt beslutningsrum

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

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

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

Der sker i forløbsmodellen en decentralisering af beslutningskompetence og økonomisk ansvar til plejeteamet, hvor man går bort fra aktivitetsstyring og i stedet styre med afsæt i forløbstaksterne med tilhørende progressionsmål. Progressionsmålene skal skabe et stærkt incitament til at arbejde for opfyldelse de mål der er sat om bestemte effekter (eks. øgede selvhjulpethed, forbedret kontinuitet eller større selvbestemmelse), mens beslutningerne om, hvordan effekten opnås, placeres hos plejeteamet.

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

Modellen giver en økonomisk tildeling, der giver en motivation for hvert plejeteam til at forfølge de kriterier som der gives penge efter, og nedprioritere andre kriterier i dagligdagen. Modellen påvirker samtidig plejeteamets medarbejders holdninger og opfattelser af den økonomiske styring og skaber dermed nye meninger.



Designet af forløbsmodellen er derfor afgørende for de resultater, der kan opnås, og ikke mindst for hvad der ikke gives incitament til, og dermed hvilke resultater er ikke opnået i samme omfang.

De effekter der følges op på, kan både gå på omkostninger, trivsel, progression og kvalitet.

Forløbsmodellen fungerer i den daglige praksis i nedenstående trin:

- **Borgeren visiteres** til en række mål for udviklingen i borgerens funktionsevne, som det kende i dag af visitationen.
- Med afsæt i visitationen **tildeles borgeren en forløbstakst** der indeholder en betaling for det antal timer der kan (men ikke skal) leveres til borgeren pr uge. Afhængig af forventningerne til udviklingen i borgerens funktionsevne indplaceres borgeren enten som en udviklingsborger eller en stabiliseringsborger. Forløbstaksten udregnes som en ugetakst, der kan gives for en periode på 1 uge, 4 uger eller 12 uger eller længere.
- Efter forløbsperioden skal der ske en **revisitation af borgeren** hvor det vurderes om borgerens forløbstakst skal ændres. I forløbsperioden kan der dog ske en revisitation hvis borgeren får en markant forværring eller forbedring af helbredet.
- Inden for rammerne af forløbstaksten, målene og de ydelser der kan leveres, skal **plejeteamet indrette helhedsplejen** så borgeren bedst og hurtigst muligt opnår de mål der er fastlagt for borgeren. Opnår borgeren hurtigere målene end forudsat i forløbstaksten, så vil teamet opleve en både faglig og økonomisk gevinst. Hvis målene ikke nås som forudsat i forløbstaksten, så vil teamet opleve en økonomisk ekstraudgift.
- Der skal **fortsat ske en dokumentation** af hvad der er leveret af plejeteamet og af borgerens sundhedstilstand mm. Dette bl.a. for at følge op på om borgeren når de fastlagte mål. Der følges endvidere op på om teamet samlet formår at udvikle udviklingsborgerne og stabilisere stabiliseringsborgerne
- Hvert **plejeteam får eget (indtægts- og udgifts-) budget** der dannes med afsæt i de forløbstakster, som hver borger er visiteret til dvs. at der ikke sker afregning efter visiteret tid.



# **Gode råd til forberedelse af Ældrereformens omlægning af plejen til faste teams med forløbstakster**



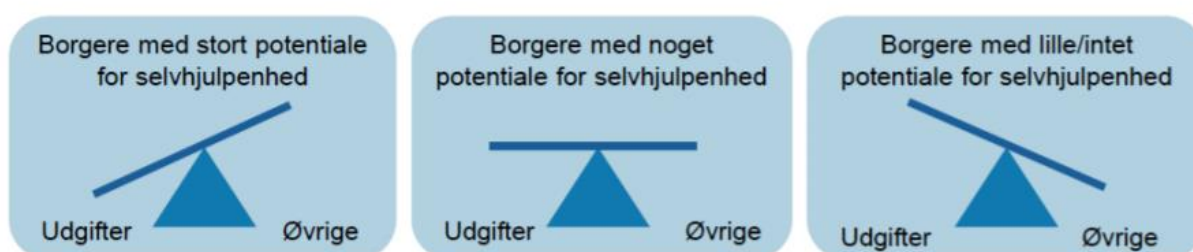
**Forløbsmodellens faglige  
og økonomiske incitamerter**

# PROFEKTO

Den forløbsbaseret tildelings- og styringsmodel tager afsæt i en tildelingsmodel, hvor der opereres med indsatser der leveres af teamet over en given periode. I perioden modtager plejeteamet en samlet effekttildeling (takst) til at dække udgifterne til den pleje, der leveres til borgerne, uanset hvilke personalegrupper i teamet, der varetager opgaverne og uafhængigt om de leveres i dag-, aften- eller weekendvagt.

