

Inspirationsmateriale til

Samarbejde med private leverandører

om rehabiliteringsforløb
på ældreområdet

Inspirationsmateriale til kommuner, som
ønsker at inddrage private leverandører
i gennemførelsen af rehabiliteringsforløb
efter servicelovens § 83 a

RE

HA

BI

LI

TE

RI

NG



Inspirationsguiden er udarbejdet af
Rambøll Management Consulting for
Sundheds- og Ældreministeriet.

Grafisk tilrettelæggelse: Campfire & Co.

Januar 2016

RE HA BI LI TE RI NG

Indhold

1. INSPIRATIONSMATERIALETS INDHOLD	4
2. DERFOR INDDRAGER MANGE KOMMUNER ALLEREDE PRIVATE LEVERANDØRER I REHABILITERINGEN	6
3. CASES: PRIVATE LEVERANDØRER AF REHABILITERING I STRUER KOMMUNE OG FREDERIKSBERG KOMMUNE	8
4. OPGAVEFORDELING OG SAMARBEJDE	12
5. VÆRKTØJER OG MODELLER TIL OPFØLGNING PÅ REHABILITRINGSINDSATSEN	16
6. VALG AF AFREGNINGSMODEL	20
7. HVAD BETYDER DE JURIDISKE RAMMER?	23
8. KOM GODT I GANG MED SAMARBEJDET	24
MERE VIDEN	26



1 Inspirationsmaterialets indhold

Kommunerne har de seneste år sat øget fokus på rehabilitering på ældreområdet. Fra 1. januar 2015 har kommunerne, forud for vurderingen af behovet for hjemmehjælp, været forpligtet til at tilbyde et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb til borgere, hvor det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og nedsætte behovet for hjemmehjælp, jf. servicelovens § 83 a.

Kommunerne har via det frie leverandørvalg i vid udstrækning allerede involveret private leverandører i rehabiliteringsindsatsen, typisk i forbindelse med indsatser med et rehabiliterende sigte inden for hjemmeplejen i forbindelse med levering af ydelser efter § 83. Med lovændringen er der imidlertid opstået et behov for at overveje, hvordan man mest hensigtsmæssigt kan inddrage de private leverandører i en integreret indsats, der også inkluderer rehabiliteringsforløb efter § 83 a.

Inspirationsmaterialet henvender sig til ledere og forvaltningsmedarbejdere, som er involveret i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsindsatsen, herunder specifikt i overvejelser om inddragelse af private leverandører. Det kan fx være ældrechefen, lederen af visitationen, lederen af en kommunal terapeutenhed, konsulenter, økonomikonsulenter og controllere med ansvar for samarbejdet med private leverandører osv.

Inspirationsmaterialet er bygget op med afsæt i erfaringer fra Struer Kommune og Frederiksberg Kommune, herunder en præsentation af tre forskellige dele af et offentligt-privat samarbejde, nemlig opgavefordeling og samarbejde; opfølgning på rehabiliteringsindsatsen og afregning og incitammenter.

Inspirationsmaterialet går desuden bag om de tre forskellige dele af samarbejdet og præsenterer centrale temaer, som I med fordel kan overveje i forbindelse med indgåelse af offentligt-privat samarbejde.

Inspirationsmaterialet er inddelt i otte dele:

1. Derfor inddrager mange kommuner allerede private leverandører i rehabiliteringen
2. Sådan gjorde man i Struer Kommune og Frederiksberg Kommune
3. Opgavefordeling og samarbejde
4. Værktøjer og modeller til opfølgning på rehabiliteringsindsatsen
5. Valg af afregningsmodel
6. Hvad betyder de juridiske rammer
7. Kom godt i gang med samarbejdet
8. Mere viden.

Opbygget som opslagsværk

Inspirationsmaterialet giver en lettilgængelig indføring i mulighederne for at skabe et offentligt-privat samarbejde om rehabilitering.

Du kan dykke ned i inspirationsmaterialet, lige der hvor du finder det, du er ude efter – inspirationsmaterialet minder dermed om et opslagsværk og skal ikke partout læses fra ende til anden.

Indholdet trækker på erfaringer fra praksis, ikke mindst fra et offentligt-privat innovationspartnerskab, som Rambøll Management Consulting i 2015 har gennemført i samarbejde med Frederiksberg Kommune/Diakonissestiftelsen og Struer Kommune/Privatplejen for Sundheds- og Ældreministeriet¹.

Hensigten er at gøre jeres vej fra overvejelse om privat involvering til faktisk samarbejde så kort, enkel og gennemskuelig som muligt, så I med inspirationsmaterialet får sat fokus på de mest centrale spørgsmål og emner for et fremtidigt samarbejde.

¹Opgaven var ved projektets opstart forankret i det tidligere Ministerium for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold. Under-søgelsen vedrører imidlertid rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a og frit leverandørvalg på hjemmehjælpsområdet efter § 91, der blev rykket til Sundheds- og Ældreministeriet i forbindelse med regeringsdannelsen i juni 2015.

2 Derfor inddrager mange kommuner allerede private leverandører i rehabiliteringen

Kommunerne har ikke pligt til at inddrage private leverandører i varetagelsen af § 83 a-forløb, men der er mange gode grunde til at overveje det.

I dag arbejdes der i kommunerne ud fra et rehabiliterende sigte i forbindelse med levering af hjemmehjælpsydelse efter § 83, og derfor stiller mange kommuner allerede krav om, at de private fritvalgsleverandører skal kunne arbejde rehabiliterende. På den måde får borgerne den samme service, uanset om de vælger en privat eller den kommunale leverandør.

Definition: Rehabilitering

"... et resultat, hvor en person har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktionsevne, i et omfang så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv."
www.socialebegreber.dk

Med § 83 a i serviceloven har kommunerne fra 1. januar 2015 skullet tilbyde et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb til borgere, hvor det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne. Mange kommuner overvejer derfor at inddrage private leverandører i deres § 83 a-forløb for at skabe sammenhængende forløb med borgeren i centrum.

Står I overfor en beslutning om at inddrage private leverandører, er her et overblik over de vigtigste argumenter for at lade private leverandører løse dele af opgaven.

- **Kontinuitet og én leverandør i borgerens hjem**
Borgeren vil kunne beholde den samme leverandør, hvis de efter § 83 a-forløbet bliver tildelt hjemmepleje efter § 83. Dermed skabes der kontinuitet på tværs af ydelser, og det sikres, at der kun kommer én leverandør i borgerens hjem.
- **Valgmuligheder**
Borgernes frie valg af leverandør fremrykkes til første møde med borgeren.
- **Kvalitet**
Med øget kontinuitet undgås overgange og risikoen for at miste viden om borgeren. Det kan føre til højere kvalitet i rehabiliteringen.
- **Kompetenceløft**
Involvering i § 83 a-forløb kan give et kompetenceløft hos de private leverandører via øget fokus på rehabilitering i almindelighed.
- **Fælles tilgang og forståelse**
Ved at møde borgerne på samme tidspunkt i forløbet opnås i endnu højere grad en fælles, tværgående forståelse af behovet for og tilgangen til rehabilitering. Det kan have betydning for gode resultater på langt sigt i forbindelse med den generelle rehabiliterende indsats.

"Rehabilitering er en integreret del af ydelsen og måden at tænke på. Så det er ikke et valg at lade være med at inddrage de private leverandører. Alle skal være med, både kommunale og private leverandører. Det er en forudsætning for, at alle støtter op om tankegangen og møder borgerne ud fra en rehabiliterende tilgang. Derfor er det vigtigt også at inddrage private leverandører i § 83 a-forløb."

Torben Laurén, sundheds- og omsorgschef, Frederiksberg Kommune

- **Administrativ forenkling**
Kommunen undgår administration af leverandørskift fra § 83 a til leverance af § 83-ydelser. Alt andet lige vil der være færre transaktionsomkostninger.
- **Læringspotentiale**
Flere leverandører skaber et læringspotentiale mellem kommunal og privat leverandør via er-faringsudveksling. De private kan byde ind med nytænkning.
- **Konkurrence**
Det frie leverandørvalg indbyggede konkurrence udvides til også at omfatte rehabiliterings-forløb efter § 83 a og dermed hele rehabiliteringsopgaven.

