

Til
Sundheds- og Ældreministeriet

Dokumenttype
Baggrundsrapport

Dato
Marts 2016

HOVEDRAPPORT INNOVATIONS- PARTNERSKABER OM RE- HABILITERING



HOVEDRAPPORT INNOVATIONSPARTNERSKABER OM REHABILITERING

INDHOLD

1.	INDLEDNING	1
1.1	Disposition	1
1.2	Innovationspartnerskabet og dets metode	2
1.2.1	Udvælgelse af kommuner og leverandører til innovationspartnerskabet	2
1.2.2	Igangsættelse og understøttelse af udviklingsarbejdet i OPI-projekterne	2
1.2.3	Opsamling på erfaringer og afrapportering	3
2.	BAGGRUND OG LOVGIVNING	5
2.1	Baggrund, lovgivning og afledte konsekvenser	5
2.1.1	Et generelt øget fokus på rehabilitering	5
2.1.2	Lovgivning om rehabilitering	5
2.1.3	Regler om frit leverandørvalg	6
2.1.4	Konsekvenser for inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsopgaven	7
2.1.5	Opsamling i forhold til baggrund og lovgivning	9
3.	ET KOMMENDE MARKED FOR § 83 A-FORLØB	10
3.1	Hvorfor offentligt-privat samarbejde om § 83 a-forløb?	10
3.2	Status på brug af private leverandører ift. § 83 a	11
3.3	Fremadrettet anvendelse af private leverandører ift. § 83 a	12
3.4	Rammevilkår for kommunal inddragelse af private leverandører i § 83 a-forløb	12
4.	SAMARBEJDE OM § 83 A-FORLØB	16
4.1	Forudsætninger for offentligt-privat samarbejde om rehabilitering	16
4.2	Forskellig inddragelse af private leverandører – hvilke opgaver indgår?	17
4.3	Opbygning af samarbejdsmodel	20
4.4	Kommunernes modeller	22
4.4.1	Struer Kommune	22
4.4.2	Frederiksberg Kommune	25
4.5	Centrale beslutninger om inddragelse af private leverandører	28
5.	OPFØLGNING PÅ § 83 A-FORLØB	29
5.1	Hvorfor følger man op, og hvad følger man op på?	29
5.2	Hvordan følger man op?	30
5.3	Opfølgingsmodeller i de to kommuner	33
5.3.1	Struer Kommune	33
5.3.2	Frederiksberg Kommune	35
5.4	Erfaringer fra kommunerne	36

5.4.1	Struer Kommune	36
5.4.2	Frederiksberg Kommune	37
5.5	Centrale beslutninger vedrørende udformning af opfølgingsmodel	38
6.	BETALINGSMODELLER TIL OFFENTLIGT-PRIVAT SAMARBEJDE OM § 83 A-FORLØB	39
6.1	Tre typer betalingsmodeller	40
6.1.1	Aktivitetsbaseret betalingsmodel	40
6.1.2	Resultatbaseret betalingsmodel	41
6.1.3	Kombinationsmodel	43
6.2	Sammenligningsstandard for resultater	45
6.3	Testkommunernes modeller	46
6.3.1	Struer Kommune	47
6.3.2	Frederiksberg Kommune	49
6.4	Centrale beslutninger – når der vælges betalingsmodel	51

BILAG

Bilag 1

Ansøgningskema

Bilag 2

Oversigt over OPI-litteraturen

Bilag 3

Spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne

1. INDLEDNING

Der er et voksende fokus på rehabilitering på ældreområdet. Folketinget vedtog ultimo 2014 en ændring af serviceloven. Ændringen betyder, at kommunerne pr. 1. januar 2015 skal tilbyde et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a, hvis det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83.

Kommunernes forpligtelse til at tilbyde frit leverandørvalg gælder ikke for rehabiliteringsforløb efter § 83 a, men kommunerne bør ved tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene have fokus på at sikre størst mulig kontinuitet i hjælpen for de borgere, som ønsker at anvende det frie leverandørvalg i forbindelse med en efterfølgende eller sideløbende § 83-ydelse. Det kan kommunerne gøre ved at inddrage private leverandører i varetagelsen af rehabiliteringsforløb, hvilket denne rapport opstiller forskellige modeller for.

Sideløbende med denne udvikling har der i en årrække været fokus på at udnytte mulighederne for offentligt-privat samarbejde til at videreudvikle den offentlige sektor inden for en række velfærdsområder. Konkret er der i *Vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger* fra juni 2013 afsat midler til offentligt-privat samarbejde om markedsudvikling i form af et innovationspartnerskab (OPI) med udvalgte kommuner, som ønsker at sætte politisk fokus på innovation og effektivisering som led i opgaveløsningen i ældreplejen og på andre velfærdsområder.

I OPI-guiden¹ defineres OPI som: "Et udviklingssamarbejde mellem offentlige og private med henblik på at skabe nye samfundsmæssige løsninger med potentiale for kommercialisering og serviceforbedring"

Med dette afsæt har Rambøll Management Consulting i samarbejde med Struer og Frederiksberg Kommuner samt to private firmaer (Privathjælpen og Diakonissestiftelsen) i 2015 gennemført et projekt for Sundheds- og Ældreministeriet (herefter SUM)¹, hvor kommunerne og de private firmaer har etableret innovationspartnerskaber om udvikling af modeller for inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsindsatsen. Modellerne skal illustrere, hvordan man kan udvikle og styrke samspillet i forhold til rehabiliteringsforløb med henblik på markedsmodning på området.

Projektet har været procesunderstøttet og faciliteret af Rambøll Management Consulting. Nærværende hovedrapport samt det tilhørende inspirationsmateriale udgør afrapporteringen fra projektet og samler således op på både modeller og muligheder for inddragelse af private i rehabiliteringsindsatsen.

1.1 Disposition

Rapporten er disponeret som følger:

- Afsnit 1 er nærværende indledning, som desuden kort præsenterer det etablerede innovationspartnerskab og den anvendte metode.
- Afsnit 2 beskriver kort baggrunden for indførelse af § 83 a i serviceloven, herunder defineres forskellen mellem ydelser efter § 83 og § 83 a med afsæt i serviceloven.
- Afsnit 3 tegner konturerne af det marked for ydelser i forhold til rehabilitering, som er under udvikling.
- Afsnit 4 indeholder de udviklede modeller for, hvordan kommuner og private leverandører kan udvikle og styrke samspillet i forhold til rehabiliteringsforløb.

Der henvises desuden til inspirationsmaterialet.

¹ Ved projektets opstart var opgaven forankret i det daværende Ministerium for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

Inspirationsmaterialet giver en lettilgængelig indføring i mulighederne for at skabe et offentligt-privat samarbejde om rehabilitering. Inspirationsmaterialet indeholder konkret en kort præsentation af de udviklede modeller og dertil en gennemgang af centrale temaer, som man med fordel kan overveje i forbindelse med indgåelse af offentligt-privat samarbejde.

1.2 Innovationspartnerskabet og dets metode

1.2.1 Udvælgelse af kommuner og leverandører til innovationspartnerskabet

Innovationspartnerskabet blev etableret ved en åben annoncering efter ansøgere (kommuner og private leverandører i fællesskab), som ville indgå i et sådant partnerskab. Annonceringen fandt sted primo 2015 med ansøgningsfrist 25. februar. Ansøgningskemaet er vedlagt som bilag 1.

Det var et krav, at kommuner og private leverandører udarbejdede deres ansøgning sammen, dvs. at partnerskabet var etableret på forhånd, så der har været længst mulig tid til arbejdet med at udvikle og afprøve modeller for offentligt-privat samarbejde om rehabiliteringsforløb. Dette afprøves som nævnt i et offentligt-privat innovationssamarbejde, hvor partnerskabet består af kommunen og den private leverandør, og det innovative aspekt i samarbejdet er de eksempler på modeller for offentlig-privat samarbejde, som er blevet udviklet gennem projektperioden.

Der blev modtaget i alt tre ansøgninger, hvorefter Struer Kommune/Privathjælpen² og Frederiksberg Kommune/Diakonissestiftelsen blev udvalgt til at indgå i projektet. I valget af deltagere blev der lagt vægt på en række på forhånd definerede kriterier, som var anført i ansøgningsmaterialet (se tekstboksen).

Tekstboks 1-1: Kriterier for udvælgelse af innovationspartnerskaber

- 1) Parterne er motiverede for både udvikling og afprøvning af en model for inddragelse af private i rehabiliteringen, som inddrager flest mulige aspekter af et sådant samarbejde.
- 2) Parterne sandsynliggør, at modellen kan udvikles og afprøves i den afsatte projektperiode.
- 3) Parterne har sikret en klar rolle- og ansvarsfordeling med en tydelig ledelsesmæssig forankring, og herunder sandsynliggøre at kunne sikre projektets fremdrift.
- 4) Den foreslåede model afspejler et solidt kendskab til arbejdet og indsatsen på rehabiliteringsområdet.
- 5) Der er taget stilling til eventuelle risici, herunder i samarbejdet, og er taget stilling til deres håndtering.
- 6) Der er taget stilling til og foreligger en klar model for dokumentation af aktiviteter og eventuelle resultater.
- 7) Parterne sandsynliggør, at den foreslåede model har et markedsrettet potentiale både i Danmark og internationalt.

1.2.2 Igangsættelse og understøttelse af udviklingsarbejdet i OPI-projekterne

Næste skridt var etablering og igangsætning af innovationspartnerskaberne. Rambøll indledte dette arbejde med at gennemføre et målrettet desk studie af OPI-litteratur med henblik på at belyse relevante erfaringer og herved inspirere de udvalgte kommuner og private leverandører. Desk studiet er afrapporteret separat. Bilag 2 indeholder en oversigt over den anvendte litteratur.

Rambøll har i denne proces haft lektor Ole Helby Petersen (RUC) inddraget som forsknings-ekspert og sparringspartner med den opgave at kvalificere analysen af drivkræfter og barrierer samt give input til analyse af risici for de to konkrete OPI-projekter. Denne information er blevet

² På ansøgningstidspunktet indgik også virksomheden Toms Pleje, der dog er gået konkurs i første halvår 2015 og derfor ikke har deltaget i hele projektperioden.

brugt i opstarten af de to innovationssamarbejder. Derudover har Ole Helby Petersen kommenteret den endelige rapport.

Den konkrete etablering foregik ved afholdelse af lokale opstartworkshops i hver kommune. På disse workshops blev de i ansøgningsmaterialet udarbejdede projektbeskrivelser gennemgået og justeret og tilføjet konkrete milepæle og succeskriterier. Dette skete med afsæt i en GAP-analyse, hvor der blev stillet skarpt på særlige udviklingsbehov og udarbejdet en egentlig kravspecifikation/arbejdsplan for det videre modelarbejde.

Det fremgik efter opstartworkshopene, at de to partnerskaber begge havde fokus på de samme overordnede emner for modeludvikling, som derfor har været gennemgående i det videre arbejde og også ligger til grund for afrapportering og modeludvikling:

- Samarbejde og opgaver i rehabilitering (arbejdsdeling)
- Opfølgning
- Betalingsmodeller.

Kommunerne og de private leverandører har herefter udviklet de konkrete modeller inden for de tre områder med sparring fra Rambøll.

Modellerne er herefter blevet afprøvet i begge kommuner.³ Dette er foregået med afsæt principperne fra gennembrudsmetoden⁴ og aktionslæring (jf. tekstboks nedenfor).

1.2.3 Opsamling på erfaringer og afrapportering

De to OPI-projekter har arbejdet med afprøvning af modellerne i perioden fra primo juni til og med september 2015. Afprøvningen omfatter konkrete borgerforløb, fælles erfaringsopsamling og refleksion samt løbende videreudvikling af modellerne, jf. aktionslæringstilgangen.

Kommunerne og de to private leverandører har undervejs dokumenteret erfaringer og overvejelser. Dokumentationsmateriale og modelbeskrivelser er overdraget til Rambøll. Der er desuden gennemført erfaringsudvekslingsworkshops og uddybende interview i de enkelte kommuner.

Rambøll har herefter udarbejdet nærværende hovedrapport og inspirationsmaterialet. Hovedrapporten og inspirationsmaterialet er på den måde Rambølls erfaringsopsamling og analytiske formidling af erfaringer og konklusioner fra projektet og de to innovationspartnerskaber.

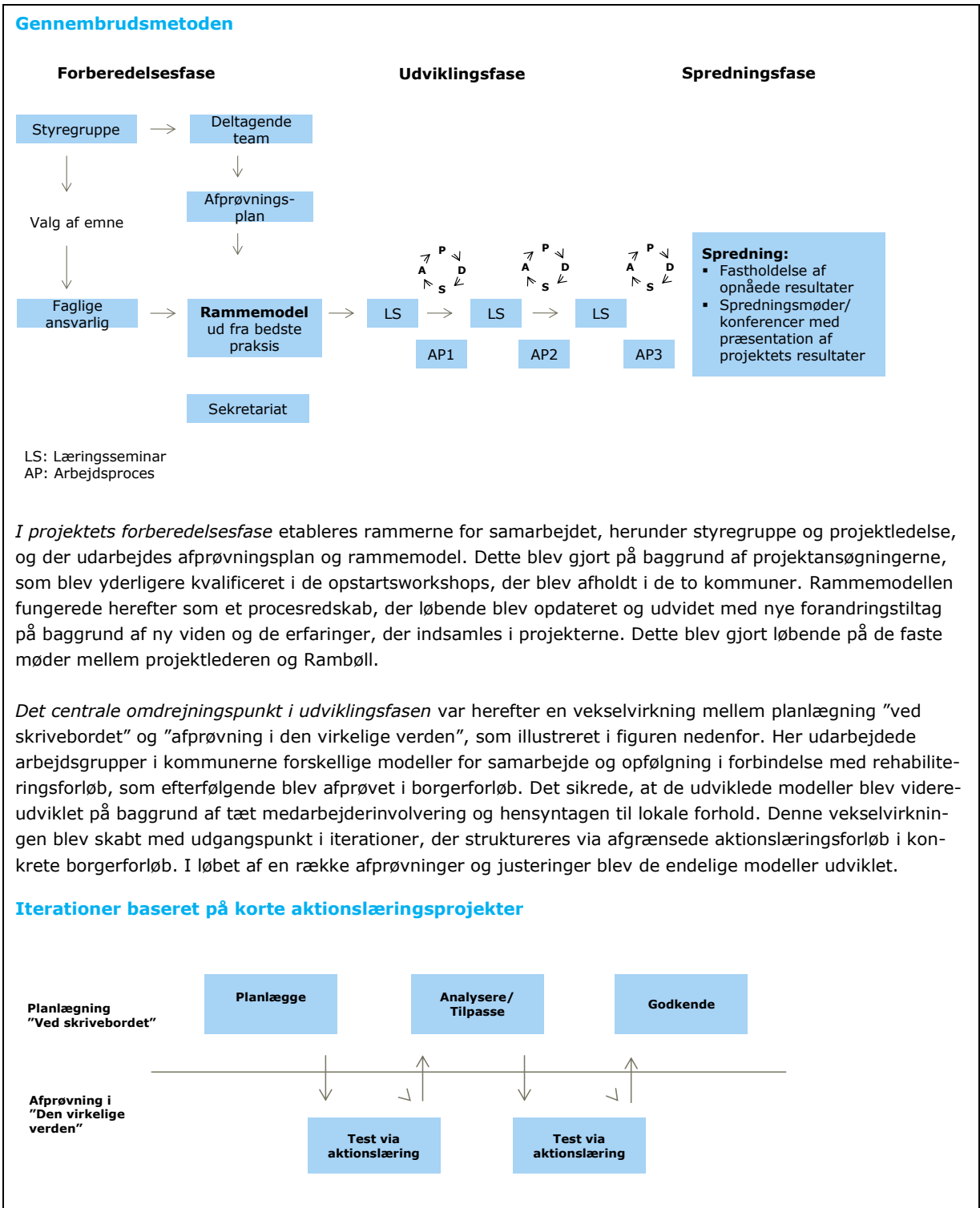
Innovationspartnerskaberne har ud over at bidrage med erfaringer fra forløbet stillet konkrete modelbeskrivelser til rådighed, som er udarbejdet og har været afprøvet lokalt. Det fremgår løbende i rapporten, når der er tale om konkrete bidrag fra innovationspartnerskaberne.

Tekstboks 1-2: Gennembrudsmetoden og aktionslæring

Gennembrudsmetoden er en international anerkendt metode til udvikling, implementering og spredning af vidensbaserede arbejdsmetoder. Kendte udfordringer i den sammenhæng handler om, dels hvordan *medarbejdere* involveres og sikres viden om bedste praksis, dels hvordan bedste praksis omsættes og tilpasses en *lokal kontekst*. Nedenstående beskrivelse afspejler en tilpasning til OPI-projektets kontekst.

³ Det gælder dog ikke betalingsmodellerne, da der ikke har været en separat betaling af de private leverandørers indsats i OPI-projektet fra kommunernes side. De udviklede modeller præsenteres mere uddybende i afsnit 4 nedenfor.

⁴ Se fx Jan Mainz (2011): Kvalitetsudvikling i praksis. Munksgaard.



2. BAGGRUND OG LOVGIVNING

I dette afsnit beskriver vi kort baggrunden for at igangsætte et OPI-projekt inden for rehabilitering. Herunder præciseres de lovgivningsmæssige rammer.

Formålet er at tydeliggøre, hvilke krav vedtagelsen af servicelovens § 83a stiller til tilrettelæggelsen af offentligt-privat samarbejde på området. Afsnittet motiverer og viser således hvorfor, der er behovet for en afklaring og udvikling af modeller for inddragelse af private leverandører i rehabilitering.

2.1 Baggrund, lovgivning og afledte konsekvenser

2.1.1 Et generelt øget fokus på rehabilitering

Der er et voksende fokus på rehabilitering på ældreområdet. Mange kommuner har igangsat en omlægning af indsatsen, hvor aktiv hjælp vinder frem i stedet for passiv hjælp. Der er således som en del af personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmepleje) et øget fokus på at øge borgernes mestring og/eller funktionsevne med det dobbelte formål at gøre ældre borgere mere selvhjulpne og derigennem øge deres livskvalitet samt at sikre en effektiv brug af ressourcerne i hjemmeplejen.

Overordnet er der positive erfaringer med tilgangen, og der er efterhånden en række studier, der dokumenterer effekten⁵. Dette bidrager til, at rehabilitering – også på baggrund af Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger⁶ – benyttes som en integreret del af indsatsen på ældreområdet.

2.1.2 Lovgivning om rehabilitering

Som en del af udviklingen med øget fokus på rehabilitering vedtog Folketinget den 19. december 2014 en ændring af serviceloven, der fastsætter de lovgivningsmæssige rammer for rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet pr. 1. januar 2015. Tidligere har der ikke været et direkte hjemmelsgrundlag for rehabilitering i serviceloven.

Tekstboks 2-1: Servicelovens bestemmelser om rehabilitering

§ 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.

Med lovændringen (§ 83 a) forpligtes kommunerne til at tilbyde rehabiliteringsforløb forud for vurdering af behov for hjemmehjælp. Det fremgår af § 83 a og den tilhørende vejledning⁷, at:

⁵ Se fx denne rapport om evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne, udgivet af socialstyrelsen <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/evidens-for-effekten-af-rehabilitering-for-aeldre-med-nedsat-funktionsevne>

⁶ <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Hjemmehjælpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013.aspx>

⁷ Se vejledning nr. 2 til Serviceloven, kapitel 8.

- Der er tale om et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb (typisk af 8-12 ugers varighed). Dette betyder, at der skal tages individuelt og konkret stilling til varigheden af det enkelte forløb. Såfremt borgerens situation og behov berettiger det, kan et igangsat forløb forlænges – eller erstattes af et nyt forløb.
- Forpligtelsen gælder både for borgere, der første gang anmoder om hjælp efter § 83 og borgere, der allerede modtager en sådan hjælp efter servicelovens § 83. For de personer, der den 1. januar 2015 allerede er tilkendt hjælp efter § 83, finder reglerne om rehabiliteringsforløb efter § 83 a anvendelse første gang, hjælpen efter § 83 revurderes, dog senest den 1. januar 2017.
- For nogle borgere vil årsagerne til den nedsatte funktionsevne samt tyngden og kompleksiteten af borgernes udfordringer have en sådan karakter, at det ikke vil være realistisk at igangsætte et rehabiliteringsforløb. Disse personer skal tilbydes anden relevant hjælp, der modsvarer behovet.
- Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at tilrettelægge rammerne for indholdet i og opfølgningen på rehabiliteringsforløbene, idet det dog understreges, at:
 - Det af motivationshensyn er vigtigt, at borgerens ønsker er omdrejningspunktet for samarbejdet om målfastsættelsen og selve indsatsen.
 - Der skal være proportionalitet imellem den indsats, som borgeren selv forventes at bidrage med, og det forventede resultat af den samlede indsats.
 - Der skal fastsættes individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.
 - Mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af mål og indsatser for forløbet. Beskrivelsen skal være tilgængelig for såvel modtager af hjælpen som relevante/involverede medarbejdere.
- Det er op til kommunalbestyrelsen at beslutte, om man ønsker at inddrage private leverandører. Kommunernes forpligtelse til at tilbyde frit leverandørvalg, jf. nedenfor, gælder således ikke for rehabiliteringsforløb efter § 83 a, men kommunerne bør ved tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene have fokus på at sikre størst mulig kontinuitet i overgangen fra § 83 a til en eventuel efterfølgende § 83-ydelse.
- Kommunerne har mulighed for fx at samle udbud af hjemmehjælp med udbud af rehabiliteringsforløb.

2.1.3 Regler om frit leverandørvalg

Bestemmelserne om rehabiliteringsforløb skal ses i konteksten af de generelle regler om tilvejebringelse af personlig pleje og praktisk hjælp som reguleret i servicelovens § 83:

Tekstboks 2-2: Personlig pleje og praktisk hjælp

Kommunernes forpligtelse til at levere hjemmepleje fremgår af serviceloven:

§ 83. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

- 1) personlig hjælp og pleje,
- 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og
- 3) madservice.

...

Tekstboks 2-3: Forpligtelsen til at tilvejebringe et frit leverandørvalg

§ 91. Kommunalbestyrelsen skal skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal.⁸

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal for at opfylde forpligtelsen i medfør af stk. 1 som minimum

- 1) indgå kontrakt med to eller flere leverandører eller
- 2) tilbyde modtagerne et fritvalgsbevis, som giver borgere, der er visiteret til hjælp efter § 83, adgang til, at de pågældende borgere selv indgår aftale med en cvr-registreret virksomhed om hjælpens udførelse, jf. dog stk. 3.

...

Det fremgår af vejledning nr. 2 til serviceloven, at såfremt der indgås kontrakt, kan det eksempelvis ske ved et udbud eller en godkendelsesordning. Der kan også vælges andre ordninger, hvilket berøres nærmere i afsnit 3.4, blot udbudsreglerne overholdes.

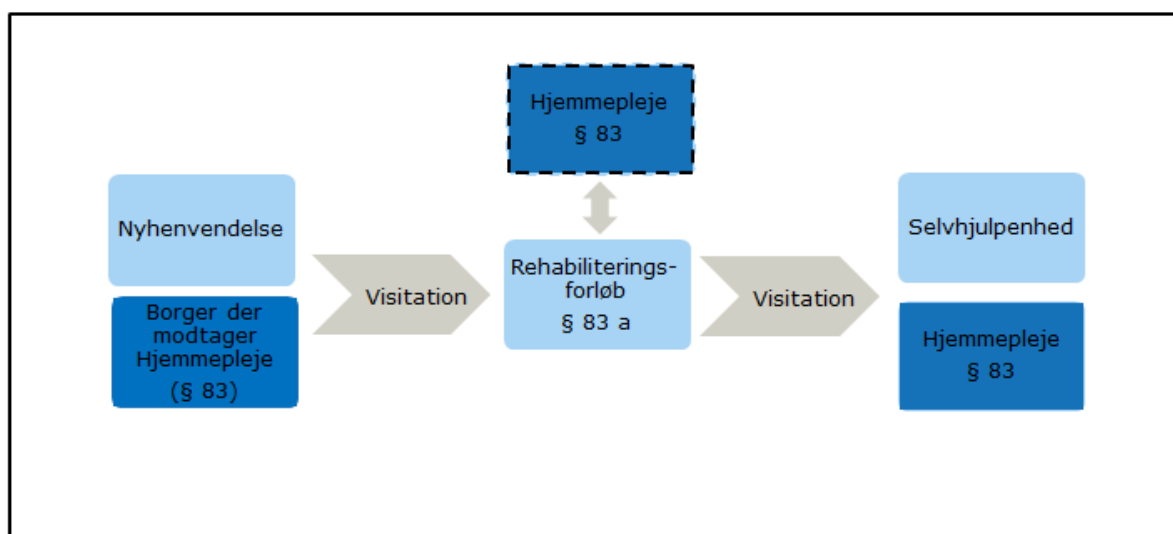
Hjemmeplejen er på den måde allerede i dag et område, som er karakteriseret ved offentligt-privat samarbejde. Det frie leverandørvalg blev konkret indført i 2003, men allerede før dette var enkelte kommuner begyndt at samarbejde med private leverandører.

Set i lyset af det generelt øgede fokus på rehabilitering er det på den måde ikke overraskende, at flere kommuner også er begyndt at inddrage de private leverandører i rehabiliteringsindsatsen. Allerede i 2013 var der 30 kommuner, som havde involveret private leverandører, jf. Socialstyrelsens kortlægning af kommunale erfaringer med rehabilitering⁹.

- 2.1.4 Konsekvenser for inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsopgaven
 Lovgivningen skelner således mellem hhv. borgerens aktuelle behov for hjælp og støtte (§ 83), og det rehabiliteringsforløb (§ 83 a), som potentielt kan reducere behovet for støtte.

