

Til
Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
December 2019

KORTLÆGNING AF SAMAR- BEJDE MED PRIVATE LEVE- RANDØRER

OM REHABILITERING EFTER SERVICELOVENS § 83 A



Projekt navn **Indledende analyse af samarbejde med private leverandører om § 83 a**
Modtager **Sundhedsstyrelsen**
Dokumenttype **Rapport**
Dato **December 2019**
Udarbejdet af **Rambøll Management Consulting**

Rambøll
Olof Palmes Allé 20
DK-8200 Aarhus N

T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
<https://dk.ramboll.com>

INDHOLD

1. Indledning	2
1.1 Kort om metoden for analysen	2
1.2 Læsevejledning	3
2. Resumé og hovedbudskaber	4
3. Udbredelse af samarbejde med private leverandører om § 83 a	5
4. Tværgående perspektiver på samarbejdet	9
4.1 Kommunens perspektiv på samarbejdet	9
4.2 Borgernes perspektiv på ordningen	10
4.3 De private leverandørers perspektiv	11
5. Centrale elementer i samarbejdet om § 83 a	13
5.1 Samarbejdsmodeller	13
5.2 Opfølgning	16
5.3 Kompetencer	18
5.4 Betalingsmodeller	20

1. INDLEDNING

Der har gennem en årrække været et stort fokus på rehabilitering på ældreområdet. Folketinget vedtog ultimo 2014 en ændring af serviceloven. Ændringen betød, at kommunerne pr. 1. januar 2015 skulle 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. Det kan dog være en god ide, at kommunerne ved tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene har 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.

Der er afsat 25 mio. kr. årligt fra 2018-2021 på finansloven til to forsøgsprojekter som skal være med til at styrke borgernes frie valg. Det ene projekt skal medvirke til at styrke samarbejdet med private leverandører om § 83 a. Det andet projekt omhandler madservice og skal medvirke til at styrke brugen af fritvalgsbeviser.

Der er på nuværende tidspunkt begrænset viden om, hvordan kommunerne samarbejder med private leverandører om § 83 a. Derfor har Sundhedsstyrelsen bedt Rambøll Management Consulting om at gennemføre en indledende analyse, for at lære af kommunernes erfaringer og give inspiration til, hvilke forhold der skal overvejes fremadrettet. Analysen bidrager med opgørelser over udbredelsen af samarbejdet med private leverandører om § 83 a i kommunerne, giver viden om måder at tilrettelægge samarbejdet på samt inddrager borgernes, kommunernes og de private leverandørers perspektiver og overvejelser i forhold til udfordringer og muligheder i samarbejdet.

Rapporten er således relevant både for kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a på nuværende tidspunkt, og kommuner, der endnu ikke samarbejder med private leverandører, men overvejer at etablere et samarbejde på sigt.

1.1 Kort om metoden for analysen

For at sikre en systematisk analyse af samarbejdet med private leverandører om rehabilitering efter § 83 a bygger analysen på en landsdækkende kortlægning kombineret med dybdegående casestudier i 10 særligt udvalgte kommuner, som samarbejder med private leverandører om § 83 a. Konkret er analysen baseret på følgende datakilder:

Spørgeskema til kommuner: Der er gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt visitations- og myndighedsafdelinger for hjemmehjælp i kommunerne for at undersøge erfaringer med frit valg i forhold til §§ 83 og 83 a. Alle kommuner har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en totalafdækning af samarbejdet med private leverandører i forhold til servicelovens § 83 a.

Casebesøg i 10 kommuner: Der er gennemført dybdegående kvalitative casestudier i 10 kommuner, som samarbejder med private leverandører om rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Kommunerne er udvalgt af Sundhedsstyrelsen og Rambøll ud fra besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen. Kommunerne er blevet udvalgt ud fra følgende kriterier:

- Kommuner der har et samarbejde med en eller flere private leverandører om rehabiliteringsforløb efter § 83 a

- Geografisk spredning
- Forskellige samarbejdsmodeller (privat leverandør står for hele eller dele af rehabiliteringsforløbet)
- Antallet af private leverandører
- Kommuner som benytter resultatbaserede betalingsmodeller

Det er vigtigt at bemærke, at den kvalitative del af analysen i denne rapport kun indeholder input fra kommuner, som samarbejder med private leverandører om § 83 a. Dermed kan analyserne udelukkende sige noget om kommuner, der samarbejder med private leverandører.