Det måske vigtigste argument er, at rehabilitering er en fælles forpligtelse; en tilgang, som begge parter skal holde fast i og støtte op om, så borgerne får en sammenhængende ydelse og møder en sammenhængende fortælling om, hvorfor rehabilitering er en fordel. Og det kræver inddragelse allerede fra de første rehabiliterende tiltag i form af § 83 a-forløb.

Kommunerne er ikke forpligtede til at lade de private leverandører varetage dele af § 83 a-opgaverne. Det understreges dog i vejledningen til serviceloven om § 83 a, at kommunerne bør have fokus på at sikre størst mulig kontinuitet i hjælpen for de borgere, som allerede modtager hjælp efter § 83 og har anvendt det frie leverandørvalg.

Det hænger også godt sammen med et grundprincip i arbejdet med rehabilitering om at sætte borgeren i centrum gennem aktiv deltagelse og individuel tilrettelæggelse.

Socialstyrelsens otte grundprincipper for rehabilitering med afsæt i bedste praksis:

1. Borgerens aktive deltagelse i forløbet
2. Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov
3. Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation
4. Målorienterede og tidsafgrænsede forløb
5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
6. Koordinerede forløb
7. Planlægning
8. Vidensbasering og kvalitet

(Kilde: Socialstyrelsen, 2014, Rehabilitering på ældreområdet. Inspiration til kommunal praksis).

3 Cases: Private leverandører af rehabilitering i Struer Kommune og Frederiksberg Kommune

Struer Kommune og Privathjælpen – inddragelse af private hjemmehjælpere

Struer Kommune har indgået som pilotkommune i samarbejde med Privathjælpen, der i en årrække har været leverandør af § 83-ydelser i kommunen. Parterne har tidligere haft et succesfuldt samarbejde om rehabilitering, og det var derfor naturligt at inddrage Privathjælpen igen.

Parterne har arbejdet med at beskrive opgavefordelingen mellem kommunen og den private leverandør og med at udvikle en samarbejdsmodel med dertil hørende opfølgning og opfølgingsredskaber. Derudover er der blevet arbejdet på at udvikle en betalingsmodel, som skaber økonomiske incitamenter til at skabe gode resultater i forløbene.

Opgavefordeling

Det er ambitionen i Struer Kommune, at de private leverandører skal inddrages i dele af rehabiliteringsforløbene.

Kommunen står for rehabiliteringsterapeuterne, og den private leverandør indgår med hjemmehjælpere.

Rehabiliteringsforløbene i Struer er opdelt i A-, B- og C-forløb. A-forløbene er simple, B-forløb er mere komplicerede, og C-forløb er komplekse. I A-forløbene kan den private leverandør indgå som tovholder (med en social- og sundhedsassistent), og i B- og C-forløbene varetager de kommunale rehabiliteringsterapeuter tovholderfunktionen.

Kommunen har to rehabiliteringsterapeuter tilknyttet i myndighedsafdelingen. I B- og C-forløbene udarbejder de handleplaner og overleverer borgeren til den private leverandør, der indgår i forløbene som træner. Herefter varetager den private leverandør træningen med sparring fra rehabiliteringsterapeuterne. Efter træningsforløbet afslutter tovholderen rehabiliteringsforløbet og overdrager borgeren til visitator, som revisiterer.

Samarbejdsmodel

Struer Kommune og Privathjælpen har prioriteret at:

- Udvikle faste arbejds gange
- Tydeliggøre kommunikationskanalerne
- Aftale faste ledermøder.

Der er gennem forløbet blevet udviklet **faste arbejds gange** for samarbejdet. Herunder er rehabiliteringsterapeuternes arbejds gange i forhold til udarbejdelse af handleplanen og overleveringen til den private leverandør blevet udviklet. Rehabiliteringsterapeuterne mødes med tovholdere og trænere hos den private leverandør hver 14. dag, hvor konkrete borgerforløb og mere generelle spørgsmål om rehabilitering kan tages op. Derudover kan tovholderne og trænere løbende ringe til rehabiliteringsterapeuterne og søge sparring.

Kommunikationskanalerne er også blevet gjort mere tydelige i forbindelse med udviklingen af nye arbejds gange. Det er fx blevet beskrevet, hvilken kommunikation der foretages via henholdsvis telefon, avis og personlige møder.

Parterne var i opstarten udfordret af, at Privathjælpen ikke havde fået den nødvendige adgang til avis-systemet, hvilket har betydet, at enkelte arbejds gange var unødigt besværlige. Parterne råder derfor andre til at få styr på den it-mæssige inddragelse af den private leverandør i et offentligt-privat samarbejde om rehabiliteringsforløb.

Der er også aftalt **faste ledermøder**, hvor de overordnede forhold i samarbejdet løbende drøftes. Ledelsesforankringen har stor betydning for det gode samarbejde og den overordnede koordination. Begge parter har været villige til at investere i samarbejdet og til at inddrage hinanden.

Opfølgning og opfølgingsredskaber

Der er blevet afprøvet to former for resultatmåling i Struer. Den ene er en før- og eftermåling af behov for pleje efter § 83. Der gennemføres en "skyggevisitation" ved opstarten af § 83 a-forløbet, som fastsætter hvor meget hjælp, efter § 83, borgeren ville have fået tildelt uden rehabiliteringsforløbet. Denne måling sammenlignes med den afsluttende visitation af rehabiliteringsforløbet. Derudover gennemføres der en ekstra vurdering en måned efter forløbet er afsluttet. Det er besluttet i Struer Kommune at fortsætte med disse målinger for på sigt at kunne udarbejde erfaringsbaserede prognoser om effekten af rehabiliteringsforløb. Parterne afprøvede også IPPA i forhold til borgernes funktionsniveau. IPPA var et motiverende redskab med fokus på forandringer hos borgerne, men viste sig for nogle borgere vanskeligt at forstå.

Struer Kommune har også drøftet andre validerede måleredskaber, herunder COPM og AMPS, som anbefales af Socialstyrelsen. Begge redskaber blev vurderet for omfattende og blev derfor fravalgt. Tilsvarende blev forskellige fysiske test overvejet, men de blev fravalgt, fordi de kun kan benyttes til borgere med fysiske udfordringer.

Betalingsmodel

Struer Kommune og Privathjælpen's betalingsmodel skulle skabe et økonomisk incitament til at skabe resultater. For Struer Kommune var det en væsentlig præmis ikke at udsætte den private leverandør for unødigt økonomisk risiko. Dette skyldes, at man kun har én privat leverandør med ca. 40 pct. af opgaven på § 83-området. Man har derfor udformet en bonusmodel, hvor der er mulighed for at få en merbetaling for at skabe resultater, men ikke er indbygget en risiko for Privathjælpen. Den mulige økonomiske gevinst er af begrænset økonomisk størrelse, da parterne er enige om, at de gode resultater skabes i fællesskab. Modellen er ikke implementeret.

Struer Kommune

Opstartsfasen:

- **Visitator** visiterer til § 83 a-forløb
- **Rehabiliteringsterapeut** er tovholder på B- og C-forløb
- **Rehabiliteringsterapeut** udarbejder en handleplan til borgere i B- og C-forløb og overdrager til **private trænere**, som træner jf. handleplanen
- Borgere i A-forløb overdrages til privat **tovholder** efter udredning og fastsættelse af mål. **Tovholder** sætter delmål og udarbejder handleplan

Træningsfasen:

- **Privat tovholder/træner** gennemfører træning, jf. handleplan
- **Privat tovholder/træner** har løbende sparring med den **kommunale rehabiliteringsterapeut**
- **Privat tovholder/træner** giver tilbagemelding til Myndighed ved forbedring/forværring

Afslutningsfasen:

- For borgere i A-forløb afslutter **privat tovholder** handleplanen, og målopfølgelse registreres
- For borgere i B- og C-forløb afslutter **rehabiliteringsterapeuten** handleplanen
- **Visitator** vurderer behov for hjælp



Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsen – samarbejde med terapeuter hos den private leverandør.

Frederiksberg Kommune har valgt at lade de private leverandører varetage hele rehabiliteringsforløb og har testet dette i samarbejde med Diakonissestiftelsens Hjemmepleje.