Det kan umiddelbart lede til den opfattelse, at ydelserne leveres sekventielt; dvs. at først gennemføres rehabiliteringsforløbet, dernæst etableres den nødvendige (men reducerede) støtte. Men der er mulighed for andre udfald, hvilket illustreres i den nedenstående figur, hvor de mørkeblå bokse omfatter ydelser underlagt det frie leverandørvalg.

Figur 2-1: Mulige sammenhænge mellem ydelser



Både nyhenvendelser og borgere, der i forvejen modtager hjemmepleje, visiteres til rehabiliteringsforløb. Herefter vil der være enkelte borgere, som modtager en sideløbende ydelse efter §

⁸ Bestemmelsen gælder alene borgere i eget hjem, dvs. fx ikke borgere på plejecentre.

⁹ <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/kortlaegning-af-kommunernes-erfaringer-med-rehabilitering-pa-aeldreomradet>.

83 (illustreret med den stiplede kasse), men størstedelen vil dog udelukkende modtage et rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Efter et afsluttet rehabiliteringsforløb er borgeren enten helt selvhjulpnen, selvhjulpnen på nogle ydelser eller også visiteres de til nye hjemmeplejeydelser efter § 83.

Der er dermed flere potentielle overgange mellem § 83-ydelser med frit leverandørvalg og rehabiliteringsforløb efter § 83 a, hvor der ikke er krav om at kommunerne skal tilbyde frit leverandørvalg. Hvis kommunerne tilbyder borgere frit leverandørvalg ift. rehabiliteringsforløbet, vil der i højere grad kunne sikres kontinuitet i disse borgerforløb. Eksempelvis vil en borger, som allerede modtager hjemmepleje efter § 83 af en privat leverandør og bliver visiteret til et rehabiliteringsforløb, kunne vælge den samme private leverandør til at varetage rehabiliteringsforløbet. Derudover vil borgeren kunne vælge den samme leverandør, hvis der efter § 83 a-forløbet visiteres til en ny ydelse efter § 83.

Det betyder efter Rambølls vurdering, at der er en række forhold, man som kommune skal tage stilling til eller forholde sig til i forhold til at sikre den bedst mulige inddragelse af private leverandører i rehabiliteringen:

- Kontinuitet ved revisitation
- Sammenhæng ved nyhenvendelser
- Hvilke incitament er opstår?
- Udbud, godkendelsesordning eller fritvalgsbevis?

Disse gennemgås i det følgende.

Kontinuitet ved revisitation

Der vil være borgere, som allerede har en privat leverandør af § 83-ydelser, som ved revisitation kan tænkes at foretrække den kontinuitet, som følger af, at et § 83 a-forløb gennemføres af den samme leverandør. Dette kræver, dels at den private leverandør har kompetencerne til at forestå rehabiliteringsforløbet, dels at kommunen har indgået en aftale om denne mulighed (hvilket vejledningen lægger op til, jf. ovenfor).

Sammenhæng ved nyhenvendelser

Parallelt til ovenstående kan der være borgere, som ved nyhenvendelse ønsker en bestemt privat leverandør og foretrækker den sammenhæng i tilbuddet, som vil følge af, at samme leverandør gennemfører § 83 a-forløbet. Igen kræver dette, at kommunen har indgået en aftale om at anvende denne mulighed, samt at den private leverandør har kompetencerne til at forestå rehabiliteringsforløbet.

Hvilke incitament er opstår?

Ved inddragelse af private leverandører i rehabiliteringen kan der opstå skæve incitamentsstrukturer – især på kort sigt: Såfremt en privat leverandør af § 83 a-forløb lykkes med markant forbedring af borgerens funktionsevne, reduceres samtidig den fremadrettede ydelse, som borgeren får – og dermed leverandørens indtjeningsgrundlag. På langt sigt har leverandøren derimod en betydelig interesse i at fremstå som en effektiv leverandør af § 83 a-forløb. Vi vender tilbage til dette i afsnit 4 og sektionen om betalings- og afregningsmodeller nedenfor.

Udbud, godkendelsesordning eller fritvalgsbevis?

Der kan endelig argumenteres for, at udfordringen varierer, alt efter om man har valgt at sikre det frie leverandørvalg via udbud, via godkendelsesordning eller via udstedelse af fritvalgsbevis.

- Har kommunen gennemført et udbud, kan der i udbudsmaterialet stilles krav om, at leverandørerne også skal kunne varetage opgaver efter § 83 a.

- Har kommunen anvendt godkendelsesordningen, kan der stilles krav om, at leverandørerne skal kunne varetage opgaver efter både § 83 og § 83 a.
- Har kommunen endelig valgt fritvalgsbeviser, vil der potentielt kunne være borgere, som har valgt en leverandør, som ikke er i stand til at levere rehabiliteringsforløb, da det kræver en anden faglig kompetence.

Alt i alt er det således klart, at det i praksis er hensigtsmæssigt at se leverancen af § 83 a-forløb i tæt sammenhæng med den øvrige hjemmepleje. Både af hensyn til borgerne (kontinuitet/sammenhæng) og rent fagligt (viden om borgeren er forankret hos én leverandør)¹⁰.

Det skal afslutningsvis understreges, at spørgsmålet om inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløb rent principielt også omfatter inddragelse af private leverandører, når der arbejdes med et rehabiliterende sigte i forbindelse med § 83-ydelser. Rapporten og inspirationsmaterialet behandler ikke dette emne specifikt, da det, jf. bl.a. omtalte kortlægning fra Socialstyrelsen, er et område, som allerede i væsentligt omfang er præget af offentligt-privat samarbejde. For inspiration i den henseende kan med fordel tages afsæt i konkrete eksempler på kravspecifikationer i forbindelse med kommunale udbud af § 83-ydelser.

2.1.5 Opsamling i forhold til baggrund og lovgivning

Afsnit 2.1 ovenfor viser, at der er et øget fokus på rehabilitering i kommunerne, og at kommunerne allerede inddrager private leverandører, når der arbejdes med et rehabiliterende sigte i hjemmeplejen. Afsnittet viser samtidig, hvordan der nu i lovgivningen er taget stilling til den kommunale forpligtelse på rehabiliteringsområdet, specifikt knyttet til § 83-ydelser.

Afsnittet viser videre, hvordan de forskellige incitamenter og strukturer, skaber en række udfordringer i forhold til, hvordan man i praksis kan inddrage de private leverandører i rehabiliteringen på en hensigtsmæssig måde.

Dette kan ses i forlængelse af, at både Hjemmehjælpskommissionen og Socialstyrelsens kortlægning af kommunernes arbejde med rehabilitering forud for lovændringen vedr. § 83 a har peget på, at der kan være konkrete udfordringer med inddragelse af private leverandører ift. til incitamentsstrukturer, kommunikationssystemer, sikring af sammenhængende borgerforløb, herunder faglig sparring mv. Derudover bør der være fokus på at skabe kontinuitet i overgangen fra § 83 a-forløbet til den § 83-ydelse, som borgeren evt. modtager efterfølgende. De to ydelser kan med fordel ses i forlængelse af hinanden, da det alternativt kan skabe en udfordring at borgere ikke har frit leverandørvalg på begge ydelser.

Dette understreger samlet set behovet for en afklaring og udvikling af modeller for inddragelse af private leverandører i rehabilitering; en afklaring og udvikling som er genstand for den resterende del af hovedrapporten.

¹⁰ Se også denne rapport fra Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde:

<http://www.rops.dk/files/media/dokumenter/analyse/Rapport%20integrerede%20%C3%B8sninger.pdf>, som bl.a. fremhæver følgende mulige virkninger ved integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet: sammenhængende forløb, bedre overgange, bedre udnyttelse af faciliteter, bedre muligheder for uddannelse og kompetenceudvikling (personalet) og en mere effektiv drift (side 4). Rapporten understreger, at integrerede løsninger ikke automatisk giver sådanne virkninger, da det bl.a. afhænger af, hvordan de private leverandører inddrages, og hvordan de integrerede løsninger er tilrettelagt.

3. ET KOMMENDE MARKED FOR § 83 A-FORLØB

Inddragelse af private leverandører i § 83 a-forløb er fortsat under udvikling. Rambøll beskriver i det følgende afsnit kommunernes motivation for at inddrage private leverandører. Vi giver derfor en kort status for kommunernes nuværende inddragelse af private leverandører i levering af ydelser efter § 83 a. Derefter følger kommunernes vurdering af den fremadrettede udvikling. Begge dele med afsæt i en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.

Afsnittet rundes af med en opsamling i forhold til centrale dele af et offentligt-privat samarbejde om rehabiliteringsforløb, der samtidig fungerer som afsæt for de efterfølgende afsnits præsentation af en model for offentligt-privat samarbejde.

3.1 Hvorfor offentligt-privat samarbejde om § 83 a-forløb?

Som det fremgår ovenfor, er det op til kommunalbestyrelsen at beslutte, om man ønsker at inddrage private leverandører. Det understreges dog i vejledningen til serviceloven, at kommunerne ved tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene 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.

Udvikling af et marked for § 83 a-forløb fordrer således, at kommunerne ønsker at involvere private leverandører i opgaveløsningen. Det er derfor nærliggende indledningsvis at undersøge motivationen for en sådan beslutning.

Med afsæt i OPI-projektet kan formuleres følgende argumenter for at overveje at inddrage private leverandører:

- Det muliggør kontinuitet for borgerne, hvilket giver højere kvalitet og potentielt også bedre priser/lavere omkostninger.
- Det giver flere valgmuligheder for borgerne.
- Det sikrer i endnu højere grad en fælles, tværgående forståelse af behovet for og tilgangen til rehabilitering, som er afgørende for gode resultater på langt sigt. Herunder er det i et vist omfang vurderingen, at involvering i § 83 a-forløb kan give et kompetenceløft hos de private leverandører via øget fokus på rehabilitering i almindelighed.
- Det er administrativt enklere for kommunerne at undgå et leverandørskifte fra § 83 a til leverance af § 83-ydelser, og man undgår at miste viden om borgeren ved et sådant skift, som ellers vil kunne påvirke effekten af rehabiliteringen negativt.
- Det indebærer et læringspotentiale mellem kommunal og privat leverandør via erfaringsudveksling (som kommunerne i øvrigt har stillet som et kontraktuelt krav).
- Det er positivt med en vis konkurrence, også om § 83 a-forløb, da det kan drive udvikling og innovation på området.
- I den forbindelse stiller inddragelse af private leverandører i § 83 a-forløb, leverandørerne mere lige. Det må ses som en betydelig konkurrencefordel for den kommunale leverandør, hvis de er de eneste, der kan varetage § 83 a-forløb, hvilket ofte er det første møde med nye borgere.

Argumenterne har opbakning fra Struer Kommune og Frederiksberg Kommune. De to private leverandører er tilsvarende enige og vil grundlæggende gerne løse alle opgaver i tilknytning til borgerne, herunder rehabiliteringsforløb. Begge leverandører ser rehabilitering som en central ydelse, der giver værdi for borgerne, som de selvfølgelig skal kunne levere. Derudover supplerer de med, at det er en konkurrencefordel som privat leverandør at kunne dokumentere, at man har en solid rehabiliteringsfaglighed.

Diakonissestiftelsen fremhæver i den forbindelse, hvordan deltagelse i OPI-projektet har givet et kompetenceløft – ikke bare i forhold til rehabilitering, men også i forhold til forståelse af samar-

bejdsflader og udfordringer i samarbejdet. På sigt ønsker man at arbejde med opdyrkning af sociale fællesskaber i forhold til at fastholde effekten af de kortere § 83 a-forløb, inspireret af en mere generel helhedstænkning, der ikke kun ser rehabilitering som en fysisk udfordring, men indtænker hele borgerens livssituation, jf. også principperne for rehabilitering nedenfor.

Det måske allermest væsentlige er den gennemgående argumentation for, at rehabilitering er en fælles forpligtelse; en tilgang som både kommunen og de private leverandører 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. Det kræver at den private leverandør inddrages i § 83 a-forløb, som er det første rehabiliterende tiltag i et borgerforløb.

Kommunerne vurderer i forlængelse af OPI-projektet ikke, at der er væsentlige eller uoverkommelige barrierer for at inddrage private leverandører i leverancen af § 83 a-forløb. Struer Kommune har haft overvejelser om, at en øget andel borgere hos private leverandører reducerer de kommunale stordriftsmuligheder, men ikke på et niveau som opvejer ovenstående fordele. Frederiksberg Kommune fremhæver, at man oprindeligt var lidt i tvivl om, hvorvidt man skulle involvere de private i rehabilitering mere generelt, men i dag har svært ved at forstå, hvordan en sådan tvivl kunne opstå.

Der kan også hentes inspiration i Socialstyrelsens *"Rehabilitering på ældreområdet – Inspiration til kommunal praksis"* fra 2014, som bygger på aktuelt bedste viden om rehabiliteringsindsatser over for ældre borgere. I inspirationsmaterialet anbefales otte grundprincipper for rehabilitering:

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.

Da et § 83 a-forløb ofte efterfølges af en ydelse efter § 83, følger det, at punkterne om aktiv deltagelse, individuel tilrettelæggelse, helhedsorientering og koordination reelt vil kunne efterleves bedst muligt ved at give borgerne mulighed for at vælge den samme leverandør til at gennemføre § 83 a-forløbet, som de ønsker, skal varetage den eventuelt efterfølgende leverance efter § 83, jf. det frie leverandørvalg.

3.2 Status på brug af private leverandører ift. § 83 a

Rambøll har som en del af projektet undersøgt kommunernes brug af private leverandører i forhold til levering af § 83 a-forløb ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse. Hovedresultaterne er som følger. Spørgeskemaundersøgelsen omfatter i alt 72 kommuner. Af disse er de 63 så langt i implementeringen af § 83 a, at de indgår i hele spørgeskemaundersøgelsen. I bilag 3 er indsat en mere udførlig kommentering.

- 39 kommuner har etableret frit leverandørvalg via en godkendelsesordning, 23 via udbud og 10 kommuner bruger fritvalgsbeviser
- Kommunerne har som gennemsnit haft ca. 40 § 83 a-forløb pr. måned. I august måned var tallet ca. 57 forløb.
- Knap 60 pct. af § 83 a-forløbene stammer fra "nye" borgere, mens godt 40 pct. vedrører revisitering af kendte borgere.
- 40 ud af 63 kommuner (63 pct.) samarbejder med private leverandører om § 83 a-forløb.
- Hos disse kommuner udføres ca. 15 pct. af alle § 83 a-forløb af private i gennemsnit.

- Kommunerne afregner som alt overvejende hovedregel ud fra leverede timer, ikke med afsæt i resultater.

3.3 Fremadrettet anvendelse af private leverandører ift. § 83 a

Rambøll har også bedt kommunerne vurdere deres forventninger til fremtidig brug af private leverandører i forhold til levering af § 83 a-forløb. Hovedkonklusionerne er som følger. I bilag 3 er indsat en mere udførlig kommentering.

- Der er en generel forventning om øget inddragelse af private leverandører. 76 pct. af de kommuner, som allerede samarbejder med private om § 83 a-forløb forventer en voksende inddragelse.
- Kommunernes vurdering af de private leverandørers kompetencer varierer betydeligt:
 - Knap halvdelen af kommunerne vurderer, at 75-100 pct. af de private leverandører har kompetencer til at varetage simple rehabiliteringsforløb. Andelen er ca. 30 pct. for komplekse forløb.
 - Omvendt er der mere end halvdelen af kommunerne, som vurderer, at det blot er 0-25 pct. at de private leverandører, som kan varetage komplekse forløb.
- De private leverandører indgår primært med hjemmetrænere (78 pct.) og kun i mindre grad med terapeuter (18 pct.)
- Ca. 1/3 af de kommuner, som i dag ikke samarbejder med private leverandører forventer, at dette vil være tilfældet i fremtiden. Ca. 40 pct. har svaret nej, mens resten svarer ved ikke.

3.4 Rammevilkår for kommunal inddragelse af private leverandører i § 83 a-forløb

Vi har ovenfor set, at der er flere grunde, som kan pege i retning af at afsøge mulighederne for offentligt-privat samarbejde om rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Det gælder både et hensyn til borgerne, sammenhæng i indsatsen, gensidig læring og perspektivet i at holde sig ajour via en positivt funderet konkurrence- og samarbejdsrelation.

Det fremgår tilsvarende, at markedet fortsat er under udvikling. Det gælder i forhold til rehabilitering i almindelighed, herunder både den kommunale og den private indsats i forhold til at arbejde med et rehabiliterende sigte i forbindelse med § 83-ydelser, og det gælder specifikt i forhold til et evt. marked for § 83 a-forløb.

I den forbindelse er der en række centrale rammevilkår, som har betydning for den kommunale inddragelse af private leverandører, konkret i form af følgende fire temaer:

Centrale rammevilkår

- Hvordan er det frie leverandørvalg tilrettelagt?
- Hvilke dele af rehabiliteringsforløbet skal de private varetage?
- Hvordan er de kommunale terapeuter forankret?
- Hvad er forbindelsen til det rehabiliterende arbejde i forbindelse med § 83-ydelser?

De tre spørgsmål om, a) hvad kan man samarbejde om og hvordan; b) hvordan følger man hensigtsmæssigt op; og c) hvordan etableres en afregningsmodel med gode incitamenter, behandles i de tre efterfølgende kapitler.

Vi henviser i øvrigt til inspirationsmaterialet, som beskriver en række øvrige væsentlige forhold til overvejelse i forhold til at inddrage private leverandører i § 83 a-forløb.

Hvordan er det frie leverandørvalg tilrettelagt?

Kommunerne kan vælge mellem forskellige måder at tilrettelægge det frie leverandørvalg på, jf. ovenfor. Konsekvenserne i form af antal og typer af leverandører vil afhænge af valg af ordning og lokale forhold, herunder ikke mindst antallet af relevante og interesserede leverandører af hjemmepleje.

Ankestyrelsens undersøgelse af kommunernes tilvejebringelse af det frie valg efter 1. april 2013¹¹ fremhæver syv overordnede muligheder, som dog ikke er udtømmende, for at tilvejebringe det frie leverandørvalg (for en nærmere uddybning, se Ankestyrelsens rapport):

1. Åben godkendelsesordning
2. Begrænset godkendelsesordning
3. Fritvalgsbeviser
4. Udbud under en godkendelsesordning
5. Udbud, hvor kommunen afgiver kontrolbud
6. Udbud, hvor kommunen står uden for udbuddet
7. Udbud, hvor kommunen hverken har afgivet kontrolbud eller står uden for udbuddet.

Der vil ikke blive gået mere i dybden med de syv muligheder for tilvejebringelse af det frie leverandørvalg, men der er ét centralt skel, som vil blive fremhævet i det følgende. Her er der tale om skellet mellem ordninger, hvor der er mulighed for at begrænse antallet af leverandører, og dem, hvor der ikke er mulighed for en direkte begrænsning af antallet af leverandører. Dette er et centralt skel ift. denne erfaringsopsamling, da antallet af leverandører har stor betydning for, hvordan private leverandører kan inddrages i varetagelsen af rehabiliteringsforløb.

I tre af de syv ordninger fastsætter kommunen ikke en begrænsning for antallet af leverandører. Det gør sig gældende for: åben godkendelsesordning, udbud under godkendelsesordning og fritvalgsbeviser. Når kommuner vælger en åben godkendelsesordning, skal leverandørerne kunne leve op til kommunens pris- og kvalitetskrav. Hvis der benyttes udbud under godkendelsesordningen, så er det hovedleverandørens pris/priser, der gør sig gældende (det er fortsat kommunen, der formulerer kvalitetskravene). Hvis der benyttes fritvalgsbeviser, er det borgerens valg, der er afgørende for antallet af leverandører.

I de kommuner, hvor der benyttes udbud (jf. mulighed 5, 6 og 7) eller en begrænset godkendelsesordning, er der derimod mulighed for at begrænse antallet af leverandører. Frederiksberg Kommune har fx i 2015 gennemført et udbud i stedet for at bruge godkendelsesordningen, hvorved man er gået fra 17 til tre leverandører (inklusive den kommunale).

Det er desuden et krav i serviceloven, at leveringen af § 83-ydelser skal udføres med et rehabiliterende sigte efter princippet om hjælp til selvhjælp, hvorfor alle leverandører skal efterleve dette.

Har man som kommune besluttet, at man ønsker at samarbejde med private leverandører om § 83 a-ydelser, er det klart, at der vil være administrative fordele forbundet med at gennemføre et samlet udbud, hvor man også integrerer disse ydelser, fx ved at beslutte at give borgerne et frit leverandørvalg i rehabiliteringsforløbene.

Et andet centralt skel er skellet mellem kommuner, som har valgt en ordning, der giver mulighed for at stille krav til deres private leverandører om, at de skal kunne arbejde rehabiliterende, og de kommuner, som har valgt en ordning, der ikke giver denne mulighed. Her har vi kommuner med fritvalgsbeviser på den ene side og kommuner med udbud eller godkendelsesordningen på den anden side.

Hvis kommunerne benytter udbud, kan de i udbudsmaterialet stille krav til leverandørernes kompetencer, og at de skal kunne arbejde rehabiliterende og evt. indgå i rehabiliteringsforløb. Vælges godkendelsesordningen har kommunen også mulighed for – i godkendelsesmaterialet – at

¹¹ <https://ast.dk/publikationer/undersogelse-af-kommunernes-anvendelse-af-det-frie-valg-efter-1-april-2013>

stille krav om bestemte typer af kompetencer, herunder evnen til at arbejde rehabiliterende og indgå i rehabiliteringsforløb.

Benytter kommunen derimod **fritvalgsbeviser**, vil kommunen potentielt stå med en gruppe leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje, hvoraf nogle er i stand til (og interesserede i) at levere integrerede forløb, mens andre primært eller alene er i stand til (har interesse i) at levere de rene § 83-ydelser. Det er ingen hindring for løsning af den samlede rehabiliteringsopgave, men vil alt andet lige betyde, at det kun er muligt at etablere fuldt sammenhængende borgerforløb hos en gruppe af de godkendte leverandører. Dermed er det borgerens valg af leverandør, der er afgørende for, om der er tale om en leverandør, som også kan og vil levere § 83 a-forløb.

I forhold til at inddrage private leverandører i rehabiliteringsforløb er således to centrale skel i forhold, hvordan det frie leverandørvalg tilvejebringes i kommunen: et skel mellem ordninger, der kan begrænse antallet af leverandører, og ordninger der ikke kan. Og et skel mellem kommuner, der stiller krav til leverandørerne om bestemte kompetencer, og at de skal indgå i rehabiliteringsforløb, og kommuner der benytter fritvalgsbeviser og derfor ikke kan stille sådanne krav. Denne rapport bygger på erfaringer fra to kommuner, der har gennemført et udbud og derfor har få leverandører (2 i Struer og 3 i Frederiksberg) og derudover har begge kommuner stillet krav til leverandørernes kompetencer ift. at kunne levere § 83 a-forløb. Erfaringerne skal derfor ses i lyset af denne forudsætning.

Hvilke dele af rehabiliteringsforløbet skal de private varetage?

Dette spørgsmål behandles mere detaljeret i afsnit 4 nedenfor. For nærværende skal vi derfor alene pege på betydningen af, at man som kommune gør sig klart, om man ønsker at inddrage de private leverandører isoleret i træningen eller også i varetagelsen af terapeutfaglige opgaver, fx i forhold til at udarbejde en samlet beskrivelse af mål og indsatser for forløbet.

Hvordan er de kommunale terapeuter forankret?

I takt med implementering af rehabiliteringsindsatserne har kommunerne i stigende omfang valgt at tilknytte terapeutfaglige ressourcer til hjemmeplejen.

I Socialstyrelsens rapport "Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet" fra 2013¹² sondres mellem fire overordnet set forskellige organisationstyper i forhold til de terapeutfaglige ressourcer:

- Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger (60 kommuner)
- Hjemmepleje med ekstra ressourcer (14 kommuner)
- Tværfaglig specialenhed (13 kommuner)
- Terapeutmodellen (8 kommuner).

I den første organisationstype er der en række forskellige konkrete modeller, men typisk er der tale om et samarbejde mellem hjemmeplejen og en træningssektion (med terapeuter), hvor sidstnævnte (på foranledning af visitationen) udarbejder et træningsprogram, som den ældre gennemfører med hjælp fra en social- og sundhedsassistent eller -hjælper.

I den anden organisationstype er de terapeutfaglige ressourcer ansat direkte i hjemmeplejen, men løser i øvrigt tilsvarende opgaver som i type 1.

I den tværfaglige specialenhed er der tale om en særlig gruppe med fokus på hele kommunen og typisk med særligt ansvar for nye borgere (ofte i kommuner som valgte at tilbyde et rehabilite-

¹² Socialstyrelsen, "Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet", 2013, side 16-20.

ringsforløb, som på mange måder minder om det, der i dag kendes fra § 83 a). Øvrig rehabilitering løftes i samarbejde med social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere.

Endelig indebærer terapeutmodellen, at kommunerne som hovedregel lader terapeutgruppen forestå al træning uden at involvere andre, inklusive social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere.

Vi nævner denne forskel, da det kan have betydning for en evt. inddragelse af private i varetagelsen af § 83 a-forløb. Ikke mindst hvis en kommune alene ønsker at lade private leverandører varetage simple forløb, jf. afsnittet ovenfor.

Hvad er forbindelsen til det rehabiliterende sigte i § 83-ydelser?

Erfaringer fra dette projekt peger i retning af, at både kommuner og leverandører anlægger et samlet blik på rehabilitering som en nødvendig del af den samlede indsats over for borgerne.

Det betyder konkret, at uanset gennemførelse og evt. effekt af et § 83 a-forløb vil alle leverandørerne have fokus på at arbejde rehabiliterende efterfølgende i forbindelse med levering af ydelser efter § 83, hvilket er et lovkrav. Det har i begge cases været et krav fra kommunerne, at leverandørerne skal kunne levere effektiv rehabilitering (både i rehabiliteringsforløb og i forbindelse med § 83-ydelser) – og ifølge de to medvirkende leverandører også en naturlig del af deres forretningsudvikling.