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

Figur 1. Det overordnede princip for effektafhængige tildelingsmodeller i Ældre- og handicapforvaltningen i Odense Kommune (Kilde: Jensen & Olesen, 2018)



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

## Modellens fundament

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

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

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

For taksterne gælder at der fastlægges en takst, hvor progressionsafhængigheden er indbygget fra start. Det betyder at det for de borgere, der får tildelt taksten forudsættes, at de gennemsnitlig når de effekter der er forudsat for taksten. Der er således ikke tale om en efterregulering af taksten ift.

effekten, men om at der efter et forløb automatisk sker en takstreduktion. Er borgerens mål ikke nået, betyder det at plejeteamet må investere yderligere i træning og rehabilitering, så målet nås.

For alle taksterne gælder, at der indbygges nedenstående effekt forudsætninger:

- At der nås en rehabiliteringseffekt (Progression)
- At borgerens Helhedsplejebehov (og dermed gennemsnitlige funktionsevne) i plejeteamet i forløbsperioden, er 1:1 med det behov som borgerne gennemsnitlig havde i perioden før i kommunen (som udregningen tager afsæt i).

## Forløbstakster i modellen

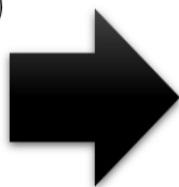
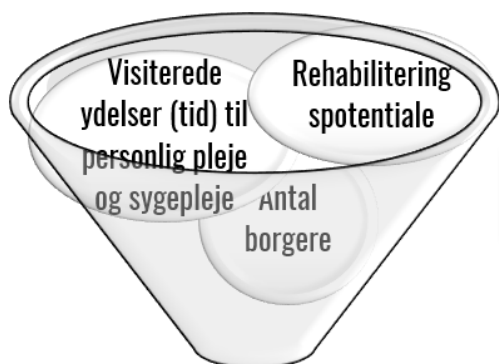
I modellen opereres med tre typer af forløbstakster, der afspejler i de takster, der tildeles borgeren.

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

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

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

Figur 2. Dannelse af forløbstakster, der understøttes af FSIII



Forløbstakster
Borgere med udviklingspotentiale
Borgere med stabiliseringspotentiale
Borgere med behov for mere kompleks døgpleje,
Borgere med behov for .....
FS III Niveauer
1: X timer (besøg) ugentligt
2: X timer (besøg) ugentligt
3: X timer (besøg) ugentligt
4: X timer (besøg) ugentligt
Særlig takst - Over 20 timer (besøg) ugentligt

Udviklings- og stabiliseringstaksterne skal understøttes af en ydelsesstruktur for hhv. hjemmepleje-, rehabiliterings- og træningsydelser (SEL §83, 83a og 140), der giver mulighed for at plejepersonalet løbende kan justere den hjælp der gives til borgeren. Taksterne skal således give et incitament til at styrke selvbestemmelse, kontinuitet og progression samt trivsel.

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

Budgettildelingen til teamet skal give et økonomisk incitament til at flere borgerforløb afsluttes som følge af, at borgeren er blevet selvhjulpent.

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

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

Forløbstaksterne er kendetegnet ved, at:

- Taksterne giver et incitament til at styrke selvbestemmelse, kontinuitet og rehabilitering
- Taksterne øger fokus på, at borgeren er i forløb med den rette faglighed, der kan understøtte progression i forhold til borgerens funktionsevne
- Der er et økonomisk incitament til at flere forløb afsluttes som følge af, at borgeren er blevet selvhjulpent eller gennemføres i klinikker
- At det er en slags rammebevilling for borgeren, hvor hver forløbstakst = gennemsnitsprisen pr. borger pr. uge i et givent forløb/periode. Taksten dækker således alle udgifter til borgeren inden for de ydelser, der leveres af Plejeteamet (typisk §83a, 83, 140 og ikke komplekse sygeplejeydelser) inden for dag-, aften og weekend (nat holdes uden for).