Frederiksberg Kommune har brugt OPI-projektet til at skabe et afsæt for efterfølgende at udarbejde en endelig model for inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløb. Den endelige model vil blive udarbejdet i samarbejde med de to private leverandører af hjemmepleje og vil også have fokus på at inddrage private leverandører i udførelsen af hele rehabiliteringsforløb.

Opgavefordeling

Det centrale i opgavefordelingen er, at Diakonissestiftelsen har en terapeut tilknyttet og derfor kan varetage hele rehabiliteringsforløb efter visitationen. Den private leverandør overtager hele rehabiliteringsforløbet efter borgeren er blevet visiteret. Herefter deler den private terapeut og hjemmetræneren opgaverne mellem sig: Terapeuten står for at udarbejde handleplaner og løbende sparring, og hjemmetrænerne står for selve træningen.

Samarbejdsmodel

Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsen har haft særligt fokus på:

- Relational koordinering
- Plan for kommunikation
- Undervisningsforløb og tavlemøder.

Udviklingen af samarbejdsmodellen tog afsæt i Jody Hoffer Gittells evidensbaserede teori om **relational koordinering** (læs mere under "Kom godt i gang med samarbejdet").

Der er ydermere blevet udarbejdet en **plan for kommunikation** mellem Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsen. Samarbejdet blev udfordret af en række it-problemer undervejs i forløbet. Parterne anbefaler derfor, at der inddrages en it-sagkyndig, når der udarbejdes samarbejdsmodeller på området. Der blev også udarbejdet en **samarbejdsmappe**, som placeres hos alle borgere.

Endelig er der planlagt flere **undervisningsforløb** for hjemmetrænerne inden for forskellige emner relateret til rehabilitering. Undervisningen blev varetaget internt hos den private leverandør af terapeuten. Undervisningen kunne fx omhandle den motiverende samtale; handleplaner og evalueringer; den motiverende samtale i praksis; hvordan ser man borgerens potentiale, og hvordan træner man borgeren i forskellige aktiviteter som bad, tage støttestrømper på mv.?

Samarbejdsmodellen betyder også, at hjemmetrænerne har mulighed for at tale om deres borgere med terapeuterne én gang om ugen på såkaldte **tavlemøder**.

Opfølgning og opfølgingsredskaber

Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsen har testet en række måleredskaber i form af DigiRehab, PSFS og en tillempet version af WHO-5 til trivselmålinger. De forskellige måleredskaber har vist sig at have forskellige forcer i forløbet: DigiRehab har været godt til træning og måling af funktionsevne, PSFS og det tillempede WHO-5 var derimod gode til at afdække borgerens problemer i den indledende samtale. Frederiksberg kommune har i forlængelse heraf overvejelser om at afprøve DigiRehab på en større gruppe borgere.

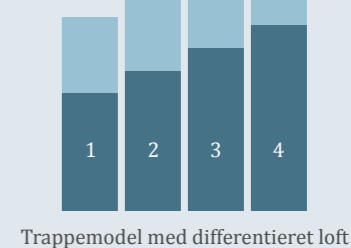
I arbejdsgruppen drøftede de også COPM til måling af mestrings af hverdagsaktiviteter og -funktioner, men vurderer, at det var for tidskrævende og for vanskeligt at anvende. Ligeledes overvejede de EQ-5 og SF-12 til måling af livskvalitet og trivsel, men fravalgte disse på grund af manglende relevans i forhold til målgruppen. Endelig blev ADL-taxonomien drøftet, men fravalgt, da fraværet af en samlet score vanskeliggør måling af progression.

Betalingsmodel

Parterne har udviklet en differentieret betalingsmodel i forhold til fire forskellige forløbstyper: Forløb 1 er de simple forløb, og forløb 4 er de komplekse. Kommunen visiterer allerede i fire forskellige forløbstyper, og modeludviklingen har derfor taget udgangspunkt i denne opdeling.

Betalingsmodel i Frederiksberg

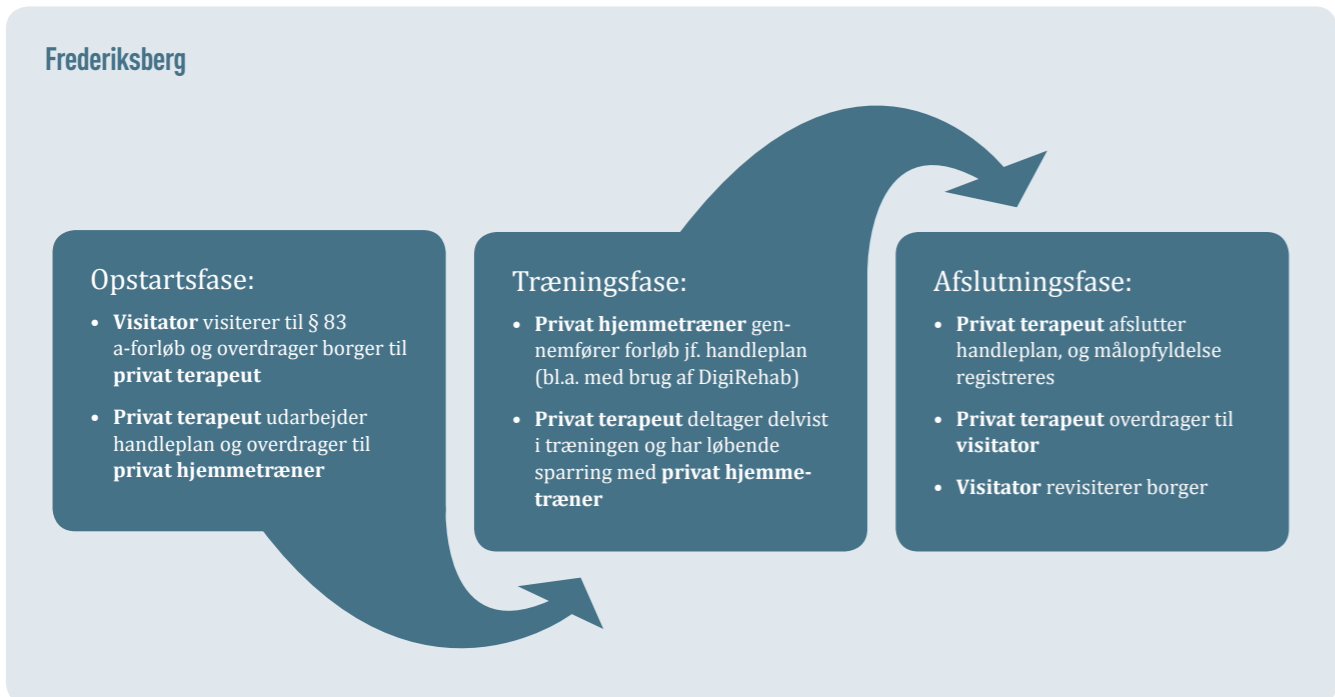
- Resultatbaseret andel
- Aktivitetsbaseret andel



Trappemodell med differentieret loft

Den aktivitetsbaserede andel af betalingen er større i forløb 4 end i forløb 1 for at tage højde for, at det kan være svært at skabe resultater i de mest komplicerede forløb. Derudover gives der en større samlet betaling, hvis der opnås resultater, da kommunens besparelse vil være større. Parterne ønsker dermed at modvirke creaming og risikoen for kun at skabe resultater for de simpleste forløb.

Frederiksberg Kommune arbejder videre med modellen for på sigt at kunne indføre en kombinationsmodel i forhold til det generelle leverandørsamarbejde, som kan gøre indsatsen mere resultatfokuseret.



4 Opgavefordeling og samarbejde

Hvilken opgavefordeling og hvilket samarbejde vil det med netop jeres motivation for det offentligt-private samarbejde være hensigtsmæssigt at etablere?

Et væsentligt hensyn bag inddragelsen af private leverandører i § 83 a-forløb handler om at skabe sammenhæng og kontinuitet for borgerne, som dermed undgår af have flere forskellige personer til at levere beslægtede ydelser.

Hvordan det skal foregå, og i forhold til hvilke opgaver, afhænger både af jeres vurderinger (hvad er hensigtsmæssigt?) og af de private leverandørers kompetencer.

Hvilke opgaver?