Konsekvensen af dette er, at kommunerne med fordel kan overveje at anlægge et helhedssyn på de to former for rehabilitering, ikke mindst hvis man ønsker at inddrage private leverandører i varetagelsen af § 83 a-forløb, fx ud fra nogle af de hensyn som fremgår af afsnit 3.1 ovenfor. Med et helhedssyn menes at bidrage til at skabe sammenhæng på tværs, så den rehabiliterende indsats i forbindelse med § 83-ydelser ikke foregår isoleret fra en forudgående § 83 a-indsats. Tilsvarende kan der med fordel arbejdes ud fra fælles principper om rehabiliteringens formål.

4. SAMARBEJDE OM § 83 A-FORLØB

Et velfungerende samarbejde om § 83 a-forløb stiller en række krav til både kommune og private leverandører. Der er ikke én rigtig model for samarbejdet, men mere en række forskellige spørgsmål der bør tages stilling til. Et offentligt-privat samarbejde om rehabiliteringsforløb adskiller sig på den måde ikke fra et offentligt-privat samarbejde på andre områder.

I det følgende præsenteres først en række grundlæggende forudsætninger for et offentligt-privat samarbejde om rehabilitering. Dernæst drøftes, hvilke opgaver samarbejdet omfatter. Med dette grundlag på plads drøftes den konkrete opbygning af en samarbejdsmodel ud fra en række centrale temaer, som i væsentligt omfang omfatter de temaer, som man også vil støde på ved etablering af et offentligt-privat samarbejde gennem udbud på andre områder. Vi eksemplificerer efterfølgende dette ved hjælp af de konkrete modeller, som er udviklet i Struer og Frederiksberg Kommuner samt kommuners og private leverandørers erfaringer. Kapitlet afrundes med en opsamling på de centrale valg, som en kommune med fordel kan overveje i forhold til udformning af samarbejdsmodel.

4.1 Forudsætninger for offentligt-privat samarbejde om rehabilitering

Private leverandører kan inddrages i udførelsen af § 83 a-forløb på forskellige måder. De kan enten varetage hele rehabiliteringsforløbet, eller de kan stå for dele af forløbet. Under alle omstændigheder kræver inddragelse af private leverandører samarbejde og koordination mellem kommunen og de private leverandører.

Der er i den forbindelse en række centrale forudsætninger, som bør tages i betragtning, før der inddrages private leverandører:

- De faglige kompetencer skal matche opgaven
- Der skal være et godt grundlag for samarbejdet.

Faglige kompetencer

De private leverandørers faglige kompetencer har stor betydning for, hvordan de kan inddrages i udførelsen af rehabiliteringsforløb. Nogle private leverandører har terapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere ansat, andre har kun ansat social- og sundhedshjælpere. Der er også leverandører, som har ansat sygeplejersker. Der er dermed stor forskel på de kompetencer, som de private leverandører kan bidrage med i et offentligt-privat samarbejde om rehabiliteringsforløb.

Kompetenceniveauet afspejler som regel den hidtidige efterspørgsel i kommunen. Har kommunerne ikke tidligere efterspurgt private terapeuter, er det ikke relevant for den private leverandør at have fx en terapeut ansat. Derudover skal den private leverandør have en vis volumen, før det kan betale sig at ansætte en terapeut.

Det samme gør sig gældende i forhold til social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. På social- og sundhedsassistentuddannelsen undervises der i rehabilitering, og de har således et bedre udgangspunkt for at indgå som tovholdere/trænere i rehabiliteringsforløb end en social- og sundhedshjælper. Hvis der er efterspørgsel efter social- og sundhedsassistenter i en given kommune, vil en større andel af de privatansatte hjælpere være uddannet social- og sundhedsassistenter.

Kommunernes efterspørgsel har på den måde betydning i forhold til kompetenceniveauet blandt de private leverandører. Derudover kan de private leverandørers volumen også have betydning for kompetenceniveauet og deres muligheder for at inddrage nye kompetencer.

Det er i øvrigt interessant, jf. afsnit 3, at kommunerne er delte i deres vurdering af, om det er størstedelen af de private leverandører, som vil kunne varetage rehabiliteringsforløb eller en mindre andel.

Grundlag for samarbejde

Inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløb kræver, at der etableres et tæt samarbejde mellem kommunen og de private leverandører, både i forhold til at skabe ensartethed i ydelsen og for at udvikle nye arbejdsgange.

Pilotkommunerne i dette projekt har begge haft hjemmeplejen i udbud og har derfor kun skullet samarbejde med få private leverandører. De deltagende private leverandører har desuden arbejdet for de to kommuner i flere år, og der er etableret et solidt og tillidsbaseret grundlag for samarbejdet.

De erfaringer, dette afsnit bygger på, er derfor mest direkte overførbare til kommuner med få private leverandører. Kommuner som har mange private leverandører, vil derfor skulle overveje, hvordan de præsenterede modeller passer ind i deres situation, fx fordi der er flere leverandører, herunder muligvis leverandører med færre kompetencer eller med en kortere historik og mindre tillid mellem parterne.

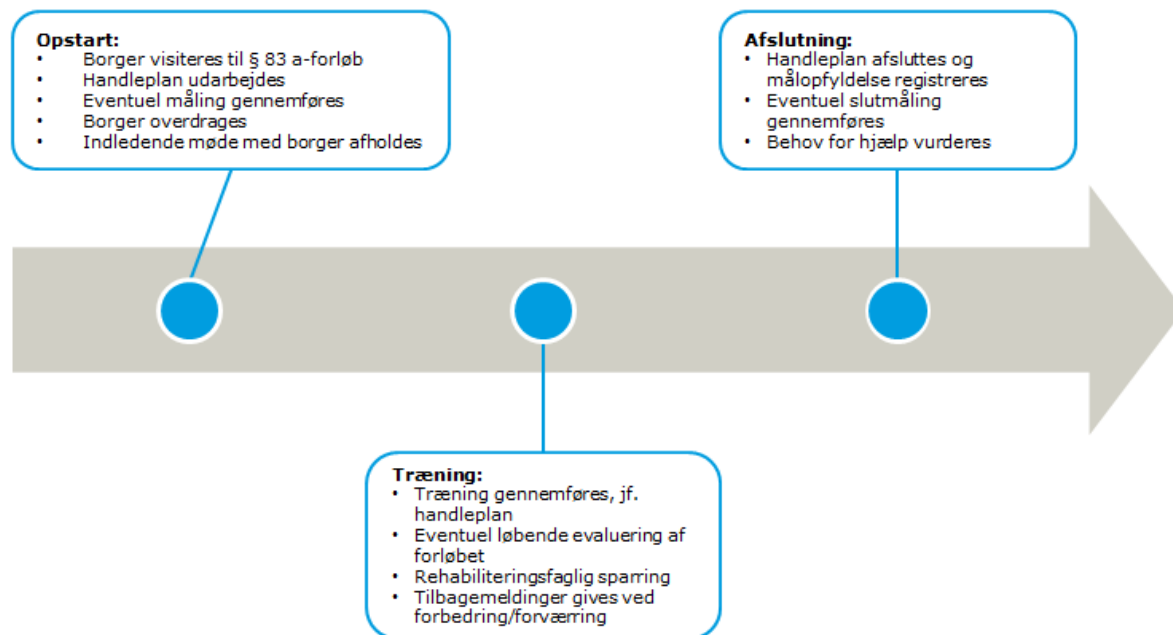
4.2 Forskellig inddragelse af private leverandører – hvilke opgaver indgår?

Ved inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløb kan der bedre skabes helhed og sammenhæng i indsatsen, da den private leverandør kan tildeles rehabiliteringsforløbet i umiddelbar forlængelse af det frie leverandørvalg. Hvis en borger ønsker en bestemt privat leverandør til personlig pleje eller praktisk hjælp på sigt, kan de også vælge den samme leverandør til det indledende rehabiliteringsforløb. Således skabes der kontinuitet i indsatsen for de borgere der ikke er selvhjulpne efter rehabiliteringsforløbet, og der kommer kun én leverandør i borgerens hjem når et rehabiliteringsforløb efterfølges af en § 83-ydelse. Samtidig får den private leverandør et bedre afsæt for at arbejde med et rehabiliterende sigte i forbindelse med den efterfølgende § 83-ydelse.

De private leverandørers faglige kompetencer har stor betydning for, hvordan de kan inddrages i gennemførelsen af § 83 a-forløb:

- Hvis der er tilknyttet en terapeut, giver det mulighed for at lade den private leverandør stå for udarbejdelsen af træningsplan og selve træningen, og derudover vil de kunne varetage både simple og relativt komplicerede forløb. Det er en model, som er afprøvet i Frederiksberg Kommune.
- Er der ikke tilknyttet en terapeut, vil en social- og sundhedsassistent kunne varetage træningen i forløb med middel kompleksitet med udgangspunkt i en træningsplan udarbejdet af en kommunal terapeut, som det har været tilfældet i Struer Kommune. I helt simple forløb vil en social- og sundhedshjælper, der har modtaget opkvalificering i rehabilitering, tilsvarende kunne indgå i træningen sammen med den kommunale terapeut.
- Det kan også tænkes, at den private leverandør kan varetage sygeplejen i hjemmet, hvilket fx gøres i Gribskov Kommune; dette aspekt er dog ikke behandlet yderligere i projektet.

De private leverandører kan således inddrages i forskellige faser af rehabiliteringsforløbet. Vi gennemgår nedenfor to scenarier for samarbejde: et hvor den private leverandør varetager hele rehabiliteringsforløbet, og et hvor de varetager dele af forløbene. Dette gøres med udgangspunkt i et idealtypisk rehabiliteringsforløb i tre faser.

Figur 4-1: Idealtypisk rehabiliteringsforløb i tre faser¹³

Hele rehabiliteringsforløbet

Det kan være en mulighed for kommunerne at overdrage hele rehabiliteringsforløb til private leverandører. Her kan forløbet overdrages i *opstartsfasen*, når borgeren er blevet visiteret til et § 83 a-forløb. Herefter kan den private leverandør stå for at udarbejde en handleplan, gennemføre eventuelle målinger og afholde et indledende møde med borgeren. Det skal i den forbindelse nævnes at der i lovgivningen (eller bemærkningerne) ikke stilles deciderede krav om at der udarbejdes en handleplan - men blot at der udarbejdes "en samlet beskrivelse af mål og indsatser for forløbet".

Dette kan gøres ved, at den private leverandør har tilknyttet en medarbejder med rehabiliteringskompetencer (det kan fx være en sygeplejerske eller en terapeut), som får overdraget sagen fra visitator. Herefter udarbejder den rehabiliteringsfaglige medarbejder en handleplan, som overleveres til en træningsansvarlig. Den træningsansvarlige kan være en social- og sundhedsassistent eller en social- og sundhedshjælper, som herefter gennemfører *træningsfasen* med sparring fra den rehabiliteringsfaglige medarbejder. I *afslutningsfasen* afslutter den rehabiliteringsfaglige medarbejder handleplanen og evaluerer forløbet, inden det overleveres til visitator, som afslutter og vurderer behovet for yderligere hjælp.

I en sådan model vil det primære samarbejde mellem kommunen og den private leverandør være i forbindelse med overdragelsen i *opstartsfasen* og i *afslutningsfasen*. Derudover vil der være samarbejde med andre kommunale instanser, som fx sygeplejen og sundhedscenteret eller hjælpemiddelafdelingen gennem træningsforløbet. En samarbejdsmodel for overdragelse af hele forløbet bør derfor have fokus på kommunikation og arbejdsgange i opstartsfasen og afslutningsfasen af rehabiliteringsforløbet.

¹³ I andre sammenhæng arbejdes med fx fem faser: Visitation, udredning, målsætning med borger, indsats/opfølgning og afslutning/revision.

Nedenfor er det illustreret, hvordan private leverandører kan gennemføre hele rehabiliteringsforløbet, med et eksempel fra opgavefordelingen i Frederiksberg:

Table 4-1: Arbejdsdeling, når hele rehabiliteringsforløbet lægges ud

Frederiksberg				
	Aktør/forløbstype	Hjemmetrænerforløb	Kombineret hjemmetræner og terapeut forløb	Komplekse rehabiliteringsforløb
Kommunale aktører	Visitorator	Borger visiteres og overleveres til privat leverandør	Borger visiteres og overleveres til privat leverandør	Borger visiteres og overleveres til privat leverandør
Private leverandører	Terapeut	Introducerer hjemmetræner til træningsforløb Står til rådighed for sparring gennem forløbet	Udarbejder handleplan for træningsforløbet Står til rådighed for sparring Koordinerer med hjemmetræner Evaluerer forløbet løbende	Udarbejder handleplan for træningsforløbet Koordinerer med hjemmetræner Står til rådighed for sparring Koordinerer med sygepleje og Sundhedscenter Evaluerer forløbet løbende
	Social og sundhedsassistent/hjælper	Udarbejder handleplan for træningsforløb Gennemfører træningen Evaluerer forløbet løbende	Gennemfører træningen jf. handleplan	Gennemfører træningen jf. handleplan

Dele af rehabiliteringsforløbet

De private leverandører kan også inddrages til at varetage dele af rehabiliteringsforløbene. Her kan det være en mulighed, at *træningsfasen* varetages af den private leverandør.

Et sådant samarbejde vil kunne etableres ved, at kommunen har ansat det rehabiliteringsfaglige personale internt, som opstarter og afslutter forløbet, mens de private leverandører varetager træningen. I Struer har de fx ansat kommunale terapeuter, som i den forbindelse står for hele *opstartsfasen* og *afslutningsfasen*, og de private leverandører står for størstedelen af *træningsfasen*.

I *opstartsfasen* visiteres borgeren til § 83 a og den rehabiliteringsfaglige medarbejder i kommunen foretager udredning og sætter mål sammen med borgeren. Derudover udarbejder de en træningsplan, som overleveres til den private leverandør. Den private leverandør varetager herefter træningen ved en social- og sundhedsassistent eller en social- og sundhedshjælper. De kommunale terapeuter kan derudover agere sparringspartnere under træningsforløbene.

Denne model kræver mere samarbejde og koordination i *træningsfasen*, end hvis den private leverandør varetager hele forløbet. Her skal der ikke blot samarbejdes og koordineres i forbindelse med opstart og afslutning af forløbet, men derudover skal der samarbejdes og koordineres om inddragelsen af de kommunale terapeuter som sparringspartnere gennem hele forløbet. De kommunale terapeuter bør i den forbindelse stå ligeligt til rådighed for alle leverandørerne som sparringspartnere – både den kommunale og de private. Det er et væsentligt argument for, at terapeuterne tilknyttes myndighedsafdelingen (visitationen) og ikke den kommunale leverandør.

Nedenfor er det illustreret, hvordan private leverandører kan inddrages i dele af rehabiliteringsforløbet, med et eksempel på opgavefordelingen i Struer Kommune:

Tabel 4-2: Arbejdsdeling, når dele af rehabiliteringsforløbet lægges ud

Struer			
		A-forløb	B- og C-forløb
Kommunale aktører	Visitor og Rehabiliteringsterapeut	Visitor udreder, fastsætter overordnede mål og visiterer tid til hjemmepleje. Herefter overleveres borger til privat tovholder, som fastsætter delmål, udarbejder handlingsforslag, gennemfører indsatsen, evaluerer og melder tilbage til visitorator. Rehabiliteringsterapeuterne står til rådighed for løbende sparring med tovholder	Borger visiteres til § 83 a. Rehabiliteringsterapeuten udarbejder handleplan Er tovholder på forløbet Koordinerer forløbet med trænerne Løbende sparring med trænere Afslutter handleplan Visitorator vurderer behov for efterfølgende hjælp
Private aktører	Social- og sundhedsassistent	Indgår som tovholder Udarbejder handleplan Gennemfører træning med sparring fra rehabiliteringsterapeuterne Afslutter handleplan og overleverer til visitorator	Varetager træning efter handleplanen med sparring fra rehabiliteringsterapeuterne
	Social- og sundhedshjælper		Indgår i forbindelse med træningen efter handleplanen med sparring fra rehabiliteringsterapeuterne

4.3 Opbygning af samarbejdsmodel

Uanset hvordan og i forhold til hvilke opgaver, de private leverandører inddrages i rehabiliteringen, kræver det, at der udarbejdes en samarbejdsmodel mellem kommunen og de private leverandører.

Dette er nødvendigt, fordi et samarbejde om § 83 a på en lang række områder er forskelligt fra et samarbejde om § 83. Dertil kommer en række generelle erfaringer, både fra OPI-projektet og fra andre eksempler på offentligt-privat samarbejde på velfærdsområderne (se bilag 2 for referencer), som giver anledning til at konstatere, at en samarbejdsmodel bør have fokus på følgende punkter:

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

Tydelig rolle- og ansvarsfordeling

Fundamentet for et hensigtsmæssigt samarbejde er en tydelig rolle- og ansvarsfordeling. Dvs. at der med afsæt i den aftalte fordeling af opgaverne, jf. afsnittet ovenfor, er taget eksplicit stilling til, hvem der gør hvad. Heri indgår også, at der kan være opgaver, hvor begge parter skal deltage for at sikre koordinering.

Klare arbejdsgange

Ved inddragelse af private leverandører skabes der en række nye snitflader i arbejdsgangene mellem kommunen og de private leverandører. Det kræver, at der udvikles nye og klare arbejdsgange for samarbejdet mellem aktørerne. I denne proces er det vigtigt, at arbejdsgangene uddybes og beskrives klart, så der ikke opstår misforståelser mellem parterne. Der bør også hele tiden være opmærksomhed på, at arbejdsgangene gøres så effektive som muligt for begge parter. Det betyder konkret – som det også kendes fra andre områder med offentligt-privat samarbejde – at kommunen bør tænke i den samlede ressourcebelastning og ikke bare lægge opgaver over til de private leverandører uden at overveje konsekvenserne.

Klare kommunikationskanaler

Som et konkret eksempel på behovet for klare arbejdsgange bør der etableres klare kommunikationskanaler mellem kommunen og de private leverandører – både på ledelses- og medarbejder-niveau. Det bør aftales, hvem der kommunikerer med hvem, og hvordan der kommunikeres – hvad kan fx sendes pr. mail, hvad kan aftales pr. telefon, og hvad skal gå gennem det kommunale advis-system.

Dokumentation og kommunikation via advis- og andre it-systemer

De private leverandører skal bruge det kommunale advis- og it-system, hvilket kan kræve et særligt fokus. Gennemførelsen af § 83 a-forløb kræver mere dokumentation og kommunikation gennem it-systemer end varetagelsen af pleje efter § 83. Det kræver, at de private leverandører får adgang til advis-systemet på lige vilkår med den kommunale leverandør. Derudover skal de introduceres til systemet, have licenser, og den private leverandør skal have indkøbt de rette it-redskaber og instrueret personalet i brugen. Vi henviser i øvrigt til de kommunale erfaringer i det efterfølgende afsnit.

Forum for dialog og koordinering

Det vil erfaringsmæssigt være hensigtsmæssigt at skabe et forum for dialog og koordinering mellem kommunen og de private leverandører. Der bør her indgås konkrete aftaler om, hvor ofte der holdes møder med plads til dialog og koordinering. Det bør yderligere aftales, hvor disse møder afholdes, og hvem der forventes at deltage (både hvilke aktører og hvilket niveau de skal være repræsenteret på).

Plan for konfliktløsning

I alle samarbejdssituationer er der risiko for konflikt. Der bør derfor være udarbejdet en plan for konfliktløsning mellem parterne. Planen skal kunne håndtere udfordringer på alle niveauer, så konflikter kan afværges, inden de eskaleres. En oplagt mulighed er brugen af en konfliktrappe, som det kendes fra andre mere etablerede markeder.

Faglig udvikling og innovation

Ved inddragelsen af flere leverandører i rehabiliteringen er der mulighed for at dele læring på tværs af leverandørerne og dermed skabe synergi på området. Det bør derfor vurderes i samarbejdsmodellen, hvordan der skabes rum for faglig udvikling og innovation på tværs af leverandørerne. Et sådant forum kan være med til at kalibrere indsatsen på tværs af leverandører og dermed ensrette ydelsen, men det kan også være med til at udvikle den samlede indsats med afsæt i alle leverandørernes erfaringer. Det skal understreges, at der med leverandører sigtes til både private og kommunale leverandører.

Brug af specialister

Der kan opstå situationer, hvor kommunerne har særlige specialister, fx inden for sygepleje eller på hjælpemiddelområdet, som det ud fra en helhedsbetragtning vil være hensigtsmæssigt at inddrage i eller kunne sparre med i forbindelse med et § 83 a-forløb. Både til gavn for borgeren og for den kommunale økonomi på længere sigt. Kommunen bør derfor sigte på at etablere en

smidig model, hvor der gives adgang til denne form for sparring, uden at det skaber mulighed for egentlig opgaveglidning.

Sammenhængende forløb

Det er en grundlæggende målsætning med inddragelsen af private leverandører i § 83 a-forløb, at der skabes sammenhængende forløb på tværs af de korte og målrettede rehabiliteringsforløb og efterfølgende leverance af hjemmepleje ud fra en rehabiliterende tilgang. Det er derfor vigtigt, at samarbejdet tilrettelægges på en måde, der sætter borgeren i centrum. Det kan fx give anledning til overvejelser om typiske situationer, hvor det kan være gavnligt at begge parter er til stede hos borgeren – eller til drøftelse af, hvordan der sikres en smidig overgang til et efterfølgende § 83-forløb, uden at der skal "startes forfra".

4.4 Kommunernes modeller

De overordnede bud på etablering af en hensigtsmæssig samarbejdsmodel illustreres i de følgende to afsnit med afsæt i de konkrete modeller, der er udviklet i hhv. Struer Kommune og Frederiksberg Kommune. Herunder inddrages erfaringer fra afprøvningsfasen.

4.4.1 Struer Kommune

Struer Kommune er en mindre kommune med 21.439 indbyggere og få borgere i hjemmeplejen (ca. 600 i alt). Derfor er der også relativt få personer involveret i samarbejdet med Privathjælpen, hvilket fremhæves som en fordel for samarbejdsprocessen og en væsentlig kontekstfaktor.

Der har i 2014 været en udbudsrunde ift. de fritvalgsbelagte ydelser under § 83, hvor kommunen er gået fra at have en godkendelsesordning til at gennemføre et udbud. Efter udbuddet blev antallet af leverandører reduceret til tre: en kommunal leverandør og to private leverandører. Efterfølgende er en af de private leverandører gået konkurs, og den tilbageværende leverandør (Privathjælpen) har overtaget en stor del af deres borgere. De står nu for ca. 40 pct. af alle borgerne. Privathjælpen har desuden været leverandør i kommunen siden 2003, hvor der gennem alle årene er blevet opbygget et godt tillidsforhold.

Struer Kommune har sideløbende med OPI-projektet indført en model for rehabilitering, som inddrager alle afdelinger i Sundhed og Omsorg – modellen inddrager bl.a. aktivitetscenter, sygepleje og hjemmepleje. Modellen i Struer har et bredt perspektiv på rehabilitering og omhandler alle medarbejdere og ledere på Sundheds- og Ældreområdet. I det følgende fokuseres der udelukkende på kommunens erfaringer omkring rehabilitering i forbindelse med § 83 a, hvilket betyder at kompleksiteten af modellen reduceres i fremstillingen. Derudover er der et tæt samarbejde mellem sygeplejen og den private leverandør om rehabiliteringsforløb med hjemmel i sundhedsloven, dette samarbejde vil ikke blive beskrevet nærmere i det følgende, da der er fokus på § 83 a.

Der har i 2013 været gennemført et kontrolstudie omhandlende rehabilitering i hjemmeplejen, hvor Privathjælpen også var inddraget. Der har således været arbejdet med rehabilitering i Struer Kommune i flere år, og den private leverandør har været inddraget fra starten. Den private leverandør ser meget positivt på inddragelsen og ser det som en del af deres opgave at arbejde med rehabilitering.

Delvis inddragelse af privat leverandør

Struer Kommune har valgt at afprøve en model, hvor den private leverandør inddrages delvist i rehabiliteringsforløbene. Struer Kommuner fortsætter med en sådan model efter OPI-samarbejdet.

Kommunen har i den forbindelse tilknyttet to rehabiliteringsterapeuter i Myndighed (visitationen). Deres primære rolle er at fungere som tovholdere i komplicerede- og komplekse forløb, hvor de foretager udredningen og udarbejder handleplanen sammen med borgeren og relevante samar-

bejdspartnere. Rehabiliteringsterapeuterne er tilknyttet Myndighed og ikke den kommunale leverandør, da de har en central rolle som sparringspartnere for alle leverandørerne i kommunen, herunder både kommunale og private. Ved at placere terapeuterne ved Myndighed skabes der lige vilkår i forhold til brugen af terapeuter for alle leverandørerne. Derudover inddrages private social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere i forbindelse med træningen.

Struer Kommune har opdelt rehabiliteringsforløb i A-, B- og C-indsatser. A er enkle forløb, B er sammensatte forløb, og C er komplekse forløb, jf. faktaboksen nedenfor.

Tekstboks 4-1: Fakta om forløbstyper i Struer Kommune

A: Det drejer sig om borgere, der har 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.