De 10 casebesøg har haft fokus på praksis og organisering af samarbejdet med private leverandører i forhold til § 83 a samt borgernes oplevelser af samarbejdet. Der er foretaget semistrukturerede interviews med følgende:

- 16 ledere (myndigheds- eller visitationsledere)
- 16 medarbejdere i visitationen
- 17 borgere, der har valgt en privat leverandør
- 13 repræsentanter fra 11 private leverandører.

Dokumentanalyse: Inden casebesøget i de udvalgte kommuner er dokumenter i relation til samarbejdet med private leverandører om § 83 a indsamlet og anvendt som forberedelse til casebesøget og i den efterfølgende analyse.

Gennemgang af hjemmesider: Der er foretaget en gennemgang af samtlige 98 kommuners hjemmesider, for at indhente viden om antal og hvilke private leverandører kommunerne samarbejder med i forhold til servicelovens § 83, samt hvilke områder de private leverandører leverer ydelser på i forbindelse med § 83. Private leverandører der tilbyder § 83 a fremgår kun af enkelte kommuners hjemmesider, hvormed det ikke har været muligt at kortlægge disse systematisk.

1.2 Læsevejledning

Analysen er bygget op på følgende måde:

2. kapitel indeholder resumé og hovedkonklusioner.

3. kapitel giver overblik over brugen af frit valg i forhold til rehabilitering efter SEL § 83 a. Kapitlet bygger på data fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.

4. kapitel ser på tværgående perspektiver for kommuner, borgere og private leverandører. Kapitlet bygger på input fra de 10 casekommuner.

5. kapitel opstiller og gennemgår fire centrale elementer i samarbejdet om frit valg efter § 83 a: 1) samarbejdsmodel, 2) opfølgning, 3) kompetencer og 4) betalingsmodel. Kapitlet bygger på input fra de 10 casekommuner og dokumentanalysen.

I bilag 1 er det muligt at læse en kort beskrivelse af de 10 casekommuners organisering af samarbejdet med de private leverandører, mens bilag 2 præsenterer tabeller fra spørgeskemaundersøgelsen. Bilag 3 samler resultaterne fra en gennemgang af kommunernes hjemmesider.

I bilag 2 er der et særskilt afsnit omhandlende SEL § 83. I afsnittet kortlægges leverandørmarkedet i kommunerne. Kapitlet bygger på data fra en gennemgang af kommunernes hjemmesider.

2. RESUMÉ OG HOVEDBUDSKABER

56 kommuner samarbejder med private leverandører om rehabiliteringsforløb efter § 83 a. De kommuner, der samarbejder med private leverandører, samarbejder med mellem en til syv private leverandører. Lidt under halvdelen af de 56 kommuner har samarbejdet med private leverandører siden indførelsen af § 83 a i 2015, mens de resterende har etableret samarbejdet efterfølgende.

Samarbejde med private leverandører om § 83 a styrker borgernes frie valg. I casekommuner opleves samarbejdet med de private leverandører generelt godt. Derudover fremhæver størstedelen af casekommunerne, at samarbejdet er med til at styrke borgernes frie valg, da det giver dem mulighed for at vælge den leverandør, de ønsker. Samtidig kan samarbejdet med de private leverandører sikre kontinuitet og sammenhæng i borgernes forløb, især hvis de samtidig modtager andre ydelser ved en privat leverandør. Hertil peger flere af de interviewede borgerne på, at det fremmer deres selvbestemmelse og dermed deres autonomi, at de selv kan vælge leverandør.

Private leverandører er motiverede for at samarbejde om rehabilitering. De private leverandører i casekommunerne peger på, at samarbejdet om § 83 a er en motivationsfaktor for deres medarbejdere, som får nye faglige udfordringer. Samtidig giver det de private leverandører mulighed for at udvide eksisterende samarbejder med nye forretningsmuligheder. Det kan dog være en udfordring for de private leverandører at leve op til kommunale krav og opbygge erfaringer, hvis de kun inddrages i få rehabiliteringsforløb. Hvis borgergrundlaget er lille, kan det være svært økonomisk at prioritere investeringer i fx kompetenceudvikling af medarbejderne eller ansættelse af fx terapeuter eller sygeplejersker.