Tildeling af et § 83 a-forløb er en kommunal myndighedsopgave, som ikke kan varetages af en privat leverandør. Tilsvarende er tildeling af hjælp efter § 83 en kommunal myndighedsopgave, som varetages af jeres visitation eller myndighedsfunktion.

Inden for denne ramme vil det være muligt for de private leverandører at varetage hele eller dele af rehabiliteringsforløbet. Alt efter deres kompetencer og hvad I vurderer, er hensigtsmæssigt. Nogle kommuner ønsker selv at udarbejde træningsprogrammer hos egne terapeuter. Det afgrænser opgaven til varetage af selve træningen i en nærmere aftalt dialog med terapeuten. Andre kommuner foretrækker, at hele opgaven lægges over til den private leverandør, så de påtager sig et større ansvar og også får større mulighed for at påvirke det endelige resultat. (se tabellen på højre side).

En anden relevant opgave at overveje handler om at "spotte" borgere, som vil kunne profitere af rehabiliteringsforløb efter § 83 a. I kan her indarbejde i kravene til jeres fritvalgsleverandører, at de som en del af deres generelle arbejde med et rehabiliterende sigte er forpligtede til at

give jer tilbagemeldinger, hvis de vurderer, at konkrete borgere vil kunne udvikle deres funktionsniveau i positiv retning via et § 83 a-forløb.

Et velfungerende samarbejde handler erfaringsmæssigt ikke kun om den faglige opgave, dvs. rehabiliteringen. Der er også en række forhold, som kan befordre et godt samarbejde på fx et organisatorisk og kommunikativt niveau, som I bør overveje.

Tjekliste for samarbejdsmodel – har vi:

- Tydelig rolle- og ansvarsfordeling
- Klare arbejdsgange
- Klare kommunikationskanaler
- Dokumentation og kommunikation via avis- og andre it-systemer
- Forum for dialog og koordinering
- Plan for konfliktløsning
- Faglig udvikling og innovation
- Brug af specialister
- Sammenhængende forløb.

Vær endelig opmærksom på, at offentligt-privat samarbejde om velfærdsopgaver erfaringsmæssigt lykkes bedst, såfremt I sikrer jer et dialogbaseret samarbejde. Læs mere nedenfor under "Kom godt i gang med samarbejdet".

Individuelt tilpassede forløb og opdeling i forløbstyper

Nogle borgere vil have relativt begrænsede udfordringer, mens andre har komplekse problemstillinger, som potentielt kræver forskellige fagligheder i spil og større grad af koordination. Desuden skal rehabiliteringsforløbet være individuelt tilpasset den enkelte borgers behov og rehabiliteringspotentiale.

	STRUER KOMMUNE			FREDERIKSBERG KOMMUNE			
	Simple forløb	Koordineringstunge og komplekse forløb		Hjemmetrænerforløb	Kombineret hjemmetræner og terapeut forløb	Komplekse rehabiliteringsforløb	
KOMMUNALE AKTØRER	Visitator	Borger visiteres og overleveres til privat tovholder	Visiterer borger	Visitator	Borger visiteres og overleveres til privat terapeut	Borger visiteres og overleveres til privat terapeut	Borger visiteres og overleveres til privat terapeut
	Rehabiliterings-terapeut	Løbende sparring med tovholder	Udarbejder rehabiliteringsplan og er tovholder på forløbet Koordinerer forløbet med trænerne og sparrer løbende med trænerne Afslutter handleplan				
PRIVATE AKTØRER	Social og sundhedsassistent	Indgår som tovholder og udarbejder handleplan Gennemfører træning med sparring fra rehabiliterings-terapeuterne Afslutter handleplan og overleverer til rehabiliterings-terapeut	Varetager træningen efter rehabiliteringsplanen med sparring fra rehabiliterings-terapeuterne	Terapeut	Introducerer hjemmetræner til træningsforløb Står til rådighed for sparring gennem forløbet	Udarbejder handleplan for træningsforløbet og står til rådighed for sparring Koordinerer med hjemmetræner Evaluerer forløbet løbende	Udarbejder handleplan for træningsforløbet og står til rådighed for sparring Kordinerer med sygepleje og Sundhedscenter Evaluerer forløbet løbende
				Social og sundhedsassistent/hjælper	Udarbejder handleplan for træningsforløb; gennemfører træningen og evaluerer forløbet løbende	Gennemfører træningen jf. handleplan	Gennemfører træningen jf. handleplan

Tabellen illustrerer arbejdsdeling i de tre forløb i hver af de to kommuner i OPI-projektet.

Det er klart, at det stiller forskellige krav til både jeres leverandører og til jeres samarbejde med dem. I kan derfor med fordel arbejde med en overordnet inddeling af forskellige typer af rehabiliteringsforløb med forskellige krav til samarbejde, tidsforbrug, kompetencer og forventet effekt.

Struer Kommune skelner mellem tre typer rehabiliteringsforløb

- A:** Borgere med begrænsede problemer, muligvis lettere funktionsnedsættelser og overvejende af fysisk karakter. Borgeren klarer stort set at overkomme, overskue og tage initiativ til relevante handlinger. Borgeren er den aktive part og kan med støtte eller hjælp varetage egen rehabilitering. Et enkelt forløb, hvor tovholder evt. med sparring fra enkelte andre udreder og gennemfører et kort rehabiliteringsforløb selvstændigt.
- B:** Borgere med moderat nedsat funktionsevne på flere områder og evt. begrænsede kognitive problemer. Borgeren kan have vanskeligt ved at overkomme, overskue eller tage initiativ til relevante handlinger. Borgeren kan med nogen støtte og hjælp deltage aktivt i varetagelsen af egen rehabilitering. Et sammensat forløb, hvor en eller flere fagligheder fra flere enheder er involveret, og der er behov for koordination af flere indsatser.
- C:** Borgere med betydelig nedsat funktionsevne grundet problemer af såvel fysisk, psykisk, kognitiv som social karakter samt evt. misbrugsproblemer. Borgerens behov og tilstand kan være svingende og situationen derfor kompleks. Borgeren kan være ude af stand til at overkomme, overskue eller tage initiativ til relevante handlinger. Borgeren kan med megen hjælp og/eller guidning medvirke til egen rehabilitering. Et komplekst forløb, hvor flere fagligheder fra flere forskellige afdelinger involveres og dermed behov for øget koordination og opfølgning.

(Kilde: Rehabilitering i Sundheds- og Ældreområdet – Indsatsbeskrivelse i Struer Kommune, 2015)

Det er dog vigtigt, at der er plads til individuel tilpasning af rehabiliteringsforløbet inden for de forskellige forløbstyper - forløbstyperne skal således være overordnede kategorier, som afspejler kompleksiteten i forløbet og ikke indholdet.

Beskrivelse af opgaverne – funktionskrav

Når I har besluttet jer for en arbejdsdeling og opgavefordeling, skal I beskrive opgaverne. Det er vigtigt, at jeres private leverandører ved, hvad I forventer af dem. Det kan være en god idé både at beskrive de opgaver, som de private leverandører skal løse og de tilgrænsende opgaver, som I selv varetager. På den måde får I også håndteret, hvor opgaverne overdrages, og reducerer risikoen for snitfladeproblemer.

Der foretages ofte kravspecifikation og beskrivelse af opgaverne via relativt detaljerede "aktivitetsbaserede" krav, dvs. hvordan opgaven skal løses. Erfaringerne med offentligt-privat samarbejde på velfærdsområderne er, at det er vigtigt at holde fokus på de resultater, I gerne vil opnå.

Her kan I lade jer inspirere af "Funktionskrav". I et funktionskrav beskriver I opgavens funktion, dens resultater og effekter. Funktionskrav kan give de private leverandører mulighed for at tænke nyt og tilbyde fx mere brugertilpassede og fleksible løsninger, som kommer både borgerne og den kommunale økonomi til gavn. Find evt. inspiration i eksemplet fra Frederiksberg Kommune.