## PROFEKTO

- Taksterne kan give stor faglig frihed ift. valg af hvilke indsatser, der skal gives til den enkelte borger og hvordan de leveres. Teamet beslutningskompetence vil afhænge af den ydelsesstruktur der besluttet i projektet. Medarbejdernes ressourcer- og kompetencer i teamet anvendes således optimalt i forhold til rehabilitering og pleje.
- Taksterne skubber til en adfærd, hvor sygeplejeklinikker anvendes i større omfang og dermed hvor det giver mening, da der i forløbstaksten er indregnet, at en vis del af den delegerede sygeplejen skal levere via klinikkerne. Det skaber et incitament til at bruge sygeplejeklinikkerne mest muligt.

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

# **Gode råd til forberedelse af Ældrereformens omlægning af plejen til faste teams med forløbstakster**



**Ny beslutningsstruktur der skal  
understøtte helhedsplejeforløb**

En forudsætning for at lykkes med en forløbsbaseret styringsmodel er at der lægges et øgede beslutningsansvar ud til teamet om at nå borgerens mål. Det sker gennem en øgede indflydelse på hvilke ydelser borgeren skal modtage og hvor meget hjælp der er behov for.

Hovedpunkter i nye forløbsbaseret ydelsesmodel med forløbstakster

- Borgerens tilstande og funktionsevne vurderes (nuværende og forventet tilstand). Der fastlægges en række mål for borgeren. Borgeren visiteres herefter til en forløbstakst.
- Efter en nærmere fastlagt periode skal der ske revisitation af borgeren hvor det vurderes om borgerens forløbstakst skal ændres. I forløbsperioden kan der dog ske en revisitation hvis borgeren ændrer kategori eks. ved en markant forværring af helbredet, der 'skyldes udefra kommende forhold.
- Inden for rammerne af forløbstaksten, de nuværende og forventede tilstande og de hovedydelser der kan leveres, kan teamet tilpasse ydelserne (selvvisitation på sygepleje – tilpasning af ydelser af servicelov) så borgeren bedst og hurtigst muligt opnår de mål der er fastlagt for borgeren.
- Der skal fortsat ske en dokumentation af teamet på FS III – niveau 2-ydelser af hvad der er leveret af plejeteamet og af borgerens tilstande og de ændringer der sker mm. Dette bl.a. for at følge op på om borgeren når de fastlagte tilstande
- Hver team får eget (indtægts- og udgifts-) budget der dannes med afsæt i de forløbstakster som hver borger er visiteret til dvs. at der ikke sker afregning efter visiteret tid.

### Den nye handleramme for teamet

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

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

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



# **Gode råd til forberedelse af Ældrereformens omlægning af plejen til faste teams med forløbstakster**



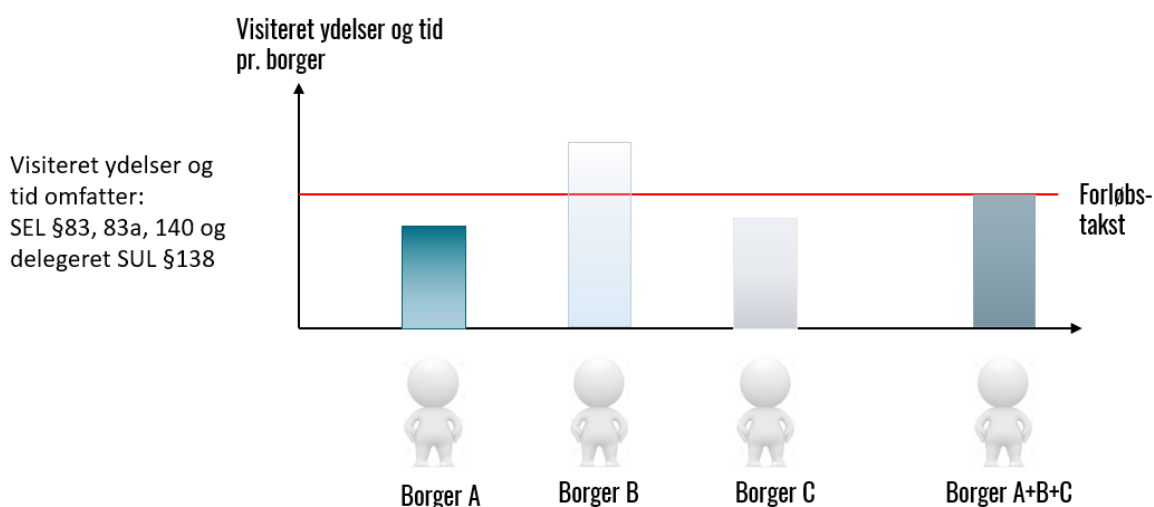
**Fastlæggelse af forløbstakster,  
der skal understøtte helhedsplejen**

I fastlæggelsen af forløbstaksterne skal der ske en opdeling af borger i grupper.