De private leverandører indgår ofte i et tæt samarbejde med kommunen om § 83 a. I 71 pct. af de kommuner, som samarbejder med private leverandører om § 83 a, varetager de private leverandører dele af rehabiliteringsforløbet i samarbejde med fx en kommunal terapeut. Her kan det eksempelvis være en kommunal terapeut som opstarter, sætter mål og afslutter borgernes forløb, mens den private leverandør er udførende.

Tværfaglige møder fremmer samarbejdet om § 83 a. Både ledere og medarbejdere fra kommunerne og de private leverandører i casekommunerne fremhæver tværfaglige møder som en styrke i forhold til at koordinere borgernes forløb og som et rum for faglig sparring. De tværfaglige møder benyttes især i casekommuner, hvor de private leverandører varetager dele af § 83 a-forløbene i samarbejde med eksempelvis en kommunal terapeut.

Hovedparten af kommunerne anvender en aktivitetsbaseret betalingsmodel. Der er generelt tilfredshed med denne betalingsmodel blandt både myndighedschefer og private leverandører i casekommunerne. Den aktivitetsbaserede betalingsmodel understøtter en ensartet betaling af både kommunale og private leverandører. Når den aktivitetsbaserede betalingsmodel anvendes, foretrækker de fleste private leverandører at blive afregnet efter leveret tid frem for visiteret tid.

12 kommuner planlægger at øge samarbejdet med private leverandører. Blandt de kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a, planlægger 12 kommuner ud af i alt 56 at øge samarbejdet. Det er især i forhold til personlig hjælp og pleje samt rengøring, at kommunerne planlægger at øge samarbejdet med de private leverandører. Blandt de kommuner, som ikke samarbejder med private leverandører om § 83 a, er der fem kommuner ud af i alt 42 kommuner, som planlægger at samarbejde på sigt.

3. UDBREDELSE AF SAMARBEJDE MED PRIVATE LEVERANDØRER OM § 83 A

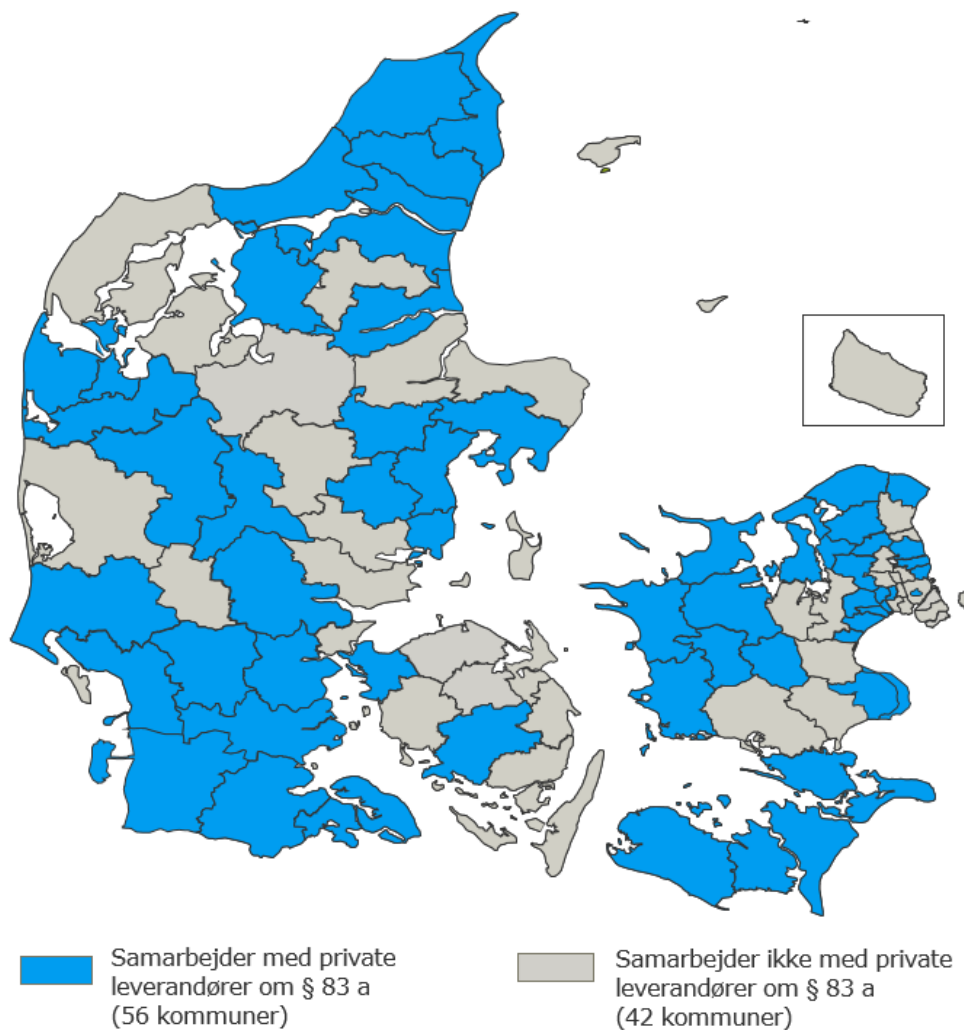
I dette kapitel gennemgår vi resultaterne af den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som er sendt ud til ældrechefer i landets 98 kommuner, som alle har besvaret. I spørgeskemaet har kommunerne besvaret spørgsmål omhandlende § 83 a inden for følgende temaer:

- Områder med frit valg inden for § 83 a
- Kommunernes samarbejdsmodeller
- Kommunernes betalingsmodeller
- Kommunernes planer om øget samarbejde.

I dette kapitel præsenteres resultaterne for hvert af de ovenstående temaer. I bilag 2 fremgår alle svarfordelinger fra spørgeskemaundersøgelsen i en tabelrapport.

I Danmark samarbejder 56 ud af 98 kommuner (57 pct.) med private leverandører om rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. Figur 1 viser, hvilke kommuner der samarbejder med private leverandører om § 83 a, samt hvilke kommuner der ikke gør.

Figur 1: Kommuner som samarbejder med private leverandører om § 83 a



De 56 kommuner, som samarbejder med private leverandører om § 83 a, samarbejder med mellem én og syv private leverandører. Næsten halvdelen af kommunerne (46 pct.) samarbejder med én privat leverandør, og tre af kommunerne (5 pct.) samarbejder med syv private leverandører. De tre kommuner, der samarbejder med syv private leverandører, er Aalborg Kommune, Gentofte Kommune og Kalundborg Kommune.

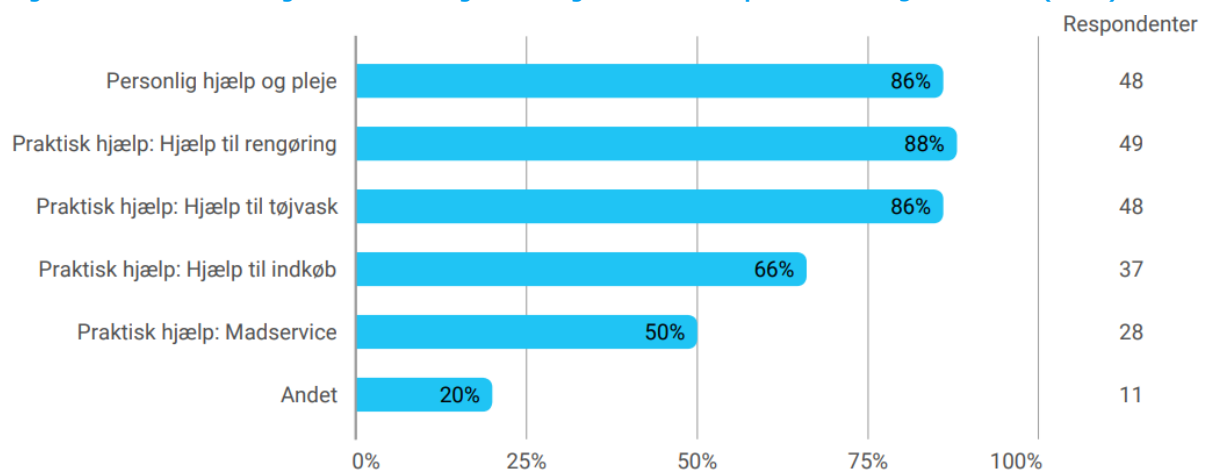
Det varierer mellem kommunerne, hvor længe de har samarbejdet med private leverandører om § 83 a. Blandt de 56 kommuner har 23 kommuner (41 pct.) samarbejdet med private leverandører siden § 83 a blev indført i 2015. De resterende 33 kommuner (59 pct.) har samarbejdet med private leverandører om § 83 a i mindre end fire år. De kommuner, der har samarbejdet med private leverandører om § 83 a i kortest tid, har samarbejdet med de private leverandører i ét år. Blandt disse kan bl.a. nævnes Allerød Kommune, Frederikssund Kommune og Ringsted Kommune.