Det frie leverandørvalg som ramme

I har ikke pligt til at tilbyde frit leverandørvalg i forbindelse med rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Det ændrer dog ikke på, at jeres måde at sikre det frie leverandørvalg på hjemmehjælpsområdet har betydning for, hvordan I kan inddrage de private leverandører i § 83 a-forløb. I kan fx være opmærksomme på følgende:

- Udbud og godkendelsesordningen giver jer mulighed for at tydeliggøre jeres krav om, at leverandørerne skal have rehabiliteringskompetencer.
- Fritvalgsbeviser indebærer en risiko for, at der vil være leverandører, som ikke har de fornødne kompetencer til at varetage rehabiliteringsforløb efter § 83 a.

Case-eksempel, Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsen

Borgere, der er visiteret til et tidsbegrænset hverdagsrehabiliterende forløb efter servicelovens § 83 a, kategoriseres i følgende tre grupper nedenfor. De tre hverdagsrehabiliterende forløb kan indeholde flere forskellige typer indsatser ud over de beskrevne indsatser i ydelseskataloget, eksempelvis hjælpemidler og lignende.

- Hjemmetrænerforløb
- Kombineret hjemmetræner- og terapeutforløb
- Komplekse rehabiliteringsforløb.

(Målgrupper for de tre forløb er beskrevet konkret i kommunens udbudsmateriale).

Borgerforløbene er typisk af en varighed på maksimalt tre måneder.

Leverandøren skal kunne varetage hjemmetrænerfunktionen for alle tre forløb. Bilag 3 i udbudsmaterialet beskriver krav til arbejdsangangene mellem Frederiksberg Kommune og leverandøren, jf. "TTH – Fra niche til helhed – Skematisk beskrivelse af borgerforløb".

Borgerne visiteres altid til et tidsbegrænset forløb, hvor visitationsenheden udarbejder en rehabiliteringsplan i samarbejde med borgeren. Ud fra denne visiteres til konkrete handleplaner, som leverandøren skal følge og arbejde ud fra.

Indsatsen er altid et individuelt, målrettet og tidsbegrænset forløb, som kan indebære et tæt samarbejde med såvel kommunale som andre samarbejdspartnere. Leverandøren har pligt til at deltage i møder med andre samarbejdspartnere (eksempelvis hjemmesygeplejen eller træningsenheden) i borgerens hjem.

Leverandøren skal som en del af tilbagemeldingspligten kontakte visitationsenheden, hvis ændringer i borgerens funktionsniveau giver anledning til en ændring af borgerens visitation. Frederiksberg Kommune har særligt fokus på, at den visiterede ramme for den enkelte borger altid er retvisende. Dette betyder, at leverandøren skal kontakte visitationen, hvis borgerens mål ikke kan nås inden for den visiterede ramme, eller hvis borgeren kan opnå sit mål uden at udnytte den visiterede ramme fuldt ud.

Det er et krav, at leverandøren råder over ergo- og/eller fysioterapeuter som en del af leverandørens daglige drift af hjemmeplejen. Leverandørens terapeut(er) er ansvarlige for at supervisere leverandørens medarbejdere under alle tre borgerforløb. Det hører under leverandørens terapeut(er)s ansvarsområde at udarbejde en slutevaluering for de enkelte forløb. I de kombinerede forløb skal evalueringen udarbejdes i samarbejde med kommunens terapeuter. Slutevalueringen er en del af leverandørens tilbagemeldingspligt.

Såfremt borgerne modtager anden træning i kommunalt regi, skal denne koordineres med den træning, borgerne modtager hos leverandøren som en del af den hverdagsrehabiliterende indsats. Ansvar for koordinering ligger altid hos den kommunale terapeut.

5 Værktøjer og modeller til opfølgning på rehabiliteringsindsatsen

De ældre skal gerne genvinde, udvikle og vedligeholde deres funktionsevne i rehabiliteringsforløbet. I har derfor som offentlig myndighed brug for at vide, om jeres private leverandører skaber de ønskede forandringer.

Hvorfor følge op på indsatsen?

Opfølgning handler om at vurdere, om målene med § 83 a-forløbet er nået. Opfølgning handler også om at se fremad sammen med borgeren. Hvilken træning er der brug for fremadrettet? Hvad er målene? Er der behov for at justere indsatsen? Opfølgning kan på den måde også være motiverende for borgeren, som kan følge med i egne fremskridt og se, sort på hvidt, at funktionsevnen er øget, og at man mestrer opgaver, der tidligere krævede hjælp og støtte.

Opfølgning handler også om at vide, om jeres leverandørers indsats lever op til formålet med rehabiliteringsindsatsen. Det gælder både kommunale og private leverandører. Ved at følge op kan I lære mere om, hvad der virker, og hvad der ikke virker.

Endelig kan opfølgning have betydning for betaling af den private leverandør, hvis I har aftalt, at der er resultatbaseret betaling eller en kombinationsmodel. Læs mere om dette senere.

Læs mere

Socialstyrelsen har i rapporten 'Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagsaktiviteter på ældreområdet' udarbejdet en oversigt over validerede redskaber, som er egnet til brug i forhold til målgruppen af ældre og i rehabiliteringen. Her kan I fx læse mere om ADL-taxonomien, AMPS, Bartel 100, COPM og TUG (Timed Up and Go).

Kommunerne i OPI-projektet valgte at afprøve en række andre redskaber, herunder fx IPPA, PFSF, DigiRehab og et modificeret indeks til måling af trivsel baseret på WHO-5. Kommunerne vurderede, at de validerede redskaber var for omfattende at bruge i alle rehabiliteringsforløb.

Inspiration: Forskellige formål med opfølgning

- Vurdering af målopfyldelse hos borgeren
- Motivation af borgeren
- Justering af indsatsen hos borgeren
- Leverandørstyring og vurdering af leverandørernes resultater
- Betaling af leverandørerne
- Justering og forbedring af den generelle træningsindsats.

Valg af opfølgingsredskaber

Der er rigtig mange forskellige måder at følge op på. Typisk har de hver deres styrker. Nogle opfølgingsredskaber er validerede, så de sikrer præcise målinger i forhold til de effektmål, som de omfatter. Andre udmærker sig ved at være lette at anvende eller ved at basere sig på mere eller mindre tilgængelige data.

I kan med fordel vælge opfølgingsredskaber med afsæt i jeres formål med at følge op.

- Ønsker I at motivere borgerne, kalder det på redskaber, som er intuitivt forståelige og giver mulighed for at følge med i egne resultater.
- Er der i højere grad fokus på den faglige effekt, taler det for at vælge validerede måleredskaber.
- Vil I bruge opfølgningen som del af en resultatbaseret betalingsmodel, bør I have fokus på, at opfølgningen er baseret på parametre, som alle forstår på samme måde, og som jeres leverandører har reel mulighed for at påvirke.

Tjekliste

- **Effekt**
Dækker måleredskabet vores centrale effektmål? Og dækker måleredskabet et eller flere effektmål?
- **Målgruppe**
Omfatter måleredskabet alle borgere i målgruppen eller målrettet særlige målgrupper?
- **Reliabilitet og validitet**
Er måleredskabet præcist og sikkert?
- **Responsivitet**
Er måleinstrumentet egnet til måling af udvikling eller et rent screeningsredskab?
- **Administrerbarhed**
Har måleinstrumentet lavt ressourceforbrug? Kan måleredskabet kobles til eksisterende arbejdsgange? Stiller måleredskabet krav om særlige kvalifikationer ift. administration?

- **Social validitet**
Er måleredskabet i overensstemmelse med værdier og principper i indsatsen, fx ressourceorienteret i rehabiliterende indsats frem for problemorienteret?
- **Licensforhold**
Er måleredskabet gratis eller billigt at anvende?
- **Borgeren i centrum**
Hvordan vil borgeren opleve redskabet (hvis relevant)? Er det forståeligt? Hvordan harmonerer det med handleplan og konkrete målsætninger for forløbet?