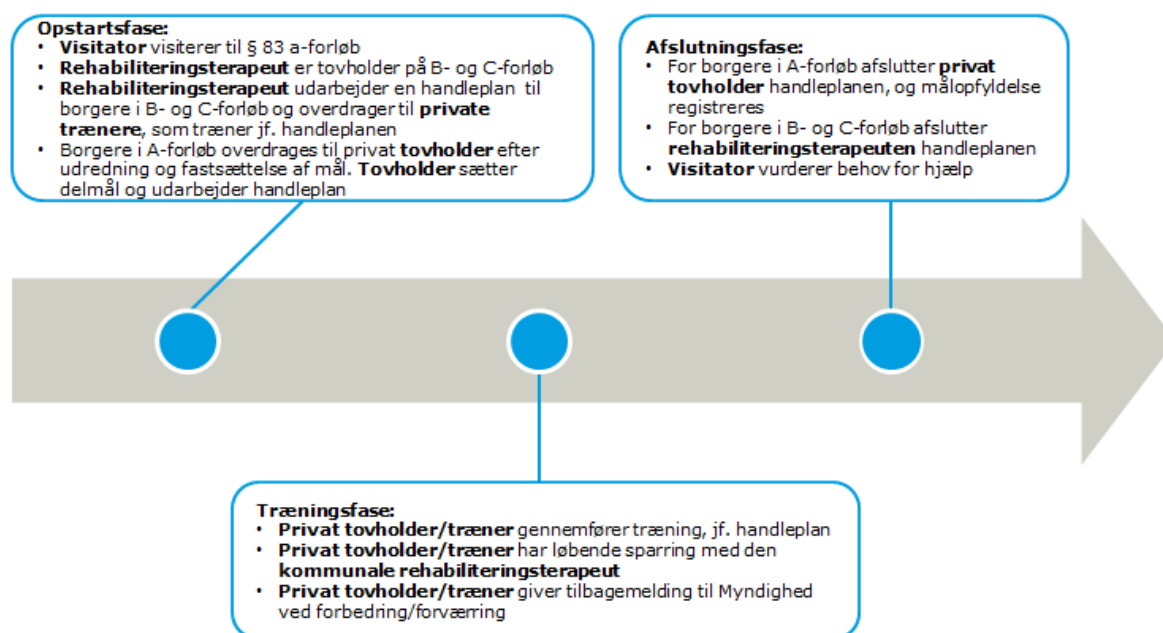
B: Det drejer sig om borgere, der har moderat nedsat funktionsevne på flere områder og evt. begrænsede kognitive problemer. Borgeren kan have vanskeligt ved at overkomme, overskue eller tage initiativ til relevante handlinger. Borgeren kan med nogen støtte og hjælp deltage aktivt i varetagelsen af egen rehabilitering. Et sammensat forløb, hvor en eller flere fagligheder fra flere enheder er involveret, og der er behov for koordination af flere indsatser.

C: Det drejer sig om borgere, der har en 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)

Den private leverandør kan varetage rollen som tovholder i A-forløbene. Som tovholder har den private social- og sundhedsassistent mulighed for at modtage løbende sparring fra de kommunale rehabiliteringsterapeuter, og det er blevet besluttet, at tovholderfunktionen honoreres med 1 time pr. forløb. Der er forskellige opgavefordelinger mellem kommunen og den private leverandør i de tre forløbstyper, hvilket er illustreret i nedenstående figur:

Figur 4-2: Opgavefordelingen i Struer på rehabiliteringsforløb



I *opstartsfasen* bliver det vurderet, om der skal igangsættes et rehabiliteringsforløb for en ny eller eksisterende borger. I denne proces udredes der efter fælles sprog 2 (ICF).

Når der tildeles et rehabiliteringsforløb i form af et A-forløb, så overdrages tovholderfunktionen til den private leverandør (en social- og sundhedsassistent), som sætter delmål og udarbejder en handleplan. For borgere i B- og C-forløb foretager rehabiliteringsterapeuten en udredning, opsætter mål og udarbejder en handleplan. Rehabiliteringsterapeuten overleverer herefter forløbet til en hjemmehjælper hos den leverandør, som den pågældende borger ønsker, skal gennemføre rehabiliteringsforløbet.

Hvis borgeren vælger den private leverandør til at varetage rehabiliteringsforløbet, forestår denne træningen i *træningsfasen*. Træningen udføres efter handleplanens forskrifter, og ændringer i borgers funktionsevne dokumenteres i den fælles elektroniske borgerjournal. Trænerne har mulighed for løbende sparring med rehabiliteringsterapeuterne, hvis der er brug for det i konkrete forløb. Gennem forløbet samarbejder leverandøren med borgeren og eventuelle pårørende gennem en samarbejdsbog i borgers hjem.

I *afslutningsfasen* afslutter de private tovholdere rehabiliteringsplaner for borgere i A-forløb og overdrager til visitator, som vurderer behovet for efterfølgende hjælp. For borgere i B- og C-forløb afslutter rehabiliteringsterapeuten handleplanen og registrerer målopfyldelse. Derefter vurderer visitator behovet for yderligere hjælp og træffer evt. afgørelse om ny ydelse til borgeren.

Samarbejde og koordination

I forbindelse med den delvise inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløbene er der blevet udviklet faste arbejdsgange for samarbejdet. Først er der blevet udviklet arbejdsgange mellem rehabiliteringsterapeuterne og den private leverandør om udarbejdelse af handleplaner og overlevering af borgere. I den forbindelse mødes rehabiliteringsterapeuter 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 trænerne løbende ringe til rehabiliteringsterapeuterne og søge sparring.

Kommunikationskanalerne er også blevet tydeliggjort i forbindelse med udviklingen af nye arbejdsgange. Det er fx blevet beskrevet, hvilken kommunikation der foretages via henholdsvis telefon, avis og personlige møder. Det er herunder blevet aftalt, at handleplanen sendes til leverandøren via avis-systemet, og at løbende sparring foregår via telefon eller personlige møder. Derudover sendes tilbagemeldinger fra leverandøren til Myndighed via avis-systemet.

I forbindelse med etableringen af samarbejdet har det været en udfordring, at den private leverandør ikke har fået den nødvendige adgang til avis-systemet, hvilket har betydet, at enkelte arbejdsgange har været unødigt besværlige. Det betød også, at der blev nedsat en arbejdsgruppe, som havde til formål at løse tekniske problemer. Det påpeges fra begge parter, at det er meget vigtigt at få styr på den it-mæssige inddragelse af den private leverandør – både i forhold til at leverandøren skal have de rette adgange, de rette it-redskaber og de rette kompetencer.

Der er derudover aftalt en fast kardance med møder på ledelsesniveau, hvor de overordnede forhold i samarbejdet løbende drøftes. Denne ledelsesforankring vurderes at have haft stor betydning for det gode samarbejde og den overordnede koordination. Den private leverandør har herigennem vist villighed til at investere i samarbejdet, og kommunen har vist villighed til inddragelse. I forlængelse heraf har samarbejdet krævet en ændret tankegang hos kommunen, som nu skal huske at invitere den private leverandør til møder omhandlende rehabilitering og inddrage dem i den løbende udvikling af rehabiliteringsindsatsen.

4.4.2 Frederiksberg Kommune

Frederiksberg Kommune er en stor kommune med ca. 102.900 borgere og en stadig stigning i antallet af borgere. Da der derfor er mange personer inddraget i samarbejdet, har der været brug for at udvikle og afprøve nye klare arbejdsgange. Hvis ikke arbejdsgangene er på plads, kan der let opstå problemer i den daglige koordinering.

Frederiksberg Kommune har i februar 2015 gennemført et udbud af hjemmeplejen og er gået fra en godkendelsesordning (med 17 forskellige leverandører) til at have to private leverandører og en kommunal. Det nye udbud har kontraktstart 1.11.2015 og de private leverandører (Diakonissestiftelsens Hjemmepleje og HjemmeHjælpen A/S) er begge relativt store leverandører og har begge erfaring med at arbejde rehabiliterende. Kommunen forventer derudover, at det bliver enklere at have dialog og udvikling i samarbejdet med de private leverandører, efter de er blevet reduceret fra 17 til to.

Privat varetagelse af hele rehabiliteringsforløbet

Frederiksberg Kommune har valgt at lade de private leverandører varetage hele rehabiliteringsforløbet og har testet dette i samarbejde med Diakonissestiftelsens Hjemmepleje. Efter projektet vil de med afsæt i denne model udarbejde en endelig model for inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløb i samarbejde med de to private leverandører. Denne model vil også inddrage private leverandører i udførelsen af hele rehabiliteringsforløb.

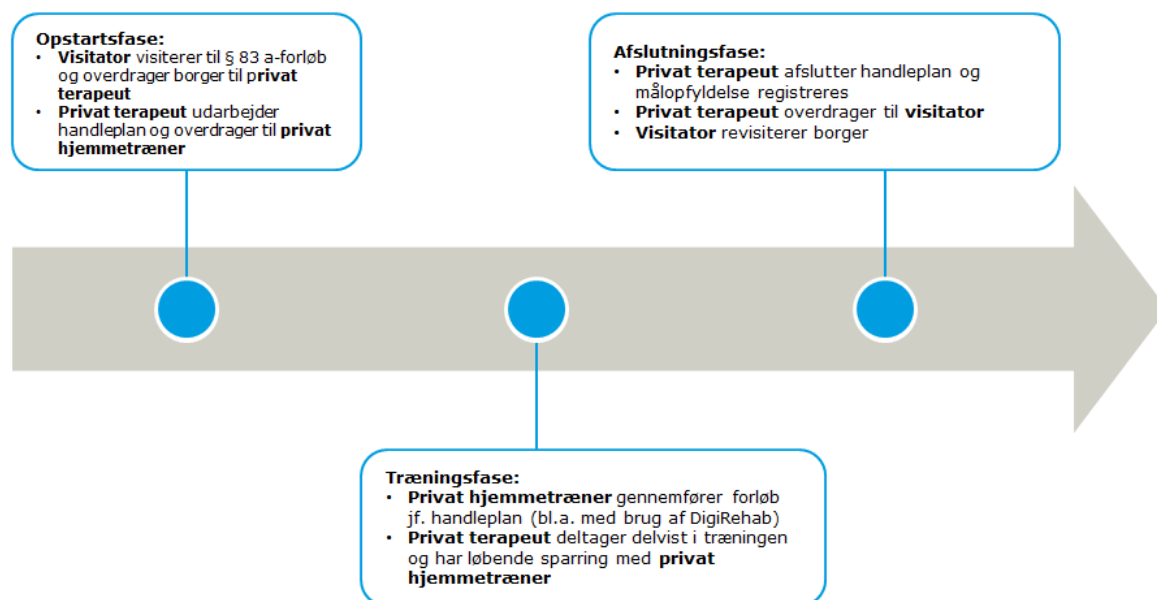
Der udføres tre typer af rehabiliteringsforløb i Frederiksberg Kommune, og den private leverandør skal kunne tilbyde alle tre former for rehabiliteringsforløb:

- Hjemmetrænerforløb
- Kombineret forløb med terapeut
- Komplekse forløb, hvor der også indgår træning i kommunens sundhedscenter.

I et *hjemmetrænerforløb* varetages træningen af den private hjemmetræner alene; i et *Kombineret hjemmetræner og terapeut-forløb* introducerer terapeuten hjemmetræner til træningsforløbet, koordinerer evt. med Genoptrænings og Rehabiliteringsafdelingen og hjemmetræner varetager træningen; og i de *Komplekse rehabiliteringsforløb* varetager terapeuten aftaler og koordinering med andre aktører involveret i forløbet, fx sygepleje og sundhedscenter.

Inddragelsen af den private leverandør kan overordnet set opdeles i tre faser, jf. nedenstående figur.

Figur 4-3: Opgavefordelingen i Frederiksberg på rehabiliteringsforløb



I *opstartsfasen* aftaler visitator et møde med borger for udredning af borgers funktionsniveau og rehabiliteringspotentiale. Visitator udfylder i den forbindelse Trivselsindeks/PSFS i samarbejde med borgeren og henviser til § 83 a. Visitator udarbejder herefter en overordnet handleplan og funktionsbeskrivelse og registrerer estimeret tid til træning i kommunens omsorgsjournal (KMD Care). Visitator sender avis til den private leverandør, og den private terapeut kontakter herefter hjemmetræner, og de mødes hos borger. Her gennemfører terapeuten den indledende samtale hjemme hos borgeren og foretager måling ud fra PSFS/Trivselsindeks og DigiRehab i samarbejde med hjemmetræner. Efter den indledende undersøgelse udarbejder den private leverandør en handleplan i samarbejde med borger, og det aftales, hvornår og hvordan der skal trænes. Testresultater og handleplan placeres i en samarbejdsmappe hos borgeren. Hvis tidsforbruget afviger fra det, der er estimeret af visitator, retter terapeuten i omsorgsjournalen og sender avis til visitationen.

I *træningsfasen* evaluerer hjemmetræneren udviklingen i borgerens rehabiliteringsforløb en gang om ugen eller hver 14. dag i omsorgsjournalen og kontakter terapeut, hvis der er ændringer i borgers funktionsniveau, eller hvis der opstår problemer.

I *afslutningsfasen* gennemfører terapeuten det afsluttende besøg sammen med hjemmetræner og foretager måling ud fra PSFS, det modificerede Trivselsindeks og DigiRehabs træningsprogram. Terapeuten udarbejder journalnotat, registrerer testresultater fra PSFS og det modificerede Trivselsindeks og sender avis til visitationen. Herefter revisiterer visitator borger og tildeler eventuelt nye ydelser.

Samarbejde og koordination

Udviklingen af Frederiksberg Kommunes samarbejdsmodel har taget afsæt i Jody Hoffer Gittells teori om relationel koordinering¹⁴, hvilket har sat rammen for de møder, der er blevet afholdt i arbejdsgruppen, fx har de syv karakteristika været centrale i udviklingen af samarbejdsmodellen.

¹⁴ Se fx <http://rccr.brandeis.edu/>

Tekstboks 4-2: Relationel koordinering

De syv centrale karakteristika ved et samarbejde præget af høj grad af relationel koordinering, jf. Jody Hoff.

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

Afsættet i Jody Hoffer Gittells teori om relationel koordinering har betydet, at der har været fokus på de syv karakteristika gennem hele processen, og på møderne er det blevet drøftet, hvad der kan gøres for at optimere samarbejdet i forhold til de syv karakteristika.

Det blev derudover valgt at arbejde med **den motiverende samtale** som en overordnet ramme for indsatsen. Den motiverende samtale skal ses som et konkret redskab, der kan sikre borgerens motivation i forhold til aktiv deltagelse i rehabiliteringsforløbet.

Tekstboks 4-3: Den motiverende samtale¹⁵

Den motiverende samtale (motivational interviewing) er en evidensbaseret samtalemethode, som oprindeligt er udviklet af de to amerikanske psykologer William R. Miller og Stephen Rollnick i 1980'erne. Den blev oprindeligt brugt i samtaler med alkohol- og stofmisbrugere, men bruges i dag langt bredere, fx på social- og beskæftigelsesområdet.

Miller & Rollnick definerer den motiverende samtale som "en klientcentreret, styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens." (Rosdahl, se note).

Den motiverende samtale er interessant i forhold til rehabiliteringsforløb, fordi den, jf. definitionen, arbejder ud fra borgerens ambivalens, som på dette område kan komme til udtryk ved på den ene side et ønske om at øge sit funktionsniveau og mestringsevne (forandringsmotivation) og på den anden side et ønske om at få hjælp og støtte og slippe for at skulle overkomme træningen (motivation for status quo). Som samtalemethode er den motiverende samtale derfor målrettet håndtering af den type situationer, som borgere med potentiel gevinst af et rehabiliteringsforløb står i.

Der er ydermere blevet udarbejdet en **plan for kommunikation** mellem Frederiksberg Kommune og den private leverandør, herunder er procedurer for adviser og dokumentation blevet beskrevet. Der har dog i den forbindelse været en række it-udfordringer undervejs i forløbet. Der har bl.a. været problemer med, hvilken form for tablets den private udbyder kunne benytte til de forskellige systemer.

Der blev også udarbejdet en **samarbejdsmappe**, som placeres hos alle borgere. Mappen indeholder kontaktoplysninger, handleplan og en liste med svar på typiske spørgsmål, der kan opstå. Den fysiske mappe skal ses som et midlertidigt forsøg, da der på længeresigt søges en digital løsning.

Der blev ligeledes planlagt **flere undervisningsforløb** for hjemmetrænerne inden for forskellige emner relateret til rehabilitering. For at sikre at rehabiliteringsindsatsen har den ønskede effekt, er det vigtigt, at der jævnligt gennemføres undervisning. Undervisningen blev varetaget internt hos den private leverandør af terapeuten og kunne fx omhandle:

¹⁵ Definitioner tager afsæt i Gregers Rosdahls "Den motiverende samtale i teori og praksis", 2013.

- Handleplaner og evalueringer
- Den motiverende samtale i praksis
- Hvordan ser man borgerens potentiale?
- Hvordan træner man borgeren i forskellige aktiviteter som bad, tage støttestrømper på mv.?

Hjemmetrænerne har samtidig mulighed for at tale om deres borgere med terapeuterne én gang om ugen til **Tavlemøder** med terapeuten.

4.5 Centrale beslutninger om inddragelse af private leverandører

På baggrund af erfaringerne fra Struer Kommune og Frederiksberg Kommune vil der i det følgende blive beskrevet en række centrale beslutninger, som en kommune bør overveje ved inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsforløb.

For det første bør det vurderes, i hvilken grad de private leverandører skal inddrages – skal de varetage hele rehabiliteringsforløbet, eller skal de inddrages i dele af forløbet?

Denne beslutning bør tages på baggrund af en vurdering af de forudsætninger, der er til stede hos leverandørerne i den pågældende kommune – og evt. hvad det er forventningen, at niveauet vil kunne udvikles til. Herunder bør der tages hensyn til de private leverandørers kompetencer og deres muligheder for at inddrage nye kompetencer – fx i form af terapeuter og social- og sundhedsassistenter.

Derudover bør det vurderes, hvorvidt der er grundlag for at skabe et tæt samarbejde med de private leverandører – det kan fx være enklere, hvis der er mellem to og fem leverandører, end hvis der er mellem 10 og 20. Kommuner, der har mange leverandører, bør derfor overveje, hvordan der kan skabes en platform for et tæt samarbejde på tværs af alle leverandørerne.

Ønsker en kommune at lade de private leverandører varetage hele rehabiliteringsforløbet, bør man have fokus på, hvordan der overdrages ved opstart og afslutning. Derudover bør der være fokus på, at indsatsen kalibreres, således at der skabes ensartethed i rehabiliteringen på tværs af leverandørerne.

Ønsker en kommune at inddrage de private leverandører delvist i gennemførelsen af rehabiliteringsforløb, bør man fokusere på at fastlægge klare snitflader mellem kommunens opgaver og den private leverandørs opgaver i forbindelse med selve træningen. Hvis den private leverandør kan gøre brug af de kommunale terapeuter, bør der udarbejdes klare arbejdsgange for det løbende samarbejde mellem de private leverandører og den kommunale terapeut.

I udarbejdelsen af en samarbejdsmodel bør der etableres en klar rolle- og ansvarsfordeling, tydelige arbejdsgange og klare kommunikationskanaler mellem kommunen og de private leverandører, og der bør skabes et forum for dialog og koordinering. Der bør også være udarbejdet en plan for konfliktløsning, som kan håndtere konflikter, inden de eskaleres. I forlængelse heraf er det også centralt, at den private leverandør får adgang til det kommunale advis-system og får oplæring i, hvordan det benyttes til dokumentation og kommunikation. Det kan også være gavnligt at etablere et forum for faglig udvikling og innovation, hvor alle leverandørerne kan dele erfaringer og udvikle rehabiliteringsindsatsen sammen.

Når det er blevet besluttet at inddrage private leverandører i forbindelse med rehabiliteringsforløb, skal der skabes de rette rammer for at få udviklet en samarbejdsmodel og få afklaret arbejdsgangene på tværs af leverandørerne. Dette kan fx gøres gennem et opstartsprojekt, hvor der er afsat ressourcer til, at kommunen og de private leverandører i fællesskab kan udarbejde en samarbejdsmodel, afprøve den og justere den ud fra de opnåede erfaringer.

5. OPFØLGNING PÅ § 83 A-FORLØB

Opfølgning handler om at vurdere, i hvilket omfang målsætningerne med § 83a-forløbet er nået, og hvorvidt målsætningerne fortsat er relevante i forhold til borgerens situation. Dette sker med afsæt i mål fastlagt af myndigheden under inddragelse af borgeren i forbindelse med udredning og visitation, som efterfølgende omsættes i en indsatsplan af leverandøren og danner grundlag for opfølgning efter nærmere fastlagte intervaller.

Formålet med opfølgningen er at sikre, at den leverede rehabiliteringsindsats lever op til formålet samt at justere indsatsen, hvis borgerens behov har ændret sig. Dette skal dels sikre, at borgeren modtager den nødvendige støtte i forhold til sine behov, dels at myndigheden kan følge op på, i hvilket omfang leverandøren har leveret den aftalte indsats, som grundlag for betaling af ydelsen. Opfølgning er således både et kerneelement i det socialfaglige myndighedsarbejde, hvor opfølgningen skal understøtte de borgerrettede effekter af rehabiliteringen, og i det offentligt-private samarbejde og leverandørstyring, hvor opfølgningen skal understøtte den økonomiske og faglige styring af leverandørerne og bl.a. kan være koblet til evt. incitamenter for fx bonus.

5.1 Hvorfor følger man op, og hvad følger man op på?

Når man som kommunal myndighed skal vælge, hvad man ønsker at fokusere på i opfølgningen på den rehabiliterende indsats, er det vigtigt at overveje, hvad der er formålet med opfølgning, dvs. hvordan opfølgningen skal anvendes. Man kan i den forbindelse fokusere på forskellige dimensioner af indsatsen som illustreret i nedenstående figur.

Opfølgningen kan omhandle levering af indsatsen og sætte fokus på enten *leverandørens aktivitetsniveau* som fx antal hjemmebesøg, antal timer, antal træningssessioner eller lignende, eller på *compliance*, hvor der er fokus på leverandørens efterlevelse af opstillede kvalitetsstandarder. Målene kan også omhandle de ønskede borgerrettede resultater og effekter, hvor man både kan se på *de faglige effekter*, som knytter sig direkte til de faglige mål for indsatsen i form af fx øget selvhjulpenhed eller øget funktionsniveau (eller fastholdelse af funktionsniveau, hvis målet er at modvirke yderligere reduktion i funktionsniveau) og *de borgeroplevede effekter*, som typisk omhandler brugertilfredshed. Disse forskellige dimensioner i opfølgningen er illustreret i nedenstående figur.

Figur 5-1: Forskellige dimensioner i opfølgningen



I en model for offentligt-privat samarbejde om den rehabiliterende indsats vil opfølgningen ofte også skulle anvendes som element i betalingsmodellen. Det betyder, at valg af betalingsmodel

(se kap. 6) og valg af fokus i opfølgningen skal tænkes sammen allerede i designet af den samlede model. Hvis man vælger at anvende en aktivitetsbaseret betalingsmodel (se kapitel 6), er det afgørende at indsamle data vedr. aktivitetsniveau – dvs. enten data vedr. antal aktiviteter gennemført af leverandøren eller data vedr. borgerens gennemførelse af aktiviteter, fx træningsforløb. Omvendt vil et valg af resultatbaseret betalingsmodel (se kapitel 6) stille krav om data vedr. enten faglige, borgeroplevede eller organisatoriske effekter, som giver mulighed for at vurdere, om målet med rehabiliteringsindsatsen er nået. Ofte vil det her særligt være relevant at indsamle data om, hvorvidt borgerens funktionsniveau er fastholdt eller styrket (afhængigt af forventningen til borgerens udvikling uden den rehabiliterende indsats) og om udviklingen i visiterede timer.

Opfølgningen vil også typisk tjene andre formål end blot at understøtte betalingsmodellen. Fx kan der på organisatorisk niveau være behov for at foretage analyser, der belyser den samlede udvikling på området, herunder udviklingen i visiterede timer eller udviklingen i de faglige effekter. Der kan ligeledes være behov for en opfølgning, der understøtter den direkte borgerrettede indsats, hvor interview eller observationsbaserede målinger kan bidrage til at skabe motivation hos borgerne, og dermed kan anvendes som et fagligt redskab i indsatsen med fokus på empowerment.

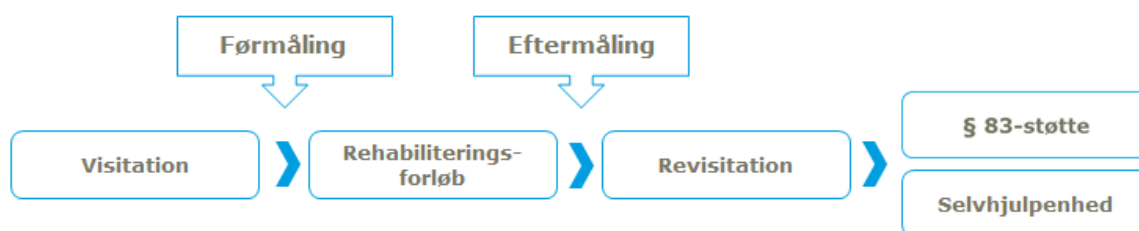
Dette sidste perspektiv kalder på redskaber, som er intuitivt forståelige og giver borgeren mulighed for at følge med i egne resultater. Som det fremgår af erfaringerne fra Struer og Frederiksberg, har dette borgerrettede perspektiv på opfølgningen foranlediget en række positive erfaringer og resultater, som uddybes i afsnit 5.4. I det følgende redegøres for en række forskellige metoder og redskaber til opfølgning på indsatsen.

5.2 Hvordan følger man op?

Fastlæggelsen af en model for opfølgning handler om, både hvilke datakilder og metoder man anvender til indsamling af dokumentation, og hvordan opfølgningen konkret tilrettelægges og integreres i de eksisterende arbejdsgange. Disse to forhold spiller også sammen, sådan at valg af måleredskab har betydning for, hvem der kan gennemføre dataindsamlingen, og omvendt har ønsket om integration i eksisterende arbejdsgange betydning for relevansen og anvendeligheden af forskellige måleredskaber.

En opfølgningsmodel skal som det første forholde sig til, hvordan og hvornår der indsamles dokumentation i rehabiliteringsforløbet, og hvordan dette er integreret i de øvrige arbejdsgange i borgerforløbet. Typisk vil opfølgningsmodellen indebære, at der foretages en *førmåling* som del af visitationen, hvor borgerens udgangssituation kortlægges, mens der foretages en *eftermåling* umiddelbart efter afslutningen af rehabiliteringsforløbet, som belyser borgerens udvikling set i forhold til udgangspunktet. Denne grundmodel er illustreret nedenfor.