Blandt de 42 kommuner, som ikke samarbejder med private leverandører om § 83 a, har tre kommuner (7 pct.) tidligere samarbejdet med private leverandører om § 83 a. Disse tre kommuner er Assens Kommune, Billund Kommune og Tårnby Kommune. De resterende 39 kommuner (93 pct.) har ikke tidligere samarbejdet med private leverandører om § 83 a. Af de 42 kommuner, som ikke samarbejder med private leverandører, angiver fem kommuner (12 pct.), at de planlægger at arbejde sammen med private leverandører om § 83 a på sigt, mens 14 kommuner (33 pct.) angiver, at de ikke planlægger et samarbejde på sigt, og 23 kommuner (55 pct.) svarer måske.

Områder med frit valg inden for § 83 a

Blandt de 56 kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a, varierer det, hvilke områder borgerne har frit valg til at vælge leverandør på. Figur 2 viser, hvilke områder borgerne har frit valg til at vælge leverandører på i forhold til § 83 a-forløb.

Figur 2: Områder som borgerne har frit valg til at vælge leverandører på i forhold til § 83 a-forløb (n=56)



Samlet set er det primært personlig hjælp og pleje, hjælp til rengøring samt hjælp til tøjvask, som borgerne har frit valg til at vælge leverandører på i forhold til § 83 a-forløb. I 88 pct. af kommunerne har borgerne frit valg til at vælge leverandører til rengøring, og i 86 pct. af kommunerne har borgerne frit valg til at vælge leverandører til henholdsvis personlig hjælp og pleje samt tøjvask. Derudover har borgerne i 66 pct. af kommunerne frit valg til at vælge leverandører til rehabilitering ift. indkøb, og i halvdelen af kommunerne har de frit valg til at vælge leverandører til rehabilitering ift. madservice. Blandt kommunerne har 20 pct. svaret 'andet'. Flere af disse kommuner angiver som forklaring hertil, at det kun er borgere, som i forvejen er tilknyttet en privat leverandør, der har mulighed for at fortsætte et § 83 a-forløb ved samme leverandør. De beskriver, at

nye borgere, som får behov for et § 83 a-forløb, dermed ikke har mulighed for frit valg af leverandør.

Kommunernes samarbejdsmodeller

Kommunerne har forskellige samarbejdsmodeller med de private leverandører. I spørgeskemaet har kommunerne angivet, hvilken samarbejdsmodel der minder mest om deres:

- Den private leverandør kan varetage hele § 83 a-forløbet
- Den private leverandør kan varetage dele af § 83 a-forløbet.

Hele forløb indebærer, at den private leverandør står for opstart, målsætning, gennemførelse og afslutning af forløbet. Dele af forløb indebærer, at den private leverandør samarbejder med kommunen om dele af forløbet. Det kan eksempelvis være, hvis den private leverandør samarbejder med en kommunal terapeut i opstarten og afslutningen. Det fremgår af tabel 1, hvilke samarbejdsmodeller kommunerne angiver minder mest om deres.

Tabel 1: Kommunernes samarbejdsmodeller med private leverandører (n=56)

Hele § 83 a-forløbet	Dele af § 83 a-forløbet	Anden model
11 (20 pct.)	40 (71 pct.)	5 (9 pct.)

Blandt de 56 kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a, angiver størstedelen af kommunerne, at de private leverandører kan varetage dele af § 83 a-forløbet. Samlet set angiver 40 kommuner (71 pct.), at de private leverandører kan varetage dele af § 83 a-forløbet, mens 11 kommuner (20 pct.) angiver, at de private leverandører kan varetage hele forløbet.