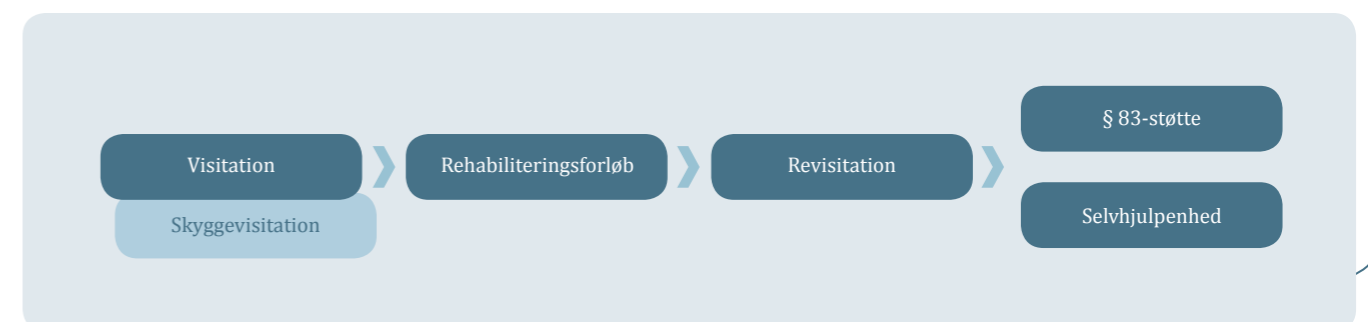
Opfølgning på de økonomiske effekter

De validerede redskaber og andre typer af redskaber med fokus på faglige og/eller borgerrettede effekter giver jer mulighed for at vurdere, om rehabiliteringen har virket efter hensigten. Der vil ofte også være en interesse i at vide (og måle på), hvad konsekvenserne er for den kommunale økonomi, fx udviklingen i visiterede timer til borgeren.

Jeres udfordring vil her være at få etableret en baseline, så I kan se, om der er tale om en reduktion over tid.

Ved revisitation har I allerede data om borgerne i jeres omsorgssystem. Så her kan I foretage en simpel før- og eftermåling.

Ved nye borgere kan der være behov for at foretage en skyggevistation, hvor I vurderer, hvad borgeren ville blive tilbudt af støtte, såfremt der ikke blev igangsat et rehabiliteringsforløb.



I kan herefter sammenligne den faktisk udmålte støtte efter endt rehabilitering med resultatet af skyggevisitationen. En sådan proces kan kræve indkøring for at undgå, at skyggevisitationen bliver en alt for ressourcekrævende proces. Vær i øvrigt opmærksom på at tage højde for forskellen mellem tid visiteret til træning i form af rehabiliteringsforløbet og den evt. kompenserende hjælp, som ydes samtidig som del af forløbet.

Hvem følger op?

Det er vigtigt, at I tager stilling til, hvem der skal foretage opfølgning på rehabiliteringsforløbet. Set ud fra en praktisk synsvinkel er der meget, der taler for, at hjemmetræneren eller evt. terapeuten foretager opfølgning i forbindelse med afslutning af rehabiliteringsforløbet. Ved simple forløb vil det være hjemmetræneren, ved mere komplekse forløb indgår terapeuten også. Resultatet indberettes til visitationen og indgår i vurderingen af det fremadrettede støttebehov.

I kan med fordel have en opmærksomhed på, om der opstår uhensigtsmæssige incitamenter ved den model, I vælger. Er afregningsmodellen fx indrettet, så hjemmetræneren via sin opfølgning kan påvirke den samlede betaling, er det en problemstilling, som I bør adressere i samarbejdet. Husk også, at den endelige udmåling af støtte er og bliver en myndighedsopgave.

Endelig kan I overveje, om der skal følges op efter en vis tidsperiode, fx en måned efter afsluttet forløb, for at undersøge, om der er opnået varige effekter. Længden af tidsperioden bør afpasses målgruppens forventede generelle udvikling.

Erfaringer med opfølgning

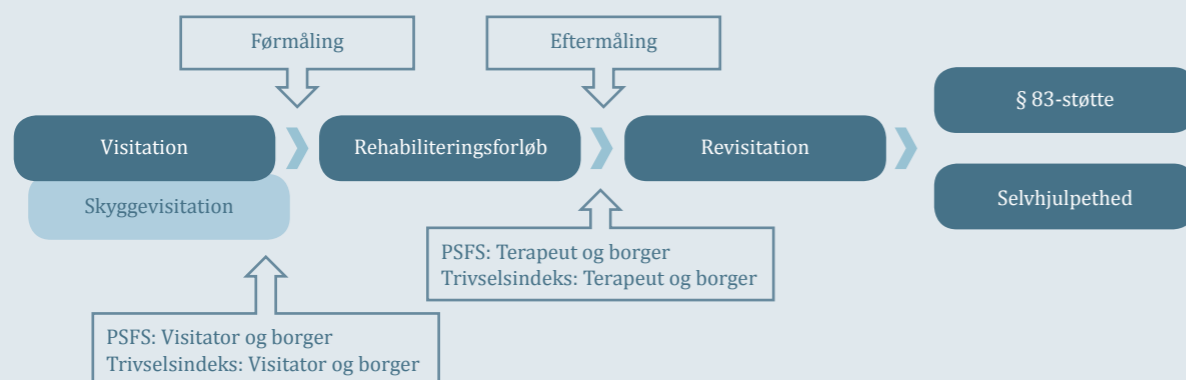
Frederiksberg Kommune har gode erfaringer med anvendelse af redskaber som DigiRehab, PSFS og et selvudviklet trivselsindeks. De tre test giver et godt samlet indblik i borgerens funktionsniveau, trivsel og målsætninger for rehabiliteringsforløbet. Og de virker motiverende for borgerne.

Kommunen har samtidig erfaret, at nye redskaber kræver grundig introduktion og en afvejning af redskabernes formål ift. kommunens formål. DigiRehab har fx fungeret rigtig godt, men skal suppleres med specifik træning af borgerens aktivitetsproblematikker ift. rehabiliteringsforløbet.

Overgang til forløb med § 83-ydelser med rehabiliterende sigte

I kan endelig med fordel tage stilling til, hvordan resultaterne af opfølgningen på jeres § 83 a-forløb kan være med til at fremme det rehabiliterende sigte i forbindelse med en efterfølgende ydelse. Det er naturligvis helt oplagt, såfremt borgeren visiteres til fortsat støtte efter § 83, men det er lige så relevant at drøfte resultaterne af opfølgningen med borgeren selv i et fremadrettet perspektiv med henblik på selvstændig træning for at bevare det opnåede funktionsniveau.

Kombineret opfølgning på faglige og økonomiske effekter



”Det er rigtigt, at der var en modsætning for år tilbage, men behovet for hjemmepleje er så stort, at de private leverandører bliver nødt til at tænke i kvalitet og anlægge et langsigtet perspektiv, hvor de kan sikre sig flere kunder ved at levere varen i stedet for at tænke kortsigtet.”

Lars Olesen, sundheds- og ældrechef, Struer Kommune

6 Valg af afregningsmodel

Betaling for varetagelse af rehabiliteringsopgaver kan tilrettelægges på mange måder ud fra forskellige hensyn. Hvilke hensyn er væsentligst for jer?

Som i alle andre former for offentligt-privat samarbejde kræver rehabilitering også, at I tager stilling til, hvordan I vil aflønne jeres private leverandører.

Valg af afregningsmodeller vil ofte starte med at konstatere, at der kan være en u hensigtsmæssig incitamentsstruktur for den private leverandør: Ved at gennemføre et effektivt § 83 a-forløb reducerer eller fjerner den private leverandør behovet for en efterfølgende ydelse efter § 83 og dermed sit eget forretningsgrundlag. Som frontmedarbejder kan man også tænke, at virkningsfuld rehabilitering fører til nedskæringer.

Hvad den u hensigtsmæssige incitamentsstruktur betyder i praksis, er vanskeligt at sige. Hverken Struer eller Frederiksberg Kommuner har oplevet dette som et problem i deres samarbejde med de private leverandører.

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde (ROPS) har i 2015 analyseret erfaringer med private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet. Det er erfaringen fra de konkrete cases, at det ikke har givet anledning til incitamentsproblemer, at samme leverandør både varetager opgaver, som skal nedbringe plejehøvet og plejeopgaverne.

Tre typer af afregningsmodeller

De fleste kommuner har i dag valgt en afregningsmodel, hvor der betales for den leverede tid. En sådan model kaldes for en aktivitetsbaseret afregningsmodel. Modellen har som sin klare fordel, at den giver en høj grad af forudsigelighed og økonomisk stabilitet. Den vil også typisk kunne videreføres direkte fra samarbejdet om hjemmeplejen.