Figur 5-2: Grundmodel for opfølgning



En væsentlig overvejelse i fastlæggelsen af modellen er, hvorvidt førmålingen skal ligge som en del af visitationen eller som del af opstarten af rehabiliteringsforløbet, og dermed også hvem der skal foretage førmålingen.

- En forankring af førmålingen og eftermålingen hos visitator har den fordel, at førmålingen kan anvendes som (en del af) den faglige screening og vurdering af borgerens funktionsniveau og dermed som grundlag for vurdering af støttebehov og opstilling af mål for rehabiliteringsindsatsen.
- En forankring af målingerne i rehabiliteringsindsatsen har omvendt den fordel, at den indledende screening og vurdering kan anvendes som et dialog- og motivationsskabende redskab i samarbejdet mellem terapeut og borger og dermed anvendes som et fagligt redskab i selve rehabiliteringsindsatsen. Her kan det dog være uhensigtsmæssigt, hvis målingerne varetages af den private leverandør, når dokumentationen samtidig indgår som et element i betalingsmodellen.

Struer Kommune og Frederiksberg Kommune har begge anvendt en model, hvor der er foretaget en førmåling af visitator/terapeut (Struer Kommune) hhv. visitator (Frederiksberg Kommune), som samtidig vil kunne fungere som afsæt for skyggevisitation, jf. afsnit om betalingsmodeller nedenfor.

Når opfølgingsmodellen skal anvendes som indspil til en betalingsmodel, er det vigtigt, at opfølgningen hviler på systematisk indsamlet og valid dokumentation. Traditionelt anvender kommunerne skyggevisitation og resultater fra revisitation som data i forbindelse med opfølgning på rehabiliteringsforløb. I tillæg hertil har de medvirkende kommuner ønsket at afprøve alternative datakilder og måleredskaber, herunder en række forskellige validerede redskaber.

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.

At redskaberne er validerede betyder, at der er tale om standardiserede redskaber til dataindsamling, fx ved spørgeskema, interview, fysiske test eller observation, der lever op til forskellige kvalitetskrav vedr. validitet, reliabilitet mv. Redskaberne er med andre ord udarbejdet på en måde, der sikrer præcise målinger i forhold til de effektmål, redskaberne omfatter. Redskaberne på listen omfatter følgende:

Table 5-1: Eksempler på validerede redskaber

Redskab	Fokus	Metode	Tidsforbrug	Kompetencekrav	Oversættelse
ICF	ICF kan bruges til beskrivelse af helbredstilstand og klassificering af funktionsevnenedsættelse.	Oplysninger indsamles i et skema, hvor der spørges ind til ni overordnede aktivitetsområder	Gennemførelse af en fuld ICF beskrivelse kan tage mellem 3 og 5 timer	Der er ingen formelle krav til uddannelse i forhold til brugen af ICF	ICF er blevet oversat til dansk med tilhørende vejledning og eksempler på brug
ADL-taxonomi (*)	ADL-taxonomien omfatter 12 PADL- og IADL-aktiviteter. Hver aktivitet er underopdelt i 3-6 delaktiviteter	Udfyldes på baggrund af interview eller observation	1-3 timer afhængigt af metode (interview eller observation)	Ingen formelle krav, udviklet til ergoterapeutisk brug	Der foreligger en dansk oversættelse af manual for ADL-taxonomien. Undersøgelsesskemaet er ikke oversat
AMPS (*)	At undersøge og måle en borgers funktionsevne inden for såvel basale hverdagsaktiviteter (PADL) som instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL)	Interview og observation af gennemførelse af aktiviteter	30-40 min.	Udføres af ergoterapeuter. Kræver et 5-dages kursus og dertilhørende kalibrering samt ti observationer	Uddannelse og software tilbydes på dansk, mens manualerne, der jævnligt opdateres, og forslag til journalnotat foreligger på engelsk

Redskab	Fokus	Metode	Tidsforbrug	Kompetencekrav	Oversættelse
Bartel 100	At vurdere selvhjulpethed ved basale hverdagsaktiviteter (PADL) samt ændringer over tid	Observation, interview eller spørgeskema	Afhænger af metode, men 5-20 min. uden brug af observation	Ingen formelle kompetencekrav	Der findes mindst to danske oversættelser af Barthel 100
COPM (*)	At undersøge i) personens opfattelse af egen aktivitetsudførelse, ii) personens prioritering af aktivitetsproblemer og iii) personens tilfredshed med udførelsen	Et semistruktureret interview, der er baseret på et undersøgelseskema med fire trin	Typisk ca. 30 min. afhænger dog af borgerens funktionsniveau	Ingen formelle krav, udviklet til ergoterapeutisk brug	COPM er oversat til dansk
Timed Up and Go	At teste funktionel uafhængighed	Fysisk test	5-10 min inkl. opsætning	Ingen formelle kompetencekrav	TUG er oversat til dansk (2002) og senere revideret i 2012.

(*) Disse måleredskaber indgår alle i Socialstyrelsens rapport 'Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagsaktiviteter på ældreområdet', men er fravalgt i forbindelse med Socialstyrelsens senere arbejde med identifikation og udvælgelse af anbefalede validerede måleredskaber.

Mange af redskaberne er udviklet til anvendelse i forbindelse med klinisk arbejde. I den kommunale praksis skal redskaberne dog ofte anvendes i en sammenhæng, hvor der er mindre erfaring og kapacitet i forhold til at arbejde med dokumentation og måling, og der vil derfor være behov for at foretage en afvejning af ønsker og hensyn til måleredskabs metodiske kvalitet og testegenskaber og redskabernes praktiske relevans og anvendelighed.

Valget af konkrete redskaber til opfølgning kan derfor tage afsæt i Socialstyrelsens bruttoliste, men bør ske på baggrund af en grundig overvejelse over og afvejning af redskabernes respektive styrker og svagheder i forhold til kommunens behov. I udvælgelsen af måleredskaber vil det derfor være relevant at forholde sig til følgende dimensioner:

Table 5-2: Relevante dimensioner i valg af opfølgingsmetode

Dimension	Forklaring
Outcome	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?

De ovenstående redskaber omhandler alle de faglige og/eller borgerrettede resultater og effekter. Herudover vil opfølgingsmodellen typisk også indeholde data vedr. organisatoriske effekter i form af fx udvikling i visiterede timer til borgeren.

Disse data indsamles typisk i forvejen i omsorgssystemerne, og her er der derfor primært behov for at etablere en opfølgingsmodel, der giver mulighed for at belyse evt. reduktion i visiterede

timer som følge af rehabiliteringsforløbet i form af en skyggevisitation, hvor visitator i forbindelse med visitation til rehabiliteringsforløb også foretager en "traditionel visitering" til støtte efter § 83, hvor der foretages en vurdering af, hvor mange timers personlig pleje og praktisk hjælp borgeren ville være visiteret til, såfremt borgeren ikke var tilbudt rehabiliteringsforløb. Efter afslutningen af rehabiliteringsforløbet visiteres borgeren efterfølgende til personlig pleje og praktisk hjælp med et timetal, hvorpå reduktionen som følge af rehabiliteringsforløbet kan udregnes ved at sammenholde skyggevisitationen og re-visitationen til en eventuel ny ydelse. Dette er illustreret i nedenstående model:

Figur 5-3: Model med skyggevisitation



5.3 Opfølgingsmodeller i de to kommuner

I OPI-projektet har de to kommuner haft mulighed for at udvikle og afprøve forskellige modeller til opfølgning, både hvad angår valg af redskaber, og hvad angår tilrettelæggelsen af opfølgningen. De to modeller beskrives i det følgende, herunder evt. fravalg i fastlæggelsen af modellerne.

5.3.1 Struer Kommune

Struer Kommune har valgt, at opfølgingsmodellen skulle fokusere på hhv. visiteret tid og funktionsevne. Modellen er bygget op om en startmåling ved igangsættelse af rehabiliteringsforløbet og en slutmåling umiddelbart efter rehabiliteringsforløbet og en måned efter afslutningen.

Opfølgning vedrørende **visiteret tid** bygger på data, som allerede findes i omsorgssystemet. Den dag et rehabiliteringsforløb igangsættes, registrerer tovholderen følgende:

- Den tid, visitator bevilger borger til ydelser, som ikke indgår i rehabiliteringsindsatsen, fx 30 min. til rengøring hver anden uge.
- Den tid, visitator vurderer, borger har behov for til ydelser, som indgår i rehabiliteringsindsatsen, fx 10 min. til bad. Det vil sige den tid, visitator ville bevilge, hvis der ikke fandtes et rehabiliteringstilbud.
- Den ekstra tid, der gives til udfører i kraft af rehabiliteringsindsatsen, fx 15 min. ekstra til bad. Rehabiliteringsterapeuternes tid til udredning tæller ikke med.

Den dag, borgeren afslutter rehabiliteringsforløbet, skal visitator foretage en endelig visitering (afgørelse) til hjemmepleje efter § 83. Tiden registreres i skemaet til registrering af data.

Ved slutmålingerne registreres det, hvor meget tid borgeren den pågældende dag er visiteret til efter § 83. Tiden findes i omsorgssystemet og noteres i skemaet til registrering af data.

Opfølgning vedr. **funktionsniveau** bygger på data, som indsamles særskilt i OPI-projektet med afsæt i IPPA-manualen. IPPA (Individually Prioritised Problems Analysis) er et redskab, der er særligt udviklet til at udrede aktivitetsproblemer i hverdagen og evaluere effekten af hjælpemidler, men det kan også bruges til at undersøge effekter af bredere rehabiliteringsindsatser. IPPA er udviklet af EATS Clearinghouse som en del af et EU-projekt, hvor formålet var at udvikle redskaber til at undersøge effekter af hjælpemiddelindsatser. Den danske version er oversat og afprøvet i et samarbejde mellem Hjælpemidler & Kommunikation, Fredericia Kommune, og Socialstyrelsen.

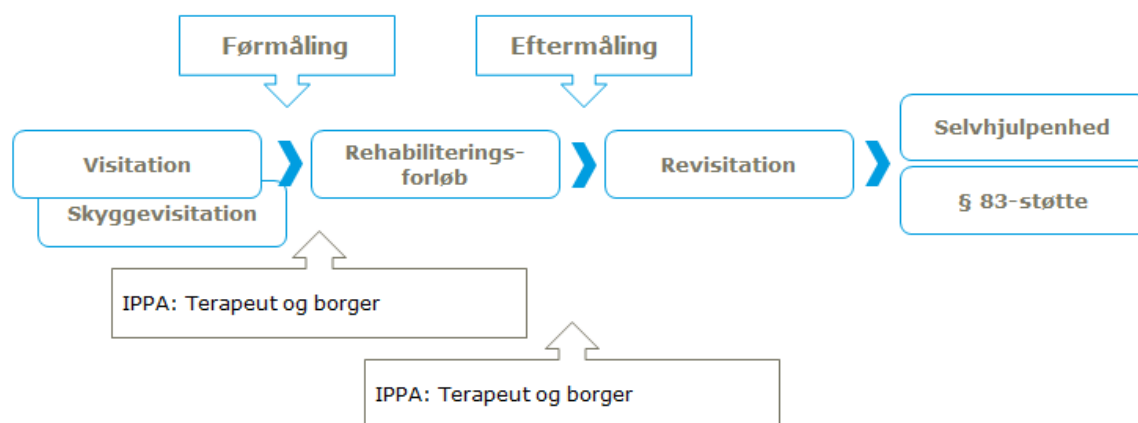
Opfølgningen foretages af rehabiliteringsterapeuterne i form af interview med borgeren i borgerens hjem. Borgeren udvælger ved første måling op til syv aktiviteter i hverdagen, som han har problemer med at udføre, og som han ønsker at få afhjulpet gennem rehabiliteringen. Borgeren scorer hver af aktiviteterne ud fra betydning (score 1 – 5) og besvær (score 1 – 5). De to tal ganges med hinanden og giver en IPPA-score for den pågældende aktivitet. IPPA-scorerne for alle borgerens udvalgte aktiviteter lægges sammen og divideres med antallet af aktiviteter. Resultatet er en IPPA-gennemsnitsscore. IPPA-gennemsnitsscore noteres i skemaet til registrering af data.

Figur 5-4: Eksempel på IPPA-skema

Aktivitets-problem	Betydning	Interview 1 Besvær	Interview 1 Score (mulig score 1-25) (Betydning x interview 1)	Interview 2 Besvær	Interview 2 Score (mulig score 1-25) (Betydning x interview 2)	Ændring: Interview 1 score minus interview 2 score
1	5	5	25	3	15	10
2	3	4	12	2	6	6
3	2	1	2	1	2	0
4						
5						
6						
7						
Sum			37		23	14
IPPA-gennemsnitsscore (sum/antal aktivitetsproblemer)			12,33		7,67	4,67

Ved afslutning af rehabiliteringsforløbet gennemføres IPPA'en igen. Der spørges til besvær i forhold til de samme aktiviteter, som borgeren udvalgte ved første måling. Udregningen foretages ud fra scoringerne af betydning fra første måling og de nye scoringer af besvær. IPPA'en gennemføres igen en måned efter afsluttet rehabiliteringsforløb.

Figur 5-5: Opfølgingsmodel i Struer Kommune



Struer Kommune har drøftet mulighederne og begrænsningerne ved at anvende et eller flere andre validerede måleredskaber, herunder redskaber som anbefales af Socialstyrelsen i rapporten 'Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagsaktiviteter på ældreområdet', nemlig COPM og AMPS. Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at begge redskaber er for omfattende til at kunne anvendes i alle rehabiliteringsforløb og dermed ikke vil kunne anvendes i en fremtidig udbredelse af modellen. Tilsvarende har arbejdsgruppen overvejet at anvende forskellige fysiske test, men har valgt ikke at anvende disse, da testene kun vil være relevante for den del af målgruppen, der har fysiske funktionsnedsættelser, og dermed ikke vil være bredt anvendelige.

5.3.2 Frederiksberg Kommune

Frederiksberg Kommune valgte at gennemføre en pilotafprøvning af et mindre antal redskaber forud for den endelige udvælgelse af måleredskaber til opfølgningen. Formålet med afprøvningen var at kunne udvælge redskaber, som i praksis ikke var for tidskrævende, og som kunne bruges til at identificere borgerens funktionsniveau, behov, trivsel og mål. Endvidere var et af kriterierne, at redskabet skulle virke motiverende på borgeren i forhold til at indgå i et rehabiliteringsforløb. Arbejdsgruppen valgte på baggrund af pilotafprøvningen at arbejde videre med en opfølgingsmodel baseret på PSFS, DigiRehab og et modificeret indeks til måling af trivsel baseret på WHO-5.

PSFS er et redskab til at identificere og evaluere borgernes **aktivitetsproblematikker** og dermed **funktionsniveau** i forhold til konkrete hverdagsaktiviteter. Redskabet blev valgt, fordi det er nemt og motiverende at anvende, samtidig med at skaleringen fra 1-10 giver mulighed for at indfange mindre ændringer og dermed giver mulighed for at anvende data til effektmåling.

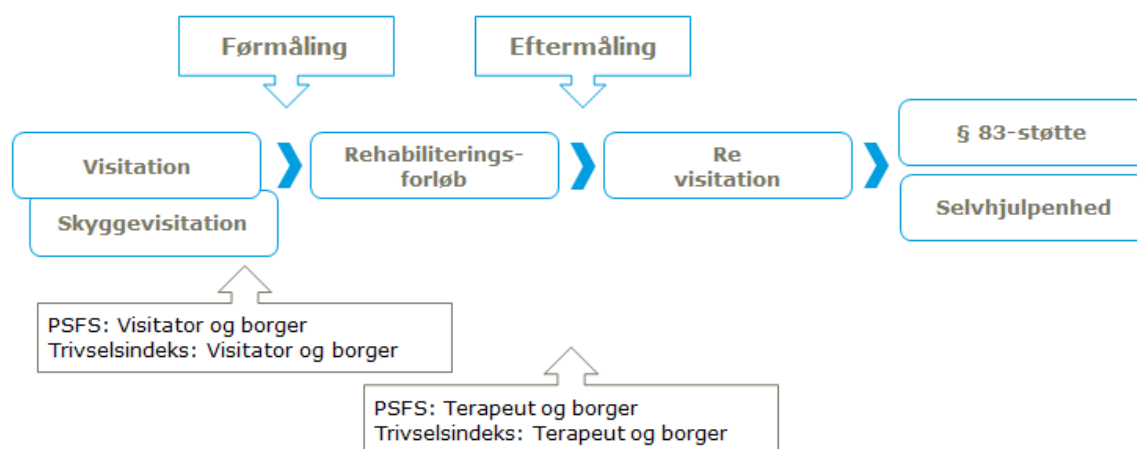
DigiRehab er et redskab, som fungerer via en standardiseret screening. På baggrund af data fra screeningen, beregnes og udarbejdes et individuelt tilpasset og specialiseret træningsprogram, som er målrettet den enkelte borgers funktionsbehov. Indsatsen sigter på at forbedre borgerens funktionsniveau samt at monitorere og dokumentere rehabiliteringsindsatsen. Samtidig giver DigiRehab mulighed for at foretage løbende dataudtræk både på individniveau og på aggregeret niveau og fungerer derfor også som dokumentations- og evalueringsredskab.

Endelig anvendes en modificeret version af WHO-5, hvor spørgsmålene er tilpasset i forhold til bedre at kunne indfange **trivsel** blandt målgruppen af ældre.

I Frederiksberg Kommune er fastlagt en dokumentationsmodel, hvor baseline etableres ved, at visitator i samarbejde med borgeren udfylder trivselsindekset og PSFS i forbindelse med udredningen af borgerens funktionsniveau og rehabiliteringspotentiale, hvilket danner grundlag for vurdering af, om borgeren er berettiget til støtte, samt hvilken indsats borgeren visiteres til. I forbindelse med afslutningen af forløbet foretager terapeuten en revurdering af borgerens funkti-

onsniveau og trivsel med afsæt i de tre redskaber, og der udarbejdes efter behov en fastholdende handleplan i samarbejde med hjemmetræner og borger.

Figur 5-6: Opfølgingsmodel i Frederiksberg Kommune



I Frederiksberg Kommune drøftede arbejdsgruppen også andre måleredskaber end de valgte. Man overvejede og diskuterede anvendelsen af COPM til måling af mestring af hverdagsaktiviteter og -funktioner, men vurderer, at dette var for tidskrævende for praktikerne og for vanskeligt at anvende for borgerne på grund af de mange forskellige scoringer, som forvirrer og trætter borgeren. Ligeledes overvejede man anvendelse af 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 forbedringer i funktionsevnen og dermed anvendelsen som opfølgings- og effektmålingsredskab.

5.4 Erfaringer fra kommunerne

De to kommuner har under afprøvningen haft forskellige erfaringer med de valg, der er truffet i forbindelse med udviklingen af opfølgingsmodellen. Disse erfaringer beskrives i dette afsnit for hver af de to kommuner med fokus på hhv. erfaringer med de valgte redskaber og erfaringer med den valgte tilrettelæggelse af opfølgningen.

5.4.1 Struer Kommune

Struer Kommune har blandede erfaringer med anvendelsen af de valgte redskaber. På den ene siden fremhæver kommunen, at de faglige måleredskaber skaber motivation i indsatsen for både medarbejdere og borgere, og at særligt borgerens stemme i forhold til at vurdere vigtigheden af de forskellige aktiviteter udgør et værdifuldt input til indsatsen og adskiller IPPA fra rehabiliteringsplanen. Det er dog også erfaringen, at IPPA er vanskeligt tilgængelig for nogle af borgerne i målgruppen, som kan have vanskeligt ved at forstå gradsinddelingen. Ligeledes er det oplevelsen, at rehabiliteringsplanen og IPPA ofte indeholder de samme mål og delmål, og at det derfor giver dobbeltarbejde at gennemføre begge dele.

I Struer Kommune har skyggevisitationen indgået som en central del af opfølgingsmodellen i forhold til dokumentation af reduktion af visiterede timer. Det er erfaringen, at skyggevisitationen giver betydeligt ekstraarbejde, og at det kræver en meget systematisk tilgang til arbejdet. Det er erfaringen, at indførelsen af skyggevisitation har været vanskelig, og at det har været svært at skabe en forståelse af formålet med skyggevisitationen, og at det har givet anledning til frustration, da det giver en oplevelse af, at ressourcerne ikke står mål med udbyttet i forhold til at udgøre grundlag for betalingsmodellen. Det skal i den forbindelse bemærkes, at der ikke i OPI-projektet har været afregnet, dvs. at målingerne har haft en ren pilot-karakter. Det kan have påvirket oplevelsen af at skulle måle.

I forhold til tilrettelæggelsen af arbejdsgangene har Struer Kommune som tidligere beskrevet valgt at sondre mellem tre forskellige typer af forløb, afhængigt af den ydelsesmæssige kompleksitet. Det er erfaringen, at målinger i sig selv kan være u hensigtsmæssige i A-forløbene, fordi der ofte er tale om så korte forløb, at det ikke giver mening at gentage målingerne med så korte intervaller, og at det er erfaringen, at de gentagne målinger belaster borgeren og samtidig er fordyrende, da det giver dobbeltarbejde.

5.4.2 Frederiksberg Kommune

Frederiksberg Kommune har generelt gode erfaringer med anvendelse af redskabet DigiRehab, der anvendes både som opfølgingsredskab og som et fagligt redskab i rehabiliteringsindsatsen. Konkret anvendes redskabet således, at medarbejderne fremlægger testresultaterne for borgerne og først fremhæver, hvad der er gået godt, og hvad borgerne kan blive bedre til. Kommunen fremhæver, at borgerne generelt har taget positivt imod DigiRehab og bliver positivt overraskede over, hvad de faktisk formår, hvilket virker motiverende i forhold til rehabiliteringsforløbet.

Det er dog også erfaringen, at DigiRehab stiller krav til de organisationer, der ønsker at anvende redskabet som træningsredskab. Det er således erfaringen i Frederiksberg, at der er behov for en grundig introduktion til programmet, og endvidere at hjemmetrænerne får indsigt i formålet med øvelserne, hvordan de i praksis udføres, og hvordan man taler med borgeren om øvelserne. Tilsvarende er det afgørende, at alle implicerede medarbejdere har adgang til en iPad/Tablet og adgang til det kommunale netværk, da det ellers er vanskeligt at anvende redskabet ude hos borgeren. I Frederiksberg Kommune er det således erfaringen, at leverandørens begrænsede adgang til kommunens netværk forhindrede medarbejderne i fuldt ud at arbejde ud fra de beskrevne arbejdsgange og blandt andet vanskeliggjorde træning ud fra DigiRehabs videosekvenser.

Der har imidlertid også været nogle begrænsninger ved DigiRehab i afprøvningsfasen. Redskabet tager således ikke højde for, om borgeren har kognitive problematikker, og belyser ikke borgerens forudsætninger for at gennemføre de udvalgte aktiviteter. De fysiske øvelser er således ikke udvalgt på baggrund af borgerens aktivitetsproblematikker og målsætninger for rehabiliteringsforløbet, og det er derfor nødvendigt at træningen med DigiRehab suppleres med træning af borgerens aktivitetsproblematikker ift. rehabiliteringen. Her fremhæves bl.a. et behov for en tættere kobling til CARE.

Frederiksberg Kommune fremhæver i forlængelse heraf, at afprøvningsforløbet har vist, at der er behov for, at DigiRehab suppleres med en test, som kan identificere borgerens aktivitetsproblematikker og målsætninger for rehabiliteringsforløbet. Det er her erfaringen, at kombinationen af de forskellige effektmålingsredskaber generelt har haft en positiv betydning for borgerens motivation for deltagelse i rehabiliteringsforløbet. Kombinationen af de tre test giver et godt overordnet indblik i borgerens funktionsniveau, trivsel og målsætninger for rehabiliteringsforløbet.

Det fremhæves yderligere, at der har været positive erfaringer med at inddrage og måle på borgerens trivsel på baggrund af det modificerede trivselsindeks og på borgerens aktivitetsproblematikker med afsæt i PSFS. De to redskaber opleves begge som nemme at anvende i praksis og giver et dækkede billede af borgerens egen vurdering. Det er dog også opfattelsen, at man med fordel kan samle de to redskaber (PSFS og trivselsindeks) i et ark, så det ikke fremstår uoverskueligt for borgeren.

I forhold til valg af arbejdstilrettelæggelse i opfølgingsmodellen er det Frederiksbergs Kommunes vurdering, at konstellationen af hjemmetræner, terapeut og borger ved den indledende undersøgelse har haft en afgørende effekt i forhold til samarbejdet mellem borger, hjemmetræner og terapeut igennem hele rehabiliteringsforløbet.

Trods de generelt positive erfaringer med de valgte redskaber er det dog også erfaringen, at opfølgingsmodellen primært har været en succes i forhold til det faglige udbytte. Det er således

erfaringen, at de valgte redskaber ikke er anvendelige som datagrundlag i betalingsmodellen, da redskaberne er forbundet med for store usikkerheder, hvor det bl.a. er oplevelsen, at intervieweren har for stor indflydelse på besvarelsen. Dette usikkerhedsmoment forstærkes naturligvis af, at der er valgt en arbejdstilrettelæggelse, hvor redskaberne anvendes i dialog med terapeut og borger og dermed administreres af leverandøren.

5.5 Centrale beslutninger vedrørende udformning af opfølgingsmodel

På baggrund af erfaringerne fra Struer Kommune og Frederiksberg Kommune beskriver vi i det følgende en række centrale beslutninger, som bør overvejes, når der skal udformes en opfølgingsmodel for rehabiliteringsforløb, der helt eller delvist er leveret af private leverandører.