Forløbstakster kan beregnes for som en gennemsnit for alle kommunens brugere med afsæt i data fra kommunen omsorgssystem.

For borgerne der placeres i de forskellige takstkategorier beregnes en gennemsnitlig omkostning pr. borgere. Omkostningen dækker alle de ydelser der tilbydes af plejeteamet.

Figur 1. Beregning af en forløbstakst, som et gennemsnitbeløb



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

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

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

For borgere der er vurderet til at have et stabiliseringspotentiale, er udgangspunktet, at takstniveauet fastholdes. Dette sker dog efter en individuel vurdering fra myndighed ved bevillingsperiodens udløb (typisk efter 3-6 mdr.) i en tæt dialog med teamet og borgeren.

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

## Beregning af forløbstakster

Grundlaget for beregningen af forløbstakter tager udgangspunkt i grundlag for beregningen af timetakster, som eksisterer i dag for hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Det vil sige, at taksten dækker de personalerelaterede omkostninger – løn og lønrelaterede omkostninger (hale-ydelser) og andre personaleudgifter. Lønomkostninger er i denne forbindelse såvel omkostninger vedrørende eget personale og eksternt personale (vikarer). Øvrige variable udgifter (eks. Kørsel, IT/telefon) og faste omkostninger skal medregnes som overhead sammen med lønudgifter til ledelse, planlægning, økonomistyring og controlling samt HR.

Ovennævnte tilgang vil reducere teams incitament i forhold til en omkostningsbevidst adfærd omkring den del af budgettet, som er rammefastlagt, eksempelvis god ruteplanlægning så kørsel minimeres. Konsekvensen af at reducere incitamenterne er dog vurderet begrænset i forhold til de ressourcer, der skal bruges på beregninger/opfølgning, som vil være nødvendige for at lade de rammefaste budgetposter indgå direkte i forløbstaksten.

Forløbstaksten (T) sammensættes af udgifter til:

$T = \text{Timetakst} \times \text{Antal timer}$

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

Antal timer = Det samlede timetal (visiteret) for borgere i den samlede forløbsvarighed (eks. 3 måneder) = timer til §83+ timer til delegeret sygepleje, SUL §138 + timer til §83a + timer til §140 (i hjemmet).

I grundlaget for antal timer indarbejdes en reduktion omkring timer til sygepleje jævnfør forudsætning/mål om flytning af borgere/sygeplejeopgaver til sygeplejeklinikker (Ny SUL§138= SUL §138-ændring i SUL §138 der skal leveres af sygeplejeklinikken

Som del af Ældreloven indføres der fælles regler for beregning af overhead.

### Timetaksten

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

- Bruttoløn
- Ferie, feriefridage, omsorgsdage og helligdage
- BTP-tid
- Medarbejdersammensætning (SSA/SSH/terapeut) – hvad kræver forløbet af medarbejderkompetencer
- Sygefravær og øvrigt fravær.
- Tid der anvendes på dokumentation
- Vikardækning ved ferie, sygdom mv.

## **Gode råd til forberedelse af Ældrereformens omlægning af plejen til faste teams med forløbstakster**



## **Budgetansvar i en styringsmodel med forløbstakster**

# PROFEKTO

Forløbsmodellen for helhedspleje understøtter en bevægelse mod mere tillid til medarbejdere og ledelse, hvor den enkelte medarbejder i ældreplejen får flere muligheder, større ansvar og medbestemmelse.