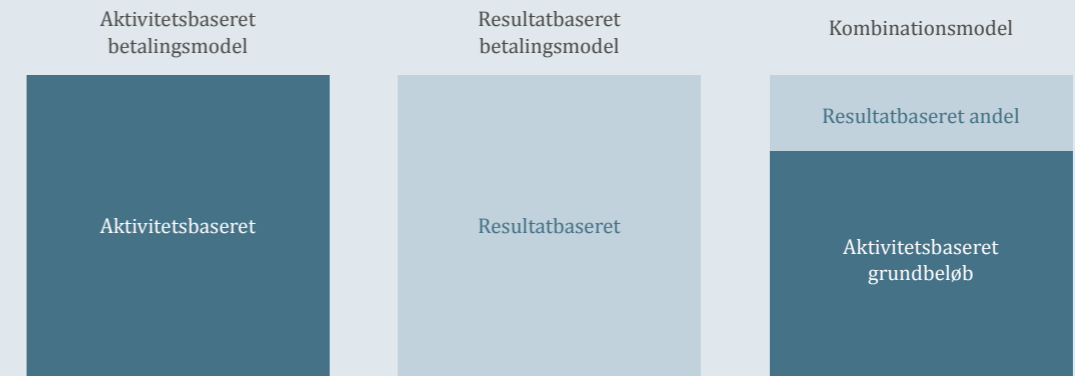
Til gengæld er der ikke noget økonomisk incitament til at skabe resultater. Betalingen er den samme, uanset om rehabiliteringen virker eller ej. Der kan naturligvis være andre incitamentter til at gøre et godt stykke arbejde, fx faglig stolthed og langsigtet overlevelse på markedet.

Som et alternativ kan man vælge at betale for opnåede resultater. I den helt rendyrkede form er der tale om en såkaldt no-cure-no-pay-model. Dvs. at leverandøren kun får betaling, såfremt der skabes de aftalte resultater. Der er tale om en meget vidtgående model, som stiller krav om meget entydig resultatskabelse med en valid dokumentationsbasis.

Mere oplagt kan I overveje en kombinationsmodel, hvor den private leverandør modtager et aktivitetsbestemt grundbeløb og en vis andel resultatafhængig betaling.

De to sidste modeller udspringer af det generelle ønske i den offentlige sektor i dag om at blive bedre til at dokumentere, hvad der kommer ud af indsatsen, herunder også af rehabiliteringen. Så hvorfor betale det samme, uanset om indsatsen virker eller ej?

Betalingsmodeller



En resultatafhængig betalingsmodel og en resultatafhængig andel i en kombinationsmodel skaber et klart økonomisk incitament til at levere resultater. Men det skaber også en vis økonomisk usikkerhed for de private leverandører. Det er derfor vigtigt at belønne for de resultater, som er relevante for jer og for borgerne – og på en måde som er gennemskuelig for leverandøren.

Tjekliste – I hvilket omfang er jeres afregningsmodel...

- Klar – dvs. præcis og entydig for det resultat, der måles, så I er enige herom
- Relevant – dvs. at I belønner for det, som har betydning for jer
- Økonomisk håndterbar – dvs. administrativt overskuelig og til at håndtere ressourcemæssigt, ikke mindst i forhold til tilgængeligheden af resultatdata
- Tilstrækkelig – dvs. et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere indsatsen
- Monitorerbar – dvs. at den kan underkastes en uafhængig validering.

Baseret på erfaringer fra OPI-projektet vil det særligt være spørgsmålet om lettilgængelige og valide resultatdata, som vil være en udfordring.

Hvad skal der betales for i praksis?

Uanset valget af model får I brug for at tage stilling til, hvad der skal betales for i praksis. Hvad er en aktivitet, og hvad er et resultat?

Eksempler på aktivitetsbaseret afregning

- Pr. time
- Pr. forløb
- Pr. pakke
- I form af en fast økonomisk ramme

Eksempler på resultatbaseret afregning, evt. som del af en kombinationsmodel

- Visiteret tid til efterfølgende § 83-ydelser (skyggevisitation)
- Fysisk funktionsevne
- Livskvalitet
- Målopfylde ift. handleplan

I kan læse mere om fordele og ulemper ved brugen af de forskellige muligheder i den hovedrapport, der af udarbejdet om OPI-projektet om rehabilitering.

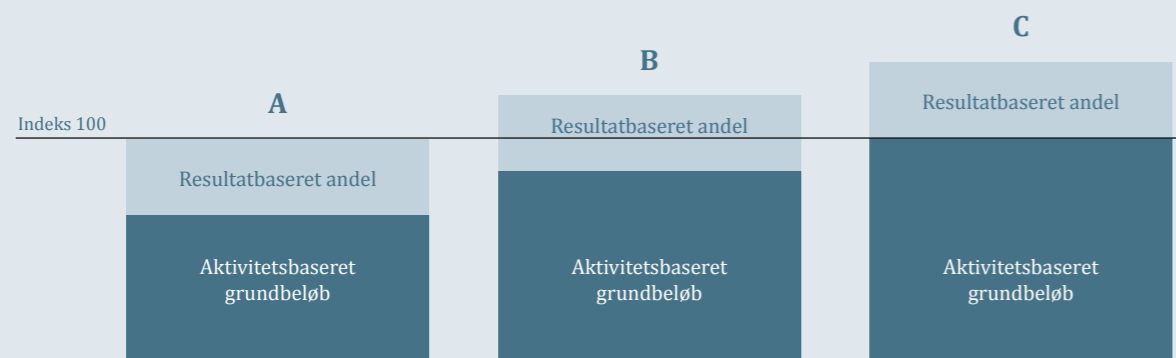
Det er en mulighed at belønne varige effekter af rehabiliteringen. I kan fx se på reduktion i den visiterede tid umiddelbart efter et rehabiliteringsforløb og igen efter fx tre eller seks måneder. En evt. resultatafhængig betaling kan gøres afhængig af, at effekten (reduktion i plejebehov) er varig.

Der er også mulighed for at variere i forhold til fx kompleksiteten af forløb, således at nogle typer forløb har en høj andel af resultatbaseret betaling, mens andre har en lavere andel – og dermed lavere risiko.

Hvor stor en andel skal den resultatbaserede afregning udgøre?

Et andet vigtigt spørgsmål, som I bør overveje, handler om den andel af den samlede betaling, som den resultatbaserede afregning bør udgøre i en kombinationsmodel. Erfaringen fra andre velfærdsområder er, at mange vælger model B i figuren nedenfor, hvor dårlige resultater udløser en samlet set lavere betaling end et indeks (100) svarende til en ren aktivitetsbaseret model, men hvor der omvendt også er mulighed for at opnå en samlet større betaling ved bedre resultater.

Kombinationsmodel



Opmærksomhedspunkter ved brug af resultatbaseret afregning

I litteraturen om resultatbaseret afregning taler man om såkaldt **cherry picking**, som betyder, at leverandøren udelukkende fokuserer på de nemme forløb, hvor det er lettest at opnå en økonomisk gevinst:

- **Cream-skimming** (creaming), der betyder, at leverandøren fokuserer på de målgrupper, som de lettest kan skabe resultater for
- **Parking**, som omvendt indebærer, at leverandøren ekskluderer ("parkerer") de målgrupper, hvor det er sværest at skabe resultater.

Det er langt fra sikkert, at der er risiko for cherry picking i forbindelse med rehabilitering efter § 83 a, eller at en sådan risiko skal håndteres ved hjælp af afregningsmodellen. Men det kan være en idé at have opmærksomhed på, at der arbejdes målrettet for rehabilitering af alle grupper af borgere, som er vurderet at kunne have gavn heraf.

7 Hvad betyder de juridiske rammer?

De væsentligste juridiske rammer for kommunal inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsopgaver udgøres af serviceloven, herunder af fritvalsreglerne, samt af udbudsreglerne.

Serviceloven

Servicelovens § 83 a indebærer, at kommunerne skal tilbyde et korterevarende rehabiliteringsforløb forud for vurdering af tildeling af hjemmehjælp. Den præcise tekst fremgår af faktaboksen.