Indledningsvis skal det understreges, at valg af opfølgingsmodel har afledte konsekvenser for, hvilken betalingsmodel der kan anvendes i kontrakten med den private leverandør. Hvis man som kommune ønsker at anvende en resultatbaseret betalingsmodel, hvor leverandøren modtager en bonus for opnåede rehabiliteringsresultater, stiller det krav om, at den anvendte opfølgingsmodel tilvejebringer relevante og valide data om fx ændringer i visiteret tid eller ændringer i borgernes funktionsniveau og selvhjulpenhed.

En første central beslutning er således, hvilke redskaber kommunen ønsker at benytte til at belyse effekten af rehabiliteringsforløb, der leveres helt eller delvist af private leverandører. Erfaringerne fra de medvirkende kommuner viser, at opfølgning via **visiteret tid** fortsat må forventes at blive anvendt som den primære indikator på ændringer i borgernes funktionsniveau. Flere pragmatiske hensyn taler for dette, herunder særligt at data er relativt lettilgængelige via kommunernes omsorgssystemer. Hvis disse data skal anvendes til opfølgning på en privat leverandør, er det afgørende, at kommunen sikrer en ensartet vurderingspraksis og registreringsrutiner for at opnå højest mulige datakvalitet.

En anden central beslutning er at afgøre, hvorvidt kommunen ønsker at supplere visitationsdata med data fra andre måleredskaber. Erfaringerne fra de to medvirkende kommuner viser, at flere af de afprøvede redskaber vurderes at have et positivt potentiale. Her peges både på positive erfaringer i forhold til at understøtte dialog med borgeren og afklaring af borgerens ønsker og mål for forløbet samt en styrkelse af det faglige fokus blandt medarbejderne. Den helt store udfordring ved de afprøvede redskaber er imidlertid, at der ikke er veludviklede it-redskaber og rutiner, der kan understøtte den kommunale datafangst. Hvis man som kommune ønsker at benytte disse redskaber, er det nødvendigt at tage stilling til en række forhold, herunder:

- Hvordan medarbejdere skal uddannes og trænes i anvendelsen af redskaberne. Dette er nødvendigt for at opnå en ensartet vurderingspraksis.
- Hvem der skal foretage vurderingerne, herunder om der er behov for fagligt tilsyn eller stikprøver foretaget af visitationen.
- Hvordan redskaberne kan it-understøttes, så der sikres datafangst på borgerniveau og integration til kommunale systemer.

På baggrund af ovenstående beslutninger skal kommunen endelig for det tredje udarbejde arbejdsgange og procedurer for den ønskede opfølgingsmodel. Kommunen skal tage stilling, hvornår der foretages før- og eftermåling, hvem der udfører målingerne samt beskrive kravene til journalisering og evt. dokumentation via andre systemer end det kommunale omsorgssystem. Erfaringerne fra de to medvirkende kommuner indikerer, at andre kommuner med fordel kan tilrettelægge forskellige opfølgingsprocedurer for forskellige forløbstyper. På den ene side vil simple og korterevarende forløb alt andet lige stille krav om relativt effektive opfølgingsprocedurer, så omkostninger til opfølgning ikke overstiger de potentielle faglige effekter og mulige besparelser. På den anden side vil en grundigere opfølgning via fx skyggevistation og resultatmåling være relevant i mere komplekse forløb, hvor rehabiliteringspotentialet er større både i det enkelte forløb og på kommunalt niveau.

6. BETALINGSMODELLER TIL OFFENTLIGT-PRIVAT SAMARBEJDE OM § 83 A-FORLØB

Ved inddragelse af private leverandører i et offentligt-privat samarbejde om udførelse af forløb visiteret efter § 83 a opstår der (i det mindste teoretisk) en tydelig interessemodsætning mellem kommunen og den private leverandør.

Et centralt formål med at gennemføre § 83 a-forløb er at reducere eller fjerne behovet for en efterfølgende ydelse efter § 83. Det gælder samtidig, at såfremt den private part gennemfører et rehabiliteringsforløb af en så høj kvalitet, at borgeren ikke har brug for en efterfølgende ydelse efter § 83, har de reduceret deres forretningsgrundlag.

Den potentielle interessemodsætning kan også ses i forhold til frontmedarbejderne. Det kan fx tænkes, at en hjemmeplejer, der frygter nedskæringer, har negative incitamenter i forhold til at skabe resultater i et rehabiliteringsforløb.¹⁶

For at sikre at leverandørerne arbejder målrettet for at øge borgernes funktionsevne og dermed nedsætte borgernes behov for hjælp efter § 83 a, kan det være en mulighed at skabe en incitamentsstruktur, som understøtter det endelige mål med ydelsen.

De foreløbige erfaringer med inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsindsatsen har – jf. afsnit 3 om markedsudvikling ovenfor – som hovedregel været baseret på ren aktivitetsbaseret afregning. Dvs. at erfaringerne indtil videre ikke inddrager incitamentsmodeller.

For at kunne opbygge en god incitamentsstruktur skal der opstilles de rigtige rammer for et godt samarbejde, og det skal sikres, at den rigtige adfærd belønnes. Det er velkendt fra andre velfærdsområder, eksempelvis beskæftigelsesområdet, at incitamenter er vigtige i forhold til at sikre den adfærd, som indsatsen lægger op til.¹⁷

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde har i samarbejde med KORA undersøgt inddragelsen af private leverandører på ældre- og sundhedsområdet i Gribskov og Greve¹⁸. Analysen tyder på, at det ikke nødvendigvis giver incitamentsproblemer at lade samme leverandør varetage både pleje og rehabilitering. Det kan dog skabe en skæv incitamentsstruktur, at rehabilitering efter § 83 a i serviceloven er et forudgående forløb, som leder frem til en endelig beslutning om tildeling af hjælp til borgerne efter servicelovens § 83.

I Frederiksberg og Struer Kommuner har den skæve incitamentsstruktur ikke været tydelig. I begge kommuner er det blevet fremhævet, at der har været tillid til leverandørerne. De private leverandører har heller ikke set rehabilitering som en trussel for deres forretningsgrundlag, men har derimod fremhævet, at deres faglige stolthed betyder, at de gør deres bedste i rehabiliteringsforløbene. Samtidig ser de det som en konkurrencefordel at være gode til at gennemføre rehabiliteringsforløb og dermed øge deres samlede forretning. Parterne er på den måde gået ind i samarbejdet uden at se incitamentsproblemerne som et større problem, men har ikke desto mindre valgt at arbejde konkret med at fastlægge en hensigtsmæssig model til inspiration for andre kommuner, jf. nedenfor.

I modeludviklingen har Frederiksberg og Struer Kommuner drøftet forskellige betalingsmodeller, som giver de private leverandører økonomiske incitamenter til at skabe resultater i rehabiliteringsforløbene. Med afsæt i disse erfaringer, og erfaringer fra en række andre velfærdsområder, har nedenstående afsnit til formål at se nærmere på mulighederne for at udforme forskellige

¹⁶ Dette er i øvrigt også et incitament, der kan argumenteres for at gøre sig gældende hos den kommunale leverandør.

¹⁷ Se fx hele omlægningen af refusionssystemet på beskæftigelsesområdet, som bl.a. er baseret på dette princip.

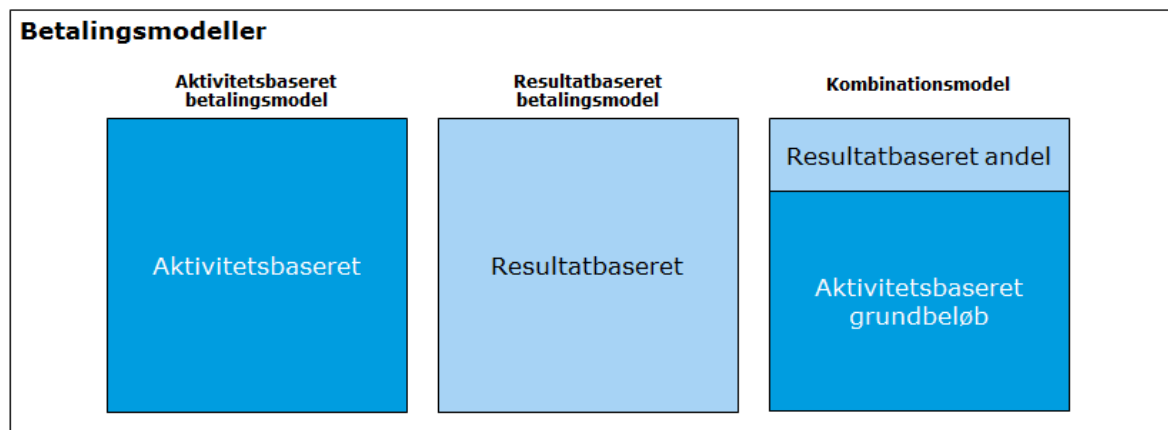
¹⁸ Private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet, Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde (2015)

betalingsmodeller til afregning af § 83 a-forløb, der gennemføres helt eller delvist af private leverandører.

6.1 Tre typer betalingsmodeller

Der kan opstilles to idealtypiske betalingsmodeller, henholdsvis en aktivitetsbaseret betalingsmodel og en resultatbaseret betalingsmodel. Derudover kan der opstilles en syntese i form af en kombinationsmodel, som afregner en del af betalingen med et grundbeløb og supplerer med en resultatbaseret andel. De tre modeller er illustreret i den nedenstående figur:

Figur 6-1: Illustration af forskellige typer betalingsmodeller



I den aktivitetsbaserede betalingsmodel afregnes der for den leverede aktivitet i form af fx minutter, timer eller pr. forløb. I den resultatbaserede betalingsmodel afregnes der udelukkende for resultater, der er dermed tale om no-cure-no-pay. I kombinationsmodellen afregnes der med et grundbeløb for en del af den leverede ydelse, derudover afregnes der på baggrund af resultater.

På tværs af de danske kommuner viser den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, at 93 pct. af respondenterne benytter en aktivitetsbaseret betalingsmodel, mens kun tre respondenter benytter en kombinationsmodel og 0 pct. en ren resultatbaseret betalingsmodel.

Der er således meget få erfaringer fra brugen af resultatbaserede betalingsmodeller og kombinationsmodeller, hvorfor dette afsnit udelukkende bygger på input fra modeludviklingen i Struer og Frederiksberg Kommuner samt erfaringer fra andre velfærdsområder. Derudover er der løbende blevet arbejdet med hypotetiske scenarier for et fremtidigt samarbejde med afsæt i modellerne, som er blevet vurderet i forhold til fordele og ulemper.

I det følgende behandles de tre betalingsmodeller mere dybdegående, og der opstilles fordele og ulemper ved de forskellige udformninger. Efterfølgende diskuteres det, hvordan der etableres et sammenligningsgrundlag til vurdering af resultater. Dernæst præsenteres de udviklede betalingsmodeller fra Struer og Frederiksberg Kommuner. Afsnittet afsluttes med en drøftelse af centrale beslutninger i forhold til at vælge en bestemt betalingsmodel.

6.1.1 Aktivitetsbaseret betalingsmodel

En aktivitetsbaseret betalingsmodel indebærer, at der afregnes med en fast pris for en klart defineret aktivitet. Der betales for den leverede aktivitet (tid) og ikke for de leverede resultater. Der er dermed økonomisk sikkerhed for, at den private leverandør får fuld betaling for den leverede aktivitet.

Det centrale i en aktivitetsbaseret betalingsmodel er den enhed, der ligger til grund for betalingen. Der kan fx afregnes:

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

Da der er mulighed for at benytte forskellige enheder til betaling, er der et udfaldsrum i forhold til, hvordan en aktivitetsbaseret betalingsmodel kan indrettes, men grundlæggende afregnes der på samme måde som i forhold til § 83-ydelser.

Diskussion af aktivitetsbaserede betalingsmodeller

Den overordnede indvending imod en aktivitetsbaseret betalingsmodel er, at der ikke er noget økonomisk incitament til at levere resultater i rehabiliteringsforløb – der er fokus på aktiviteterne og ikke resultaterne. Det ændrer naturligvis ikke på, at der kan være andre incitamenter til at gennemføre en god og effektiv rehabilitering, fx faglig stolthed og muligheden for at blive genvalgt som leverandør. Derudover kan der også benyttes kontrol eller løbende dialog til at sætte fokus på resultater og/eller mangel på samme.

En aktivitetsbaseret betalingsmodel kan være med til at sikre økonomisk forudsigelighed i forholdet mellem kommunen og den private leverandør, da der er en klar sammenhæng mellem den leverede aktivitet og betalingen. Det kan i dette lys være ønskeligt at have en økonomisk forudsigelig betalingsmodel, da det reducerer risikoen for budgetoverskridelser i det offentlige og konkurser blandt de private leverandører.

6.1.2 Resultatbaseret betalingsmodel

En aktivitetsbaseret betalingsmodel håndterer således ikke den førnævnte interessemodsætning mellem kommunen og private leverandører. Et alternativ vil i den forbindelse være at indrette en resultatbaseret betalingsmodel, som benytter økonomiske incitamenter til at fremme, at kommunens interesser varetages fuldt ud i de gennemførte § 83 a-forløb. Formålet med at indføre en resultatbaseret betalingsmodel er at skabe et større fokus på resultater og effekter af ydelsen, ved at den private leverandør honoreres på baggrund af de skabte resultater.¹⁹

I en ren resultatbaseret betalingsmodel er afregningen udelukkende baseret på resultaterne af det gennemførte rehabiliteringsforløb og ikke på de gennemførte aktiviteter. Der er her tale om en no-cure-no-pay-model.

Det centrale i denne model er, at der udvælges klare resultatmål, og at de måles med en valid målemetode, hvorefter der afregnes for opnåede resultater. Et øget fokus på resultaterne kan være med til at flytte fokus fra indholds krav til resultater, hvilket kan være med til at fremme innovation og fleksibilitet hos den enkelte leverandør.

Der kan derudover inddrages en tidsdimension i resultatmålingen, hvor der måles resultater på fx kort, mellemlangt og langt sigt. Her kan hver måling udløse en del af betalingen, fx kan der udbetales 50 pct. ved resultater på kort sigt, 30 pct. ved resultater på mellemlangt sigt og de sidste 20 pct. ved resultater på langt sigt. Dermed øges incitamentet også til at arbejde med et rehabiliterende sigte ved en efterfølgende § 83-ydelse.

I udformningen af en resultatbaseret betalingsmodel kan der belønnes ud fra forskellige afregningsparametre. I nedenstående tabel er opstillet en række mulige afregningsparametre samt fordele og ulemper ved at benytte dem i en resultatbaseret betalingsmodel.

¹⁹ Vi skelner i det følgende ikke mellem resultater og effekter, da rehabiliteringsindsatsen under ét vil have fokus på både resultater og effekter.

Tabel 6-1: Bruttoliste over afregningsparametre i resultatafhængig model

Bruttoliste over afregningsparametre			
Afregningsparametre	Beskrivelse	Fordele	Ulemper
Effekt på visiteret tid til efterfølgende § 83-ydelser	<p>Der betales for opnåede effekter – i form af reduceret tid til efterfølgende § 83-ydelser.</p> <p>Effekten kan udregnes ved, at der gennemføres en "skyggevisitation" ved rehabiliteringsforløbets start, som holdes op imod en endelig visitation efter afsluttet forløb.</p> <p>Der kan også måles på effekt over tid. Dermed kan man belønne de leverandører, der formår at fastholde effekten.</p>	<p>Giver incitament til at reducere de kommunale udgifter på § 83.</p> <p>Modellen opstiller en klar målsætning for den private leverandør og deres personale, hvilket skaber stolthed og medarbejder-tilfredshed.</p> <p>En tilknyttet tidsdimension giver ligeledes et incitament til at arbejde med et rehabiliterende sigte i den efterfølgende pleje.</p>	<p>Det er ikke nødvendigvis rehabiliteringsforløbet, der er skyld i effekten. En række andre faktorer kan påvirke effekten både positivt og negativt.</p> <p>Denne måleudfordring bliver endnu mere afgørende, hvis der måles over tid.</p>
Effekt på fysisk funktionsevne	<p>Borgerens funktionsevne måles før og efter rehabiliteringsforløbet. Dette kan gøres med forskellige måleredskaber (se afsnit 5 om opfølgning).</p> <p>Der skal benyttes et effektivt og validt måleredskab. Måleredskabet skal samtidig være nemt at benytte.</p>	<p>Der er tale om et objektive, kvantificerbart, sammenligneligt og målbart mål.</p> <p>Målet er motiverende for både borger og hjemmetræner, der kan benytte før- og eftermålingerne som direkte feedback på træningen.</p>	<p>Det er ikke sikkert, at øget funktionsevne afspejles i sparet tid efter § 83.</p> <p>Der er risiko for målebias, hvis borgeren har en god eller dårlig dag, når funktionsevnen måles.</p> <p>Kun fokus på fysisk funktionsevne.</p>
Borgers oplevelse af livskvalitet	<p>Dette afregningsparameter retter fokus mod borgerens livskvalitet.</p>	<p>Det kan motivere hjælperne, at de kan se borgers forbedring i livskvalitet.</p> <p>Kan være med til, at forløbet giver mening for borgeren.</p>	<p>Øget livskvalitet afspejles ikke nødvendigvis i sparet tid efter § 83.</p> <p>Forbedret/forværret livskvalitet kan skyldes andre faktorer.</p>
Grad af mål-opfyldelse	<p>I handleplaner sættes der mål for den enkelte borger. Målopfyldelse af disse mål kan benyttes som effekt.</p>	<p>Retter fokus mod borgeren og skaber målrettethed ift. handleplaner.</p> <p>Der arbejdes ud fra mål, der er relevante for borgeren.</p>	<p>Øget målopfyldelse afspejles ikke nødvendigvis i sparet tid efter § 83.</p> <p>Målopfyldelse kan skyldes andre faktorer.</p>

Diskussion af resultatbaserede betalingsmodeller

Brugen af en resultatbaseret incitamentsmodel kan være med til at rette op på den interesse-modsætning mellem kommunen og de private leverandører, som udgør afsættet for drøftelsen. Hvis der afregnes med afsæt i resultaterne, skabes der et klart økonomisk incitament til at levere en effektiv og virkningsfuld rehabilitering.

Der kan dog også identificeres en række udfordringer i forhold til at benytte en resultatbaseret betalingsmodel. En af de væsentligste udfordringer er, at der ikke på nuværende tidspunkt findes entydige, tilgængelige data, som kan benyttes til at vurdere effekter af rehabiliteringsforløb – eller enighed om relevante målemetoder, jf. også afsnit 5 ovenfor.

Der skal dermed etableres og testes en praksis for dataindsamling i kommunerne, før der kan afregnes med afsæt i resultaterne alene. Fraværet af data taler derfor imod, at afregningen skal

være 100 pct. resultatbaseret, før der er etableret et solidt datagrundlag som fundament for betalingsmodellen.

Hvis der ønskes en mere resultatbaseret afregning, bør der arbejdes med etableringen af et datagrundlag, der afspejler effekten af forløbene. En øget dataindsamling vil samtidig kunne spille en central rolle i forhold til at understøtte en datadrevet refleksionskultur i kommunerne, hvor en løbende indsamling af resultatdata kan være med til at styre og udvikle rehabiliteringsindsatsen.

I forlængelse af ovenstående udfordringer findes der en anden central udfordring. For at kunne indsamle data for resultaterne skal der indføres en valid målemetode, som ikke er for ressourcekrævende at benytte. Der skal i den forbindelse enten benyttes effektive måleredskaber eller en effektiv registreringsmetode til udregning af effekt. Herunder er det klart, at modeller, som vil belønne udvikling i resultater over tid, alt andet lige er mere ressourcekrævende, da de kræver flere opfølgninger, foruden den rent praktiske udregning og gennemførelse af betalingen.

Der er i alle tilfælde en lang række faktorer, der bør vurderes i forhold til den valgte målemetode. Her er det bl.a. centralt at opnå en balance mellem, at målemetoden ikke må være for tidskrævende og samtidig skal være valid og tage hensyn til en lang række centrale faktorer, jf. også afsnit 5.

Ud over praktiske problemer i forhold til at udvælge de effekter, der skal belønnes, og måle dem, er der yderligere en grundlæggende udfordring i forhold til at vælge en resultatbaseret betalingsmodel.

Her er spørgsmålet, om det er rehabiliteringsforløbet, der er årsag i den målte effekt, eller om det er andre faktorer, der spiller ind. Der kan argumenteres for, at borgernes generelle udvikling har mere betydning for effekten end rehabiliteringsforløbet. Nogle borgere får det bedre over tid, også uden rehabiliteringsforløb, mens andre bliver ramt af sygdom eller andre udfordringer, og derfor vil effekten være faldende uanset kvaliteten af rehabiliteringsforløbet.

Der kan argumenteres for, at disse vilkår gør sig gældende for alle aktørerne på området, og derfor kan effektmål stadig bruges til at vurdere de forskellige leverandører op imod hinanden. Derudover vil der over tid kunne udvikles erfaringsbaserede prognoser for forskellige målgrupper, og dermed vil der kunne korrigeres for borgernes udvikling.

Endelig kan der argumenteres for, at kommuner og private leverandører risikerer at stå med et incitamentsproblem ved brug af modeller, som belønner for opnået effekt i forhold til borgernes efterfølgende behov for § 83-ydelser, da leverandørerne vil have en interesse i, at dette behov vurderes så lavt som muligt. Et sådant incitament må ikke medføre en tilsidesættelse af en korrekt behovsvurdering og støtteudmåling.

6.1.3 Kombinationsmodel

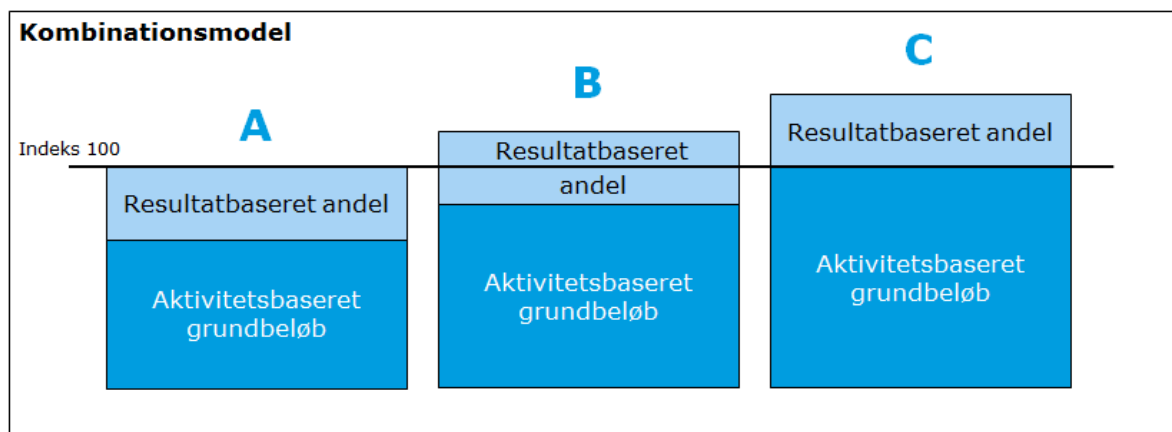
En kombinationsmodel har et fast grundbeløb, som betales for gennemførelse af en given aktivitet. Derudover afregnes i form af en resultatbaseret betaling for opnåede resultater. Der er her tale om en no-cure-less-pay-model.

En kombinationsmodel giver leverandøren et incitament til at skabe gode resultater, og grundbeløbet sikrer, at leverandøren har sikkerhed for en given andel af betalingen, hvilket reducerer den økonomiske risiko for den private leverandør.

Der kan også her inddrages en tidsdimension, hvor den resultatbaserede andel udbetales i faser, afhængigt af om resultaterne fastholdes efter fx 1, 6 eller 12 måneder.

En kombinationsmodel kan udformes på forskellige måder. Der kan som hovedregel skabes variation i fordelingen mellem den aktivitetsbaserede og resultatbaserede andel. Der kan fx benyttes en model med en 50-50-, 80-20- eller 95-5-fordeling. Derudover kan den resultatbaserede andel tænkes ind på forskellig vis, som det ses i den nedenstående figur:

Figur 6-2: Forskellige udformninger af kombinationsmodeller



Indeks 100 i modellen er det niveau, den private leverandør ville blive afregnet på, hvis der blev benyttet en aktivitetsbaseret betalingsmodel, det kan fx være timelønnen for § 83-ydelser.

I model A gøres en del af betalingen resultatbaseret, og det øvre niveau på indeks 100 fastholdes. I en sådan model tjener den private leverandør ikke ekstra på at levere resultater, men det er en forudsætning, at de skaber resultater for at kunne modtage en betaling svarende til indeks 100. I en sådan model bør det overvejes, at resultatkravene for at udløse den resultatbaserede andel ikke sættes for højt, da det kan føre til økonomisk ustabilitet hos den private leverandør og ultimativt gøre modellen ikke-attraktiv.

I model B er der mulighed for at opnå en betaling, der er højere end indeks 100, hvis den resultatbaserede andel udløses – og under indeks 100, hvis den ikke udløses. I denne model vil nogle forløb fx blive afregnet til indeks 105 og andre til indeks 95. Således har den private leverandør mulighed for at opnå en højere betaling end indeks 100, hvis de skaber resultater i størstedelen af de gennemførte forløb. I denne model kan resultatkravene med fordel sættes lidt højere end i model A, da der vil være mulighed for at opnå indeks 100 i gennemsnit, selvom der er forløb, hvor resultatkravene ikke nås.

Model C er en bonusmodel. Her udgør grundbeløbet indeks 100, og derudover lægges der en bonus oveni, hvis leverandøren skaber (særlige) resultater. I denne model er den private leverandør sikret fuld økonomisk stabilitet, mens kommunen betaler en ekstra bonus for alle forløb, der viser resultater. Ved valg af en sådan model bør det overvejes, om niveauet for de resultater, som udløser bonus, sættes højt - det kan fx være en bonus for alle forløb, hvor der slet ikke er behov for en § 83-ydelse efter endt forløb, eller for forløb, hvor den forventede tid er blevet reduceret med 50 pct..