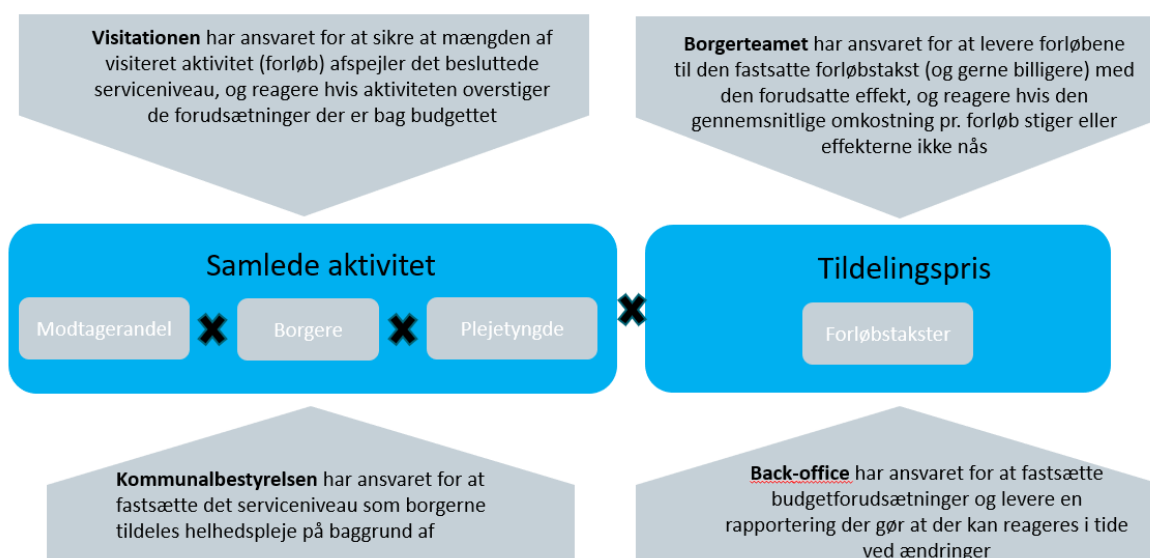
Forløbsmodellen understøtter samtidig, at der løbende leveres progression i borgernes plejeforløb. Den primære effekt som styringsmodellen belønner, er en øgede selvhjulpethed (progression) for den enkelte borger. Sekundære målsætninger er at understøtte en øgede selvbestemmelse for borgerne, en større kontinuitet i de medarbejdere der kommer hos borgeren og en øgede trivsel for medarbejderne i det daglige arbejde. Forløbsmodellen belønner ikke direkte de tre typer af effekter, men er med til at understøtte at de kan nås.

I figuren neden for er der et overblik over de forskellige ansvarsroller der følger med den forløbsbaserede styringsmodel.

Ansvar i modellen er overordnet:

- Kommunalbestyrelsen beslutter antallet af forløbstakster og serviceniveauet (omfang og adgang) og en økonomi der er nødvendig for at levere serviceniveauet.
- Teamet har ansvaret for at levere ydelser og mål med afsæt i de forløbstakster der tildeles borgerne
- Visitationen har ansvaret for at det politisk bestemte serviceniveau overholdes, herunder at gennemføre førstegangsvisitation og revisitation, hvor borgeren indplaceres på en forløbstakst.
- Back-office (administrationen) understøtter den løbende styring, der gør at den afsatte økonomi og det besluttede serviceniveau (omfang og adgang) hænger sammen, og stiller et styringscockpit til rådighed for plejeteams (inkl. visitation)

Figur 1. Illustration af budgetansvaret fordelt på de forskellige interessenter



*Profekto rådgiver om udvikling og implementering af ny styring og organisering samt kvalitetsudvikling af plejen. Vi understøtter gennem vores rådgivning den politiske aftale, der i april 2024 er indgået om Helhedspleje for den pleje, der leveres i hjemmet. Den ny styring og organisering af helhedsplejen skal implementeres fra juli 2025.*

*Profekto driver søge- og kvalitetsplatformen, [www.pleje.dk](http://www.pleje.dk). På [pleje.dk](http://pleje.dk) kan du finde information om den borgeroplevede kvalitet for de kommunale og private leverandører af pleje. Du kan også finde information om leverandørernes fokusområder.*

*Er i nysgerrige på hvordan vi kan hjælpe jer eller har I behov for rådgivning, så kontakt os på mail: [Christian@profekto.dk](mailto:Christian@profekto.dk) eller telefon: 61702063. Eller læs om os på [www.profekto.dk](http://www.profekto.dk).*