Fritvalsreglerne

Rehabiliteringsforløb efter § 83 a er ikke omfattet af fritvalsreglerne efter servicelovens § 91. I er derfor ikke forpligtede til at tilbyde frit valg eller til at inddrage private leverandører i rehabiliteringsforløb. Det er således op til kommunalbestyrelsen at beslutte, om man ønsker dette. Det er dog en god ide at holde øje med, om der er leverandører i kommunen, der kan levere rehabiliteringsforløb eller dele af rehabiliteringsforløb.

I har i den forbindelse mulighed for fx at samle udbud af hjemmepleje med udbud af rehabiliteringsforløb. I så fald bruger I udbud til at sikre borgernes frie leverandørvalg, men koblet med udbud af ydelser efter § 83 a. Leverandørerne skal således levere begge typer af ydelser. I kan også lade borgerne vælge private leverandører til § 83 a-forløb, selv om I anvender godkendelsesordningen eller udsteder fritvalsbeviser til at sikre det frie leverandørvalg. I kan evt. indarbejde krav om rehabilitering i jeres godkendelsesmateriale for at sikre, at alle leverandører kan arbejde rehabiliterende.

Udbudsreglerne

Udbudsreglerne omfatter i denne sammenhæng dels EU's udbudsdirektiv, dels den nye udbudslov, som træder i kraft 1. januar 2016.

Ikke-statslige ordregivere har pligt til at annoncere indkøb af varer og tjenesteydelser med en kontraktværdi over kr. 1.541.715. Har I fx gennemført et udbud af hjemmeplejeydelser, kan I ikke uden yderligere annoncering lade de private leverandører, som I har kontrakt med, varetage § 83 a-forløb, såfremt værdien (i hele den periode, hvor I samarbejder) overstiger kr. 1.541.715 pr. leverandør.

§ 83 a.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6.

8 Kom godt i gang med samarbejdet

Erfaringerne med offentligt-privat samarbejde generelt er meget klar: Det er vigtigt at komme godt i gang, så man undgår mytedannelse og får skabt et godt fundament for samarbejdet.

Ledelsesmæssig opmærksomhed

Betydningen af ledelsesmæssig opmærksomhed kan ikke overvurderes. Etablering af et offentligt-privat samarbejde er ikke en "ude-af-øje, ude-af-sind"-proces, hvor I efter at have indgået en kontrakt blot kan lade den private leverandør arbejde uden at ofre samarbejde opmærksomhed. Alle erfaringer viser, ikke mindst på velfærdsområderne, at der er behov for at afsætte ressourcer til løbende dialog og forventningsafstemning.

Det er også vigtigt, at I arbejder for at sikre opbakning til og ejerskab af projektet på både medarbejder- og lederniveau. Herunder kan det være en idé at udpege en overordnet tovholder eller projektleder, som sikrer fremdrift og kan adressere de udfordringer, som måtte opstå.

It-understøttelse

En væsentlig erfaring fra OPI-projektet i Struer Kommune og Frederiksberg Kommune har været, at det er vigtigt at sikre integration med it-systemer i eksisterende arbejds-gange, både generelt og på tværs af kommune og private leverandører. Hvordan overføres fx træningsplanen elektronisk til leverandørerne, hvordan indberettes resultater og opfølgning osv.?

Gode råd til det generelle samarbejde

Ud over ledelse og it-understøttelse er der en række erfaringer at trække på fra andre studier af offentligt-privat samarbejde – og nogle helt specifikke forhold, som handler om rehabilitering.

Læs mere om disse forhold i det følgende. relevansen af de enkelte punkter afhænger naturligvis af, hvor fast forankret jeres nuværende samarbejdsrelationer er.

Tjekliste, det generelle samarbejde

- **Gensidig tillid og åben kommunikation**
Gensidig tillid og en åben kommunikation er vigtigt for at håndtere evt. risici i samarbejdet, fx relateret til de modsatte økonomiske incitamenter, eller hvis der opstår klagesager. Gensidig tillid befordres ved at afsætte ressourcer til vedvarende og åben kommunikation.
- **Tidlig inddragelse**
Det er vigtigt for videndelingen, at parter, der har betydning for implementeringen af samarbejdet, inddrages fra start. Det gælder også tværfaglige samarbejdspartnere, så der er opbakning hele vejen rundt.
- **Forskellige, men fælles målsætninger**
Parterne har grundlæggende hver deres målsætninger for at gå ind i samarbejdet. Det bør der være en accept af. Hvis alle kan se en fordel i at deltage, bidrager det til større engagement. Samtidig er det vigtigt at være eksplicite i formulering af en fælles platform, som er defineret ved en fælles tilgang til rehabilitering. Herunder at I drøfter forholdet mellem forskellige typer af målsætninger, fx reduktion i plejebehov, forbedret funktionsevne, livskvalitet osv.
- **Forståelse af forskelle i kultur og organisering**
Forståelse af forskellige kulturer og målsætninger mellem parterne er med til at styrke samarbejdet, da fx offentlige og private beslutningsprocesser er vidt forskellige og følgelig kan give anledning til udfordringer mellem parterne.
- **Plan for kompetenceudvikling**
En fælles tilgang til rehabilitering kan understøtte det gode samarbejde – og kan fremmes via fælles kompetenceudvikling, hvor kommunens tilgang rulles ud og evt. suppleres med inspiration fra de private leverandører.

Tjekliste, rehabilitering

- **Rehabilitering kræver en kulturændring blandt medarbejderne**
Erfaringer fra kommunal implementering af rehabilitering som strategi er, at det kræver vedvarende ledelsesfokus at ændre tilgang i retning af mere selvhjælp. I kan med fordel overveje og gå i dialog med de private leverandører i forhold til deres aktuelle tilgang og niveau, herunder i forhold til fælles kompetenceudvikling.
- **Tværfagligt samarbejde er en udfordring**
Det er vigtigt at skabe rammer for opbygning af gode, tillidsbaserede relationer og en ligeværdig dialog mellem forskellige faggrupper, fx mellem SOSU-personalet og terapeuter. Det gælder både internt i kommunen og i forhold til de private leverandører, herunder vil der være behov for tid til uformel sparring og dialog.
- **Sikring af dokumentation og opfølgning**
Det er væsentligt at sikre et fælles grundlag for dokumentation og opfølgning på resultaterne af indsatsen. Forskellige opfattelser kan føre til misforståelser og konflikter, som i sidste instans rammer borgerne.

CASE:

Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsen har i deres OPI-samarbejde hentet inspiration hos Jody Hoffer Gittels analyser af betydningen af relationel koordinering. Relationel koordinering er karakteriseret ved:

1. Fælles mål
2. Fælles viden
3. Gensidig respekt
4. Problemløsende kommunikation
5. Hyppig kommunikation
6. Rettidig kommunikation
7. Korrekt information.

Parterne har løbende brugt de syv karakteristika som målestok for udviklingen i samarbejdet og som en rettesnor for den videre vej frem.

Gensidig tillid og åben kommunikation
Tidlig inddragelse
Forskellige, men fælles målsætninger
Forståelse af forskelle i kultur og organisering
Plan for kompetenceudvikling



Rehabilitering kræver en kulturændring blandt medarbejderne
Tværfagligt samarbejde er en udfordring
Sikring af dokumentation og opfølgning

Mere viden

Læs hovedrapporten om OPI-projektet om rehabilitering, som kan findes på www.sum.dk

Find mere viden og inspiration om rehabilitering på www.socialstyrelsen.dk/aeldre/rehabilitering

Her finder I dels et inspirationsmateriale, "Rehabilitering på Ældreområdet. Inspiration til kommunal praksis", dels fire kortlægninger om rehabiliteringsindsatser, der sætter fokus på forskellige aspekter af rehabiliteringsindsatser målrettet ældre, der modtager hjælp efter serviceloven:

- Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet
- Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. En litteraturgennemgang
- Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet. En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden
- Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad der motiverer til rehabilitering.



The logo for RANIBOLL, featuring the word "RAMBOLL" in a bold, sans-serif font. The letter "O" is stylized with a white circle inside it. The logo is contained within a white rounded rectangular box.

RAMBOLL

Several thin, wavy lines in shades of teal, dark blue, and red are scattered across the bottom half of the page, creating a decorative, abstract pattern.

Holbergsgade 6
1057 København K
Tel: 7226 9000
www.sum.dk
sum@sum.dk