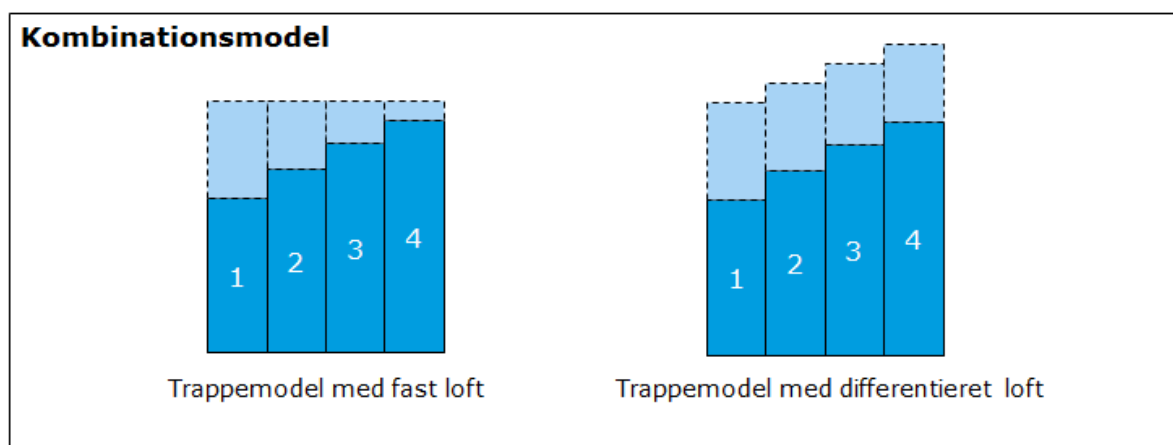
Fordelingen mellem grundbeløb og resultatbaseret betaling kan fastsættes med en forudbestemt fordeling, men den kan også indgå som et konkurrenceparameter i en udbudsproces. Her kan tilbud med en stor andel resultatbaseret betaling få ekstra point i den samlede vurdering af tilbuddet. Dermed får den private leverandør mulighed for at fastsætte fordelingen (den risiko de er villige til at løbe), og kommunen får mulighed for at vælge de leverandører, der forventer at kunne levere resultater.

Differentierede målgrupper

Et ofte benyttet argument imod resultatbaserede modeller er, at forløbene (her: § 83 a) er meget forskellige. Nogle borgere har en opadgående kurve og andre en nedadgående kurve, og derfor vil det være forskelligt, hvor svært det vil være at skabe resultater for de forskellige målgrupper.

Dette problem kan imødegås med en differentieret tilgang, som opdeler i forløb af forskellig sværhedsgrad. I nedenstående figur ses to eksempler på modeller med en målgruppedifferentieret tilgang.

Figur 6-3: Illustrationer af målgruppedifferentierede kombinationsmodeller



De to modeller er opdelt i fire forløb af forskellig sværhedsgrad, forløb 1 er lettest og forløb 4 er vanskeligst i forhold til at skabe effekter. Derudover er der markeret et grundbeløb (med mørkeblå) og en resultatbaseret andel (med lyseblå).

I trappemodellen med fast loft er grundbeløbet lavest for forløb 1 og højest for forløb 4. Dermed er den økonomiske risiko for leverandøren størst i de forløb, hvor der er størst mulighed for at skabe resultater, hvorimod den er lav i de vanskeligste forløb. Dermed skabes der en incitamentsstruktur, som giver incitament til at skabe resultater. Samtidig reduceres den økonomiske usikkerhed for leverandøren, da de ikke længere er så påvirket af, hvilken type borgere de modtager.

Ved brugen af en trappemodel med fast loft kan der opstå risiko for **cherry picking**, hvor leverandøren spekulerer i, hvordan de kan opnå de letteste resultater. Dette kan komme til udtryk gennem to effekter: **cream-skimming** (creaming) og **parking**. *Cream-skimming* betyder, at leverandøren fokuserer på de målgrupper, som de lettest kan skabe resultater for, mens *parking* omfatter situationer, hvor leverandøren ekskluderer ("parkerer") de målgrupper, hvor det er sværest at skabe resultater.²⁰

For at undgå cherry picking kan der indrettes en trappemodel med differentieret loft, som ses til højre i figur 6.3. I en trappemodel med differentieret loft er der mulighed for at få en højere betaling, hvis der skabes resultater i de svære forløb, end hvis der skabes resultater i de nemmeste. Dermed gives der et ekstra incitament til at skabe resultater i alle type forløb, herunder også de forløb hvor det vil gøre en stor forskel i den kommunale økonomi sammenlignet med en realistisk vurdering af mulighederne.

6.2 Sammenligningsstandard for resultater

Når en kommune står overfor at skulle vælge en resultatbaseret betalingsmodel eller en kombinationsmodel, rejser der sig et centralt spørgsmål: Hvordan fastsættes der en sammenligningsstandard for resultaterne? (Jf. også afsnit 5 om opfølgning ovenfor.)

²⁰ Begreberne anvendes bl.a. af det britiske "Cabinet Office", som har beskrevet begreberne her: <http://blogs.cabinetoffice.gov.uk/socialimpactbonds/2012/09/b1/>

Dette spørgsmål er især presserende i forhold til rehabilitering, da der kun findes forholdsvis få data om effekterne af rehabiliteringsforløb. Dermed kan der ikke fastsættes et forventeligt niveau for resultaterne, før der er blevet udviklet erfaringsbaserede prognoser på nationalt plan eller i de enkelte kommuner. Valget af en betalingsmodel, der belønner resultater, kræver dermed, at der etableres en praksis for dataindsamling i den enkelte kommune.

Ud over etablering af en hensigtsmæssig datafangst er der række øvrige overvejelser.

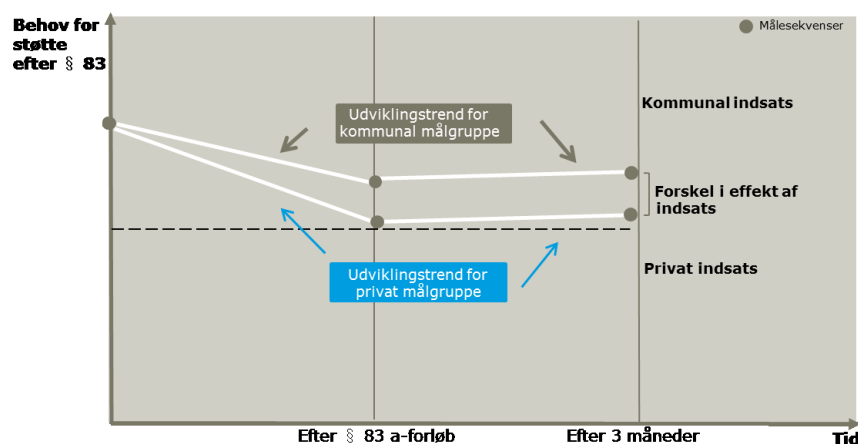
For det første om der skal belønnes med afsæt i den enkelte borger (forløb) eller med afsæt i en gruppe af borgere. Ovenstående har for overblikkets skyld taget afsæt i skyggevisitation og opnået effekt for den enkelte borger, men der er principielt ikke noget til hinder for, at der arbejdes med hele grupper af borgere og en samlet forventning til reduktionen i gruppens støttebehov. Igen kan der arbejdes indeksbaseret. Er det fx forventningen, baseret på tidligere målinger, at der for en given målgruppe vil kunne opnås en samlet reduktion i støttebehovet fra et indeks 100 til et indeks 85, vil det være et krav, at der opnås en sådan reduktion for at opnå en resultatafhængig betaling eller bonus.

For det andet kan der – også frem til der foreligger mere valide og erfaringsbaserede prognoser – foretages sammenligninger mellem forskellige leverandører, kommunal såvel som én eller flere private. Hvis den ene leverandørs resultater er betydeligt dårligere end de andres, udbetales den resultatbaserede andel ikke; hvis resultaterne er på niveau med de andres eller bedre, udbetales den resultatbaserede andel.

Denne model kan benyttes, hvis der ikke findes sammenlignelige data om det valgte afregningsparameter. På sigt vil der kunne benyttes et gennemsnit for effekten af § 83 a-forløb som sammenligningsstandard for vurderingen af de leverede resultater.

Endelig kan det for det tredje overvejes, om resultaterne skal måles *absolut* (dvs. en faktisk reduktion i støttebehov eller forøgelse af fysisk funktionsniveau) eller *relativt* til kommunens eget forventede resultat. Dette er illustreret i figuren nedenfor. Tankegangen er, at der ikke skal udbetales bonus eller belønnes for resultater ud over de resultater, som kommunen selv ville kunne skabe. Til gengæld bør den aktivitetsbaserede betaling i høj grad være på niveau med indsatsen, evt. korrigeret for lavere resultatskabelse end forventet.

Figur 6-4: Belønning med afsæt i forskellen i opnåede resultater



6.3 Testkommunernes modeller

I de to testkommuner har der været nedsat arbejdsgrupper, som har behandlet spørgsmålet om, hvilken betalingsmodel de kunne forestille sig at benytte i kommunen. Arbejdsgrupperne har bestået af både kommunale ledere og medarbejdere og repræsentanter for de private leverandø-

rer. Det har hovedsageligt været en teoretisk proces, hvor forskellige modeller er blevet drøftet på workshops og arbejdsgruppemøder, da det ikke har været muligt at nå at afprøve modellerne undervejs i projektet. I denne proces har kommunerne og de private leverandører udviklet modeller, som begge parter anser som mulige betalingsmodeller i de respektive kommuner.

6.3.1 Struer Kommune

Struer Kommune har indført en model for rehabilitering, som tænker rehabilitering bredt og inddrager bl.a. aktivitetscenter, sygepleje og hjemmepleje i rehabiliteringen. Der har i 2013 været gennemført et kontrolstudie omhandlende rehabilitering i hjemmeplejen, hvor den private leverandør (Privathjælpen) har været inddraget. Der har således været arbejdet med rehabilitering i Struer i flere år, og den private leverandør har været inddraget fra starten. Den private leverandør har desuden et meget tæt samarbejde med kommunen.

I Struer Kommune er der gennem projektperioden udviklet en kombinationsmodel (bonusmodel) svarende til model C i figur 6.2, hvor der ud over den regulære betaling gives en bonus for opnåede resultater.

Den primære begrundelse for valget af model er, at der i Struer har været et stort behov for at skabe økonomisk stabilitet blandt leverandørerne. Struer havde i 2014 et udbud på hjemmeplejeområdet og har efterfølgende haft to private leverandører og en kommunal. I løbet af testperioden er den ene af de private leverandører gået konkurs, og kommunen har derfor kun en privat leverandør tilbage. Der er derfor brug for at udvikle en betalingsmodel, der kan give et incitament til at skabe resultater uden at påføre leverandørerne en ekstra økonomisk risiko.

Modellen præsenteres i det følgende. Efterfølgende præsenteres sondringer i forhold til modellen fra kommunen og den private leverandør.

Den udviklede bonusmodel i Struer Kommune

I Struer Kommunes bonusmodel fastholdes grundbeløbet på niveau med den faste afregning, som kommunen har på nuværende tidspunkt.

Derudover tilbydes en solidarisk bonus til leverandørerne for resultater i forhold til nedsættelse af visiteret tid efter § 83. Med en solidarisk bonus menes der en pulje, som deles mellem leverandørerne (den kommunale og den private), ud fra hvor mange timers § 83 a de har haft visiteret.

Modellen kan ses som en mulig løsning på interessekonflikten mellem kommunen og leverandørerne, men har samtidig til formål at sikre økonomisk stabilitet for den kommunale og den private leverandør.

Tankegangen bag modellen er, at muligheden for at opnå en bonus vil få leverandørerne til at arbejde hårdere for at skabe resultater i rehabiliteringsforløbene – selv om det er med til at reducere deres kundegrundlag.

Grundbeløbet

I Struer Kommune afregnes hjemmepleje med en fast pris for visiteret tid. Personlig pleje og praktisk hjælp tildeles som en række separate ydelser til borgerne efter § 83, og det samme gælder § 83 a.

Tildelingen foretages af kommunens visitatorer på baggrund af en vurdering ud fra Fælles Sprog II, og de visiterede ydelser bestilles hos leverandøren med angivelse af tid. Vurderer leverandøren, at den visiterede tid ikke er passende i forhold til borgerens behov, er leverandøren forpligtiget til at meddele dette til kommunens myndighedsfunktion, som kan foretage ændringer i visiteret tid. Forpligtigelsen gælder, både når det vurderes, at borgeren har behov for mere tid, og når borgeren er tildelt for meget tid.

Der skelnes mellem to takster; lav og høj. Lav takst dækker visiterede timer på hverdage mellem kl. 7.00 og 17.00, og høj takst dækker øvrig tid. Den private og den kommunale leverandør afregnes på samme måde.

Resultatbaserede andel (bonus)

Bonussen kan både optjenes af den private og den kommunale leverandør og udbetales som et engangsbetrag i primo januar. Den resultatbaserede andel tager udgangspunkt i det samlede timemæssige resultat for § 83 a-forløbet, der afspejler, hvor meget rehabiliteringsforløbet har reduceret hjælpen for den pågældende borger.

Grundlaget for beregning af bonus udgøres af 100 pct. af det reducerede timeforbrug på § 83-ydelser i tre måneder (13 uger). Det timemæssige resultat defineres som forskellen mellem visiteret tid, hvilket udregnes ved at foretage en skyggevisitering til § 83-ydelser ved start af rehabiliteringsforløbet og sammenligne med visiteret tid til § 83-ydelser tre måneder efter rehabiliteringsforløbet. Hvis det timemæssige resultat er negativt i et forløb, regnes det ikke med i den samlede vurdering. Dette gøres ud fra en betragtning om, at nogle borgere vil blive dårligere med tiden på grund af deres naturlige udvikling – det er dermed ikke rehabiliteringsforløbet, der er skyld i den negative effekt.

Bonussen vil være solidarisk, hvilket betyder, at den fordeles forholdsmæssig mellem leverandørerne (såvel private som kommunale), efter hvor mange timer den enkelte leverandør har brugt på § 83 a-forløb – andelen af timer svarer således til andelen af den samlede bonus. Dermed skabes der et fælles mål om at skabe resultater, hvilket kan være med til at fordre samarbejde på tværs af leverandørerne.

Parterne har også drøftet, om der skal sættes et loft over den samlede bonus pr. år på ca. 100.000 kr., hvilket vurderes at være et rimeligt skøn i forhold til et samlet budget på 30–40 millioner kr. Det vurderes, at der efter 1 - 2 års erfaringer kan fastsættes et loft for bonussen, der er passende ift. grundbeløbet.

Parternes vurdering af kombinationsmodellen

Struer Kommune har et stort fokus på økonomisk stabilitet blandt deres leverandører. Den ene af to private leverandører af hjemmepleje er i 2015 gået konkurs. Det er dermed ikke en situation, hvor der er plads til, at leverandørerne kan udsættes for yderligere økonomiske risici.

Struer Kommune har en betydelig interesse i at få indsamlet data om effekten af rehabiliteringsforløbene. Derfor har de valgt at fortsætte med at gennemføre skyggevisitationer og vurdere gevinsten af rehabiliteringsforløbene. Indsamlingen af data kan benyttes til at udvikle en data-drevet refleksionskultur på området, men kan på sigt udgøre et mere solidt grundlag for at indføre en kombinationsmodel.

Der er også et ønske og en ambition om på sigt at kunne indføre en kombinationsmodel i *Struer*, som giver incitament til at levere bedre rehabilitering. Dette incitament er ikke kun tiltænkt den private leverandør, men også rettet mod den kommunale leverandør.

Privathjælpen ser allerede den rehabiliterende indsats som en del af deres opgaveløsning. De fremhæver, at de har stor faglig stolthed og længe har arbejdet rehabiliterende. De mener derfor ikke, at der er brug for et ekstra incitament i form af en bonusordning, for at de skal løse opgaven bedre. De fremhæver desuden, at en resultatbaseret betalingsmodel ikke må betyde, at de påføres større risici.

Privathjælpen har for nylig overtaget en stor del af borgerne fra den konkursramte konkurrent og oplever derudover en løbende tilstrømning af borgere visiteret efter både § 83 a og § 83. De

oplever dermed ikke, at deres kundegrundlag formindskes – tværtimod. Derudover fremhæver de, at hjemmepleje er et svingende marked – en ressourcekrævende kan falde bort i morgen eller kan flytte til en anden kommune. Det er præmissen som leverandør af hjemmepleje. Privat-hjælpen fremhæver ligeledes, at rehabilitering medfører, at borgerne kan blive længere i eget hjem, hvilket betyder, at man beholder borgeren som kunde på længere sigt, da de ikke kommer på plejehjem.

Implementering af modellen

Der er ikke her og nu-planer om at indføre den udviklede betalingsmodel i den nuværende form. Struer Kommune fortsætter således med at afregne efter en aktivitetsbaseret betalingsmodel svarende til den, der benyttes til § 83, men kommunen er ikke afvisende overfor, at modellen kan videreudvikles og indføres på sigt.

Der er flere grunde til, at Struer Kommune ikke vælger at indføre en ny betalingsmodel til afregning af § 83 a. For det første står Struer overfor et valg den 3. december om sammenlægning med Holstebro Kommune, dermed er der uvished om den organisatoriske fremtid for sundheds- og ældreområdet i Struer. For det andet fremstår interessemødsætningen mellem kommunen og den private leverandør ikke som nærværende i Struer. Kommunen har gennem flere års samarbejde opbygget stor tillid til den private leverandør. Blandt andet fremhæves det, at den private leverandør er god til at give tilbagemeldinger om borgere, der har rehabiliteringspotentiale, eller som kan visiteres ned i tid, hvilket er med til at fastholde et højt tillidsniveau mellem kommunen og den private leverandør. Derfor anses behovet for en betalingsmodel, der kan imødegå en skæv incitamentsstruktur, ikke som presserende.

6.3.2 Frederiksberg Kommune

Frederiksberg Kommune har i februar 2015 gennemført udbud af hjemmeplejen og er gået fra godkendelsesordning (med 17 forskellige leverandører) til at have to private leverandører og én kommunal. De private leverandører er begge store leverandører og har erfaring med at arbejde rehabiliterende.

Dette projekt har været et samarbejde mellem Frederiksberg Kommune og Diakonissestiftelsens Hjemmepleje, som også tidligere har haft et projektsamarbejde om rehabilitering i hjemmeplejen.

Der har i processen været gennemført en workshop i Frederiksberg Kommune, hvor der er blevet udarbejdet en mulig betalingsmodel. Det blev gjort i samarbejde mellem centrale medarbejdere fra kommunen og den private leverandør. Der blev diskuteret forskellige modeller og udviklet et bud på en realistisk kombinationsmodel. Den udviklede model blev herefter præsenteret for sundheds- og omsorgschefen i kommunen og den administrerende direktør hos den private leverandør, som drøftede modellens realiserbarhed og videreudviklede modellen. Herefter blev der udviklet en endelig model for Frederiksberg Kommune. Modellen er et bud på en realiserbar model, men vil ikke blive indført på nuværende tidspunkt og i den nuværende form i kommunen. Modellen kan dog uanset give inspiration til andre kommuner, der ønsker at udvikle en kombinationsmodel.

Kombinationsmodel i Frederiksberg Kommune

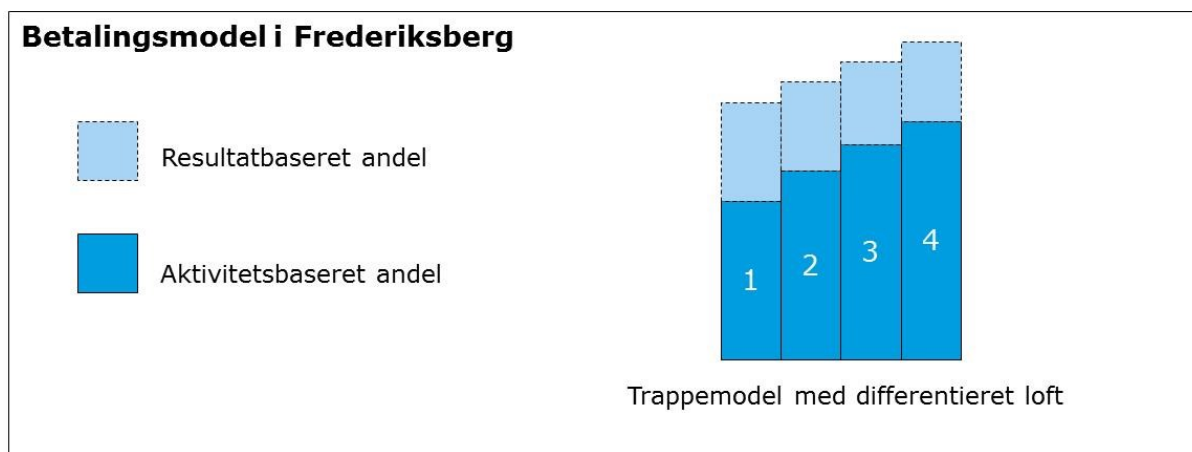
Frederiksberg Kommunes kombinationsmodel indeholder et fast grundbeløb, som afregnes efter den leverede aktivitet (tid), og derudover afregnes det resterende beløb i form af en resultatafhængig betaling.

Det blev besluttet at belønne for effekten på visiteret tid efter § 83, hvilket konkret vil sige skyggevistation i forhold til reel visitation efter afsluttet forløb. Derudover blev det besluttet at belønne fastholdelse af effekt over tid. Dette gøres ved, at størstedelen af betalingen afregnes ved effekter på kort sigt og en lille del efter tre til seks måneder. Derudover blev det drøftet at betale

en bonus for at henlede kommunens opmærksomhed på rehabiliteringsparate borgere, der modtager § 83-ydelser.

Det blev yderligere besluttet at differentiere betalingsmodellen i forhold til forskellige forløbstyper. I nogle forløb er det let at opnå effekt, og i andre kan det være mere vanskeligt. Kommunen visiterer allerede til fire forskellige forløbstyper, og modeludviklingen har derfor taget udgangspunkt i denne opdeling. Modellen kan ses nedenfor:

Figur 6-5: Betalingsmodel med differentieret loft



I denne model løber leverandøren en større økonomisk risici i forløb med målgruppe 1 end de andre målgrupper, da grundbetalingen er lavest for målgruppe 1 og herefter stiger, i takt med at det bliver vanskeligere at skabe effekter.

Derudover er der mulighed for, samlet set, at optjene et større beløb for forløb med målgruppe 4 end for de andre målgrupper, da det er vanskeligst at skabe effekter for denne målgruppe. Der skabes dermed en incitamentsmodel, der tager hensyn til risikoen for, at der fokuseres på de forløb, hvor det er nemmest at skabe effekt (cherry picking).

Ud over trappemodellen med differentieret loft ønsker Frederiksberg at tilføje en tidsdimension til modellen, så der skabes et incitament til at arbejde med et rehabiliterende sigte i forbindelse med en efterfølgende § 83-ydelse. Her vurderes og belønnes effekter for målgruppe 1, 2 og 3 efter seks måneder og målgruppe 4 efter tre måneder.

Parternes vurdering af kombinationsmodellen

Frederiksberg Kommune anerkender, at der er en skæv incitamentsmodel ift. at inddrage private leverandører i rehabiliteringsforløb og ønsker i den forbindelse at udvikle en betalingsmodel med resultatbaserede elementer. Den udviklede betalingsmodells primære formål er at sætte fokus på kommunens primære mål med rehabiliteringen. Derudover ønsker man at udvikle en model, som kan belønne de leverandører, der gør det godt og skabe konkurrence i forhold til, hvem der kan skabe de bedste resultater.

Diakonissestiftelsen er positivt stemt over for en betalingsmodel, som belønner resultater. Da resultatmåling af rehabiliteringsforløb er meget nyt, er man dog primært tilhængere af en kombinationsmodel frem for en rendyrket resultatbaseret betalingsmodel. Med en kombinationsmodel er den økonomiske risiko mindre, hvilket er centralt for den private leverandør.

Det er begge parternes vurdering, at det først skal afklares præcist, hvad der skal belønnes og hvor meget. Diakonissestiftelsen fremhæver, at man især ser det som en udfordring at måle effekten af rehabiliteringsforløb for svage borgere, da der måles på en faldende kurve.

6.4 Centrale beslutninger – når der vælges betalingsmodel

På baggrund af erfaringerne fra Struer Kommune og Frederiksberg Kommune beskrives i den følgende en række centrale beslutninger forud for valg af betalingsmodel.

Først og fremmest skal der træffes beslutning om, hvorvidt der er behov for at skabe en økonomisk incitamentsstruktur for at skabe bedre effekter i rehabiliteringsforløbene, eller om kommunen ønsker at benytte andre styringsinstrumenter, som fx tilsyn og kontrol af resultater.

Ønskes der skabt en økonomisk incitamentsstruktur, anbefales det at benytte en kombinationsmodel med et fast grundbeløb og vis andel resultatafhængig betaling. Der er mange faktorer, der har betydning for effekten i det enkelte forløb, og resultatet kan derfor ikke tilskrives den private leverandør alene. Ikke mindst i den situation hvor kommunen står for terapeutopgaven. Derudover er der kun meget få data på området, og der kan derfor ikke opstilles prognoser for forventet forbedring på et aggregeret niveau endnu. Derfor bør hele afregningen ikke afhænge af, at der kan måles en effekt.

For at kunne afregne resultatafhængigt skal datagrundlaget være på plads. Det er vigtigt, at indsamle brugbare data med en høj validitet. Der skal således findes en balance mellem, hvornår dataene er godt nok, og hvor mange ressourcer det kræver at indsamle dataene. Dataindsamlingen bør derfor så vidt muligt tænkes ind i de eksisterende arbejdsgange og integreres med de benyttede it-systemer. Hvis der ønskes en tidsdimension i betalingsmodellen, bør de opfølgende målinger ligeledes tænkes ind i eksisterende arbejdsgange.

Der bør også tages stilling til, hvordan de opnåede resultater vurderes. Over tid kan der udarbejdes erfaringsbaserede prognoser, men på nuværende tidspunkt er der ikke etableret et sammenligningsgrundlag på området. Derimod kan resultaterne vurderes relativt mellem leverandørerne, så de leverandører, der skaber de bedste resultater, blive belønnet.

Indsamlingen af data kan have flere formål end blot at understøtte betalingsmodellen. Data om effekter kan fx benyttes til at understøtte en datadrevet refleksionskultur, hvor den samlede rehabiliteringsindsats løbende evalueres på baggrund af data.

BILAG 1

ANSØGNINGSSKEMA

Ansøger	
Kommune	
Navn og titel på projektansvarlig	
Telefonnummer på projektansvarlig	
E-mailadresse til projektansvarlig	
Leverandør A	
Navn og titel på projektansvarlig	
Telefonnummer på projektansvarlig	
E-mailadresse til projektansvarlig	
Leverandør B	
Navn og titel på projektansvarlig	
Telefonnummer på projektansvarlig	
E-mailadresse til projektansvarlig	

*Tilføj evt. flere leverandører efter behov.

Kort beskrivelse af projektet (max. 10 linjer)	
Giv en kort beskrivelse af projektet, herunder de overordnede projektmål?	

Projektorganisationen – giv et kort overblik over projektorganisationen	
Beskriv hvilke aktører, der indgår i projektet og deres rollefordeling	
Beskriv hvordan der vil blive sikret en ledelsesmæssig inddragelse i det daglige, fx i forhold til at sikre klare rammer for det praktiske arbejde og afklaring af opståede udfordringer undervejs	
Beskriv, hvorledes der sikres ledelsesmæssig forankring i øvrigt, herunder evt. styregruppe	

Projektide og tilgang til inddragelse af private leverandører	
<p>Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvad er motivationen for at søge om at deltage i projektet (både kommunalt og privat)? 	
<p>Beskriv jeres overordnede projektidé til hvordan private leverandører kan inddrages i rehabilitering.</p> <p>Beskriv herunder mere specifikt partnerskabets særlige fokusområder (hvilke områder vil I særligt skabe innovation på)?</p> <ul style="list-style-type: none"> Muligheder for at overdrage opgaver fra offentlig til privat part? Samarbejdsmodeller 	

Projektide og tilgang til inddragelse af private leverandører	
<ul style="list-style-type: none"> • Incitament og afregning i forbindelse med samarbejde om rehabilitering? • Sikring af fælles mål for borgerne? • Sikring af sammenhængende borgerforløb? • Sikring af sparring og kommunikation, mv.? • Andet? 	
Målsætninger <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er jeres målsætninger, herunder både individuelle og fælles? • Hvilke gevinster forventer I at opnå for hhv. kommune, leverandør og borgere 	
I hvilket omfang vil innovationspartnerskabet omfatte egentlig afprøvning undervejs i projektperioden, dvs. at den eller de private leverandører mod betaling løser hele eller dele af opgaven med rehabiliteringsforløbet?	
Hvad er efter jeres vurdering projektets potentiale i forhold til markedsudvikling på rehabiliteringsområdet, både i Danmark?	
Hvad er de centrale risici i forbindelse med jeres projekt – og hvordan vil I håndtere dem?	

Tilgang til rehabiliteringen	
Hvordan påtænker I i fællesskab at arbejde med borgerens motivation og ejerskab?	
Hvordan vil de konkrete rehabiliteringsforløb for borgerne blive tilrettelagt (herunder brug af delmål og slutmål, opfølgning, tidsmæssig afgrænsning m.m.).	
Hvordan vil I – når det er påkrævet – sikre inddragelse af tværfaglig ekspertise i forløbene?	
Hvordan forventer I at følge op på borgernes progression – og hvem har I givet fald ansvaret for at tilvejebringe dokumentationen?	

Aktiviteter og tidsplan	
Beskriv centrale aktiviteter, som gennemføres.	
Beskriv herunder helt specifikt jeres planlagte etableringsproces med forventningsafstemning, aftaledannelse, rollefordeling osv.?	
Beskriv sammenhæng mellem aktiviteter og opnåelse af mål/resultater.	

Dokumentation af aktiviteter	
Beskriv kort og præcist, hvordan projektet vil dokumentere de gennemførte aktiviteter og evt. resultater?	

Ansøgningsfristen er den 25. februar 2015 kl. 12.00. Ansøgningen fremsendes pr. mail til jepo@ramboll.com. Efter denne dato kan ansøgninger ikke fremsendes.

BILAG 2 OVERSIGT OVER OPI-LITTERATUREN

Det gennemførte desk-studium omfatter nedenstående tekster:

Titel	kilde	Udgivelsesår
Offentlige-private innovationspartnerskaber (OPI). Evaluering af erfaringer med OPI på velfærdsområdet.	Lena Brogaard og Ole Helby Petersen, Kora	2014
Oversigt over offentlige-private innovationspartnerskaber (OPI) på velfærdsområdet	Lena Brogaard og Ole Helby Petersen, Kora i samarbejde med Roskilde Universitet.	2014
Analyse af hvad der kendetegner OPI-projekter på velfærds- og miljøområdet, der lykkes	Rambøll Management Consulting for Rådet for Offentlig-Privat Samarbejdes sekretariat (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen).	2015
Virksomheders syn på udfordringer og muligheder ved tidlig inddragelse i OPI-samarbejder. Erfaringsopsamling og anbefalinger baseret på to kommunale OPI-samarbejder.	Ann Højbjerg Clarke, Helle Aarøe Nissen, Majbritt Rostgaard Evald, Kristin Balslev Munksgaard, Pia Schou Nielsen, Institut for Entreprenørskab og Relationsledelse, Syddansk Universitet.	2014
Guide til valg af modelaftalerne. Bliv kloge på forskellene mellem modelaftalerne	OPI-Lab og Living Lab Denmark, Udarbejdet af Rønne & Lundgren Advokatfirma i samarbejde med advokatfirmaet Poul Schmith/ Kammeradvokaten.	N/A
Forretningsmodeller: Værktøj til udvikling af forretningspotentiale i offentligt-privat innovationssamarbejde	Ann Højbjerg Clarke, Majbritt Rostgaard Evald, Kristin Balslev Munksgaard & Helle Aarøe Nissen, Center for Entreprenørskab og småinnovations Årsrapport	2012
Offentlig-privat innovation - en ny vej til vækst og bedre velfærd	Guri Weihe, Steven Højlund og Betina Nørgaard, COWI for FTF	2010
Kommunal Nytænkning. En håndbog om hvordan kommuner involverer virksomheder i udvikling af velfærdsydelse	Line Groes (red.), Toke Stub Barter, Charlotte Vittrup og Sara Øllgaard Udgivet af Væksthuset Hovedstadsregionen	2011
Strategic use of public-private cooperation in the Nordic region	Guri Weihe et al. Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem COWI A/S og Anvendt KommunalForskning (AKF) efter opdrag af Erhvervs- og Byggestyrelsen.	2011
Analyse af offentligt-privat samarbejde om innovation	Erhvervs- og Byggestyrelsen	2009
Udbudsfri OPI-projekter	Advokat, partner Søren Hilbert, og advokatfuldmægtig Anne-Kathrine Hansen, Rønne & Lundgren for Udbudsportalen.dk	2012
Drejebog for offentligt-privat samarbejde om udvikling af velfærdsteknologi i Region Syddanmark	Kammeradvokaten – Advokatfirmaet Poul Schmith	2010
Offentlig-privat innovation	Udbudsportalen.dk	N/A

Andre publikationer		
Intelligent offentlig efterspørgsel og innovative offentlige udbud. Erfaringer med offentlig privat innovation af velfærdsydelser i UK, Nederlandene og Finland.	Jørgen Rosted & Anne Dorthe Josiassen, FORA	2014
Offentlig-privat samarbejde. Analyserapport 6.	Produktivitetskommissionen	2014
Innovationsfremmende indkøb, analyse	Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde	2013
Innovationsfremmende indkøb, vejledning	Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde	2013
Offentlig-privat samarbejde i Danmark og Sverige	Udbudsrådet	2012

Metode til litteraturstudium

Desk studiet er baseret på brug af følgende søgemaskiner og hjemmesider for at afdække, hvilken viden der eksisterer om drivkræfter og barrierer for OPI-samarbejder.

Søgemaskine	Beskrivelse af søgningsproces
www.opilab.dk	Vi har gennemlæst en række publikationer og artikler under punktet "Viden om OPI".
www.opigide.dk	Vi har gjort brug af to tilgange: <ul style="list-style-type: none"> • Vi undersøgte hvilke publikationer der var under punktet "Publikationer og OPI-stafetten" • Under punktet "OPI-cases" søgte på siden ved at vælge på forhånd opsatte søgeord. <ul style="list-style-type: none"> • Søgeord: OPI-projektledelse, Opstart, OPI-samarbejde, Udvikling, Klar til Udbud
www.udbudsportalen.dk	<ul style="list-style-type: none"> • Her har vi søgt efter relevant information under punkterne "Ret og regler" samt "Strategi og politik"
https://scholar.google.dk	Vi gjorde brug af følgende søgeord: <ul style="list-style-type: none"> • Public Private Innovation, OPI, OPI! OPI-samarbejd!, Offentlig privat innovation, Public private innovation partnerships

Foruden ovenstående hjemmesider er der gjort brug af snowball-metoden. Således har referencer i læste artikler og på hjemmesider medført andre brugbare kilder, der har været med til at give et mere fyldestgørende billede. Sidst har lektor Ole Helby Petersen givet os yderligere input til relevante publikationer.

BILAG 3 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE BLANDT KOMMUNERNE

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført blandt alle landets kommuner pr. mail, tilsendt ledere af visitations- eller myndighedsafdelingerne for hjemmehjælpen, og – hvor dette ikke har været muligt – til en hovedmail for enheden. Det er Rambølls vurdering, at udsendelsesmetoden har resulteret i, at de ønskede personer har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, da surveyen i overvejende grad er besvaret af en myndighedschef/visitationsleder og i nogle tilfælde af en konsulent/visitator.

72 kommuner har gennemført besvarelsen. De resterende 26 kommuner har enten kun delvist besvaret spørgeskemaet eller valgt ikke at deltage og er derfor udeladt af datarapporten. Der er ingen umiddelbar størrelsesbias eller geografisk tendens i frafald af kommuner.

Distributionsmailen er udsendt 13-10-2015. 1. rykkermail er udsendt 20-10-2015 og 2. rykkermail 27-10-2015. Surveyen er lukket 08-11-2015.

Status for brug af private leverandører

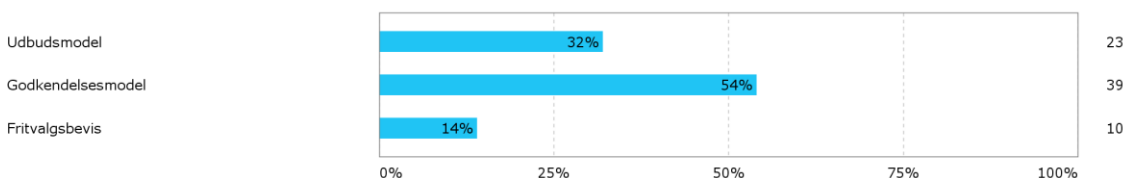
Modeller for frit leverandørvalg

Rambøll har indledningsvis kortlagt kommunernes tilrettelæggelse af det frie leverandørvalg, da dette kan have betydning for brugen af private leverandører til § 83 a-forløb.

Figuren nedenfor viser, at godt halvdelen af respondenterne anvender godkendelsesmodellen, ca. 1/3 har udbudt opgaven, mens resten (14 %) anvender fritvalgsbeviser.

Har I en kontrakt med private leverandører i forbindelse med § 83-forløb eller anvendes der fritvalgsbevis? og

Du har angivet, at I har en kontrakt med private leverandører i forbindelse med § 83-forløb. Hvilken model anvender I?



Kommunernes udmøntning af rehabiliteringsforløb efter § 83 a

Rambøll har spurgt kommunerne, hvor mange § 83 a forløb lovændringen har givet anledning til at gennemføre. Vi har dels spurgt til et gennemsnit for at tage højde for sæsonvariation, dels spurgt til antal specifikke forløb i august måned 2015, hvor loven har været i kraft i otte måneder.

Som figuren nedenfor viser, har de deltagende kommuner som gennemsnit haft 40,5 § 83 a-forløb pr. måned.²¹

²¹ Korrigeres der for, at ni kommuner har svaret, at det fortsat er i opstarten med deres implementering, er gennemsnittet 46,3 forløb pr. måned.

Hvor mange § 83a forløb har I haft i gennemsnit pr. måned?

Angiv dit bedste estimat. Hvis kommunen endnu ikke anvender § 83 a-forløb, bedes du svare "0".



I august måned er gennemsnittet 56,7 forløb pr. kommune. Én kommune har dog angivet et meget højt antal (1.167 forløb). Korrigeres for dette er gennemsnittet 38,5 forløb.²²

Hvor mange § 83 a-forløb er der visiteret i august måned?



Rambøll kan endelig konstatere ud fra besvarelserne (ikke illustreret grafisk), at der gennemsnitligt er en mindre overvægt af "nye" forløb på i alt 57,8 pct. mod 42,2 pct. forløb fra "kendte" borgere blandt § 83 a-forløbene. I denne sammenhæng må 42,2 pct. anses for en betydelig andel. Dette indikerer, at de kommuner, der pt. har § 83 a-forløb, overordnet set er nået langt i implementeringen heraf og har valgt ikke at udnytte muligheden for at vente med re-visitationer til 2016.

Rambøll har videre undersøgt, om der er sammenhæng med kommunernes implementering af det frie leverandørvalg. Som figuren nedenfor viser, er der sammenhæng mellem særligt anvendelsen af fritvalgsbeviser med færre § 83 a-forløb – kommuner med en udbuds- eller godkendelsesmodel har ca. dobbelt så mange forløb. Dette kan delvist forklares på baggrund af kommune-størrelse. Indbyggertallet for de 10 kommuner med fritvalgsbeviser er i gennemsnit (29.622) betydeligt lavere end landsgennemsnittet (57.751). Fx er Læsø, Samsø og Langeland nogle af de kommuner, der anvender fritvalgsbeviser. Der er dog også kommuner med et indbyggertal tæt på landsgennemsnittet.

Hvor mange § 83 a-forløb har I haft i gennemsnit pr. måned?

Angiv dit bedste estimat. Hvis kommunen endnu ikke anvender § 83 a-forløb, bedes du svare "0".

Opdelt på udbudstype.

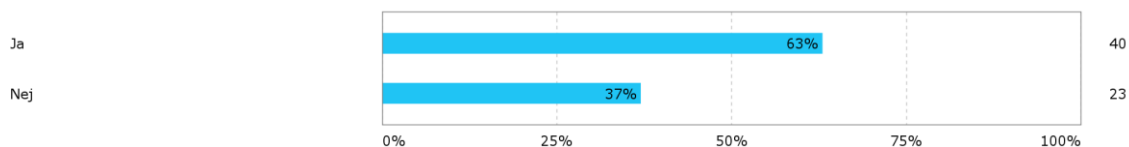


Omfanget af kommunalt samarbejde med private leverandører

Figuren nedenfor viser, at 40 kommuner (63 pct.) arbejder sammen med private leverandører om § 83 a-forløb, mens 23 kommuner (37 pct.) ikke pt. har et sådant samarbejde.

²² Der korrigeres her for, at én kommune har angivet et markant større antal forløb end alle andre kommuner (1.167).

Arbejder I sammen med private leverandører i forbindelse med gennemførelse af § 83 a-forløb?



For de 40 kommuner, der samarbejder med private leverandører, har Rambøll desuden spurgt om, hvor stor en andel af § 83 a-forløbene der udføres af private leverandører. Gennemsnitligt udføres kun 14,7 pct. af forløbene af private leverandører.

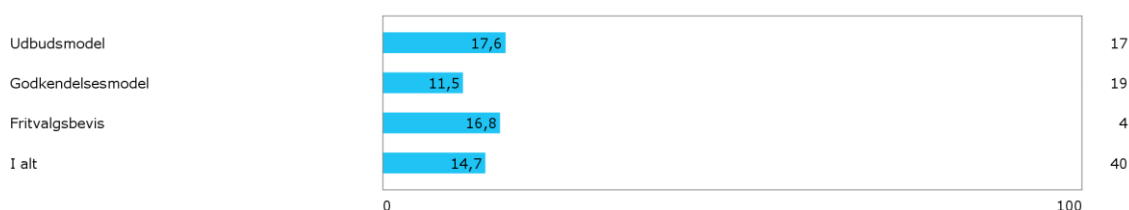
Hvor stor en andel af § 83 a-forløbene udføres af private leverandører? Angiv i pct. dit bedste estimat.



De 14,7 pct. dækker over nedenstående variation, hvor godkendelsesmodellen tilsyneladende korrelerer med en lavere andel forløb udført af private leverandører. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Hvor stor en andel af § 83 a-forløbene udføres af private leverandører? Angiv i pct. dit bedste estimat.

Opdelt på: Udbudstype.

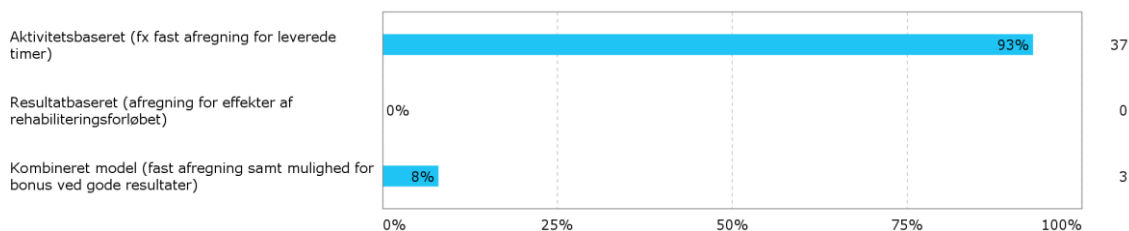


Rambøll har endelig spurgt om, hvilken betalingsmodel der anvendes. Her sondres mellem aktivitetsbaseret, resultatbaseret og en kombineret model, jf. også modelbeskrivelsen senere i hovedrapporten.

Data viser tydeligt, at kommunerne næsten udelukkende anvender en aktivitetsbaseret betalingsmodel. Kun 3 kommuner (8 pct.) anvender en kombineret model; ingen anvender en ren-dyrket resultatbaseret afregningsmodel.

Hvilken betalingsmodel anvendes til at afregne private leverandører for gennemførelse/deltagelse i § 83 a-forløb?

Vælg den type, du mener bedst beskriver jeres betalingsmodel.

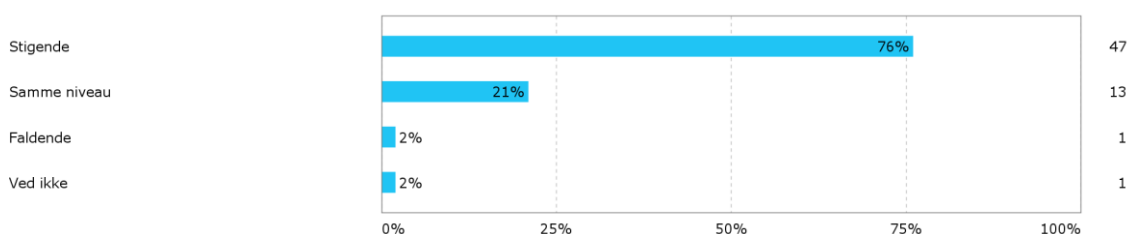


Fremadrettet anvendelse af private leverandører ift. § 83 a

Rambøll har videre spurgt om kommunernes forventninger til den fremadrettede anvendelse af private leverandører.

Som det fremgår, er der en klar forventning om en stigning i omfanget af inddragelse af private, med en mindre andel der vurderer, at omfanget vil forblive uændret.

Hvordan vurderer du den fremadrettede tendens i brugen af § 83 a?

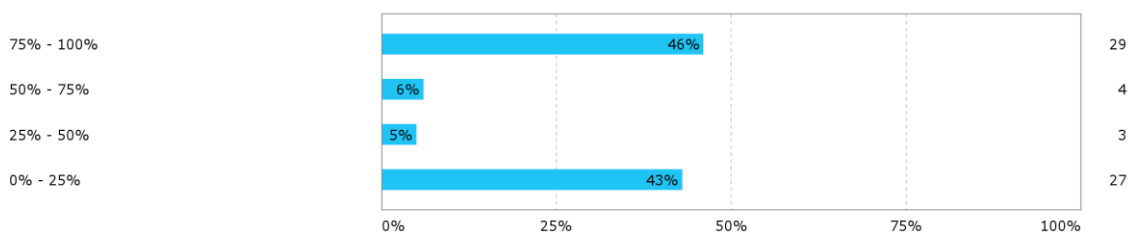


Da det – jf. fx Hjemmehjælpskommissionens arbejde – har været en væsentlig overvejelse, om de private leverandører har kompetencer til at varetage rehabiliteringsopgaven, er kommunerne dernæst blevet bedt om at vurdere dette forhold.

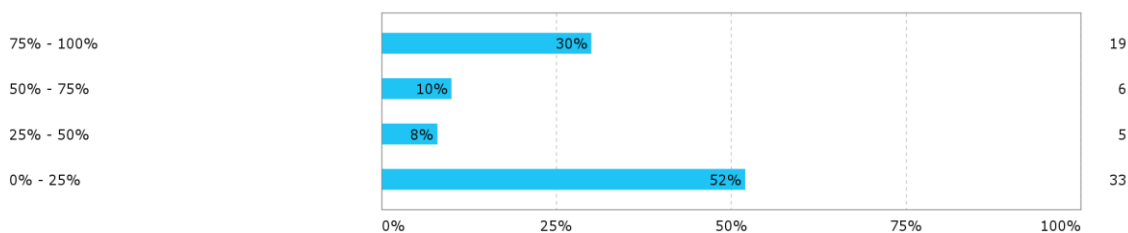
Figurerne nedenfor viser, at 46 pct. af respondenterne vurderer, at 75-100 pct. af de private leverandører har kompetencer til at varetage simple § 83 a-forløb, mens 30 pct. af respondenterne har svaret tilsvarende i forhold til komplekse forløb. Mere end halvdelen af kommunerne (52 pct.) vurderer, at det kun er op til en fjerdedel (0-25 pct.) af leverandørerne, der kan varetage komplekse § 83 a-forløb.

Spørgeskemaundersøgelsen giver ikke yderligere viden om, hvad kommunerne konkret baserer deres vurdering på. Det er dog værd at hæfte sig ved den relativt polariserede besvarelse i forhold til både simple og komplekse forløb.

Hvor stor en andel af de private leverandører af hjemmehjælp har kompetencer til at gennemføre simple § 83 a-forløb (borgere med godt rehabiliteringspotentiale)?



Hvor stor en andel af de private leverandører af hjemmehjælp har kompetencer til at gennemføre komplekse § 83 a-forløb (borgere med komplicerede fysiske eller psykiske problemer)?

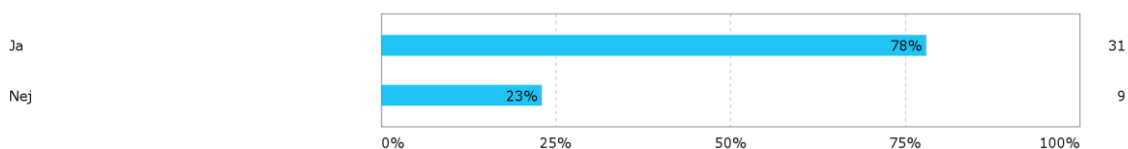


Alt andet lige peger dette i retning af, at kommunerne fremadrettet vil være mest tilbøjelige til at inddrage private leverandører i simple forløb. Omvendt er der også en væsentlig andel, som vurderer, at en stor del af de private leverandører vil kunne varetage mere komplekse forløb. Det

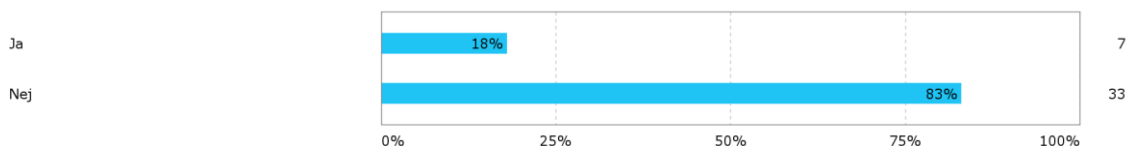
kan indikere, at der i takt med etablering af en positiv erfaringsmasse vil være mulighed for at skabe større tillid til de private leverandørers kompetencer på dette felt.

Respondenterne er videre blevet bedt om at besvare, hvilke dele af rehabiliteringsforløbene efter § 83 a de private leverandører varetager i dag. Blandt de 40 kommuner, som i dag inddrager private leverandører, jf. ovenfor, står den private leverandør for hjemmetrænere i 78 pct. af kommunerne, men kun i 18 pct. af tilfældene for terapeuterne. Kun én kommune svarer, at den private leverandør har tilknyttet sygeplejefaglighed. Besvarelserne understøtter billedet ovenfor i forhold til simple vs. komplekse forløb.

Står den private leverandør for hjemmetrænere i § 83 a-forløb (fx SOSU-assistenten der står for træning af borgere)?



Står den private leverandør for terapeuter i § 83 a-forløb (fx ergoterapeut eller fysioterapeut der står for udformning af træningsplan)?



Rambøll har afslutningsvis bedt de kommuner, som i dag ikke har et samarbejde med private leverandører om § 83 a-forløb, hvorvidt de planlægger et sådant samarbejde fremadrettet. 8 kommuner (35 pct.) planlægger et fremtidigt samarbejde, 10 (43 pct.) har ingen planer om samarbejde og 5 kommuner (22 pct.) har svaret *ved ikke*. En enkelt af *ved ikke*-kommunerne bemærker private leverandørers manglende opkvalificering af medarbejdere som årsag.

Planlægger I at arbejde sammen med private leverandører om rehabilitering efter § 83 a?