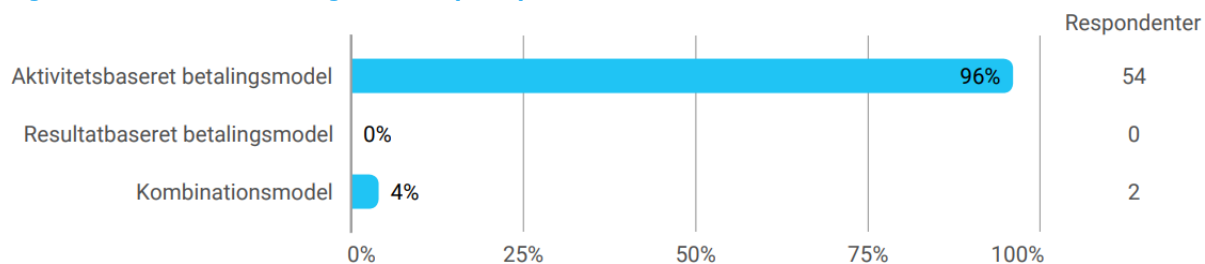
Ud af de 56 kommuner har fem kommuner (9 pct.) svaret 'anden model' til spørgsmålet om, hvilken samarbejdsmodel der minder mest om deres. Disse kommuner beskriver, at de private leverandørers involvering afhænger af andre forhold end dem der er angivet i spørgsmålet.

Kommunernes betalingsmodeller

I spørgeskemaet har kommunerne angivet, hvilken af disse betalingsmodeller, der minder mest om deres:

- Aktivitetsbaseret betalingsmodel
- Resultatbaseret betalingsmodel
- Kombinationsmodel.

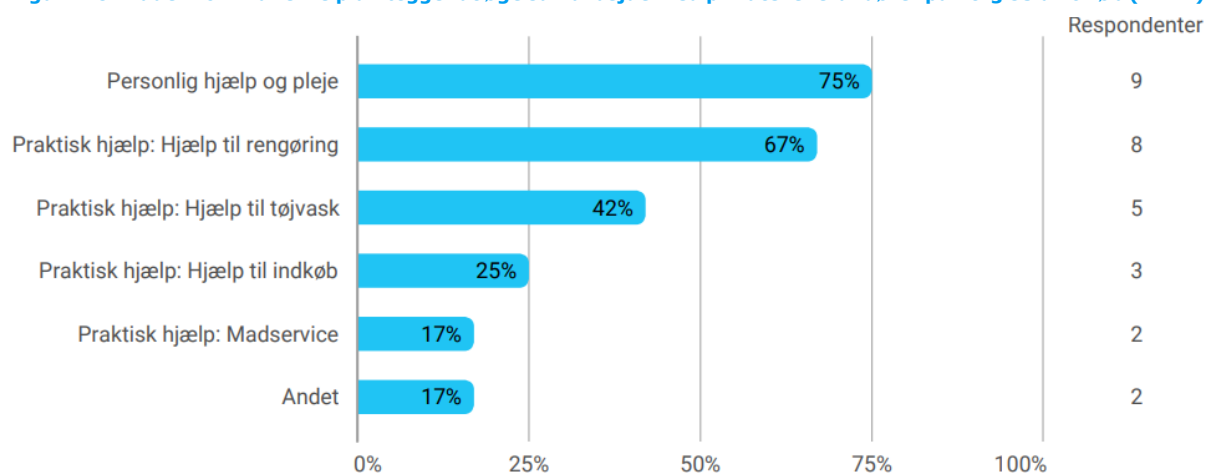
I den aktivitetsbaserede betalingsmodel afregnes den private leverandør for den leverede aktivitet i form af eksempelvis minutter, timer eller pr. forløb. I den resultatbaserede betalingsmodel afregnes den private leverandør for resultaterne i forløbene. I kombinationsmodellen afregnes den private leverandør for den leverede aktivitet, og derudover har den private leverandør mulighed for at få ekstra betaling, hvis der opnås gode resultater. Det fremgår af figur 3, hvilke betalingsmodeller kommunerne angiver minder mest om deres.

Figur 3: Kommunernes betalingsmodeller (n=56)

Hele 96 pct. af kommunerne angiver, at den aktivitetsbaserede betalingsmodel minder mest om den betalingsmodel, de benytter til afregning af private leverandører. Ingen af kommunerne angiver, at den resultatbaserede model minder mest om den betalingsmodel, de benytter. Høje-Taastrup Kommune¹ og Kolding Kommune angiver, at kombinationsmodellen minder mest om den betalingsmodel, de benytter til afregning af private leverandører. I afsnit 5.4 udfoldes betalingsmodellerne og casekommunernes erfaringer hermed.

Kommunernes planer om øget samarbejde

Blandt de 56 kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a, angiver 12 af kommunerne (21 pct.), at de planlægger at øge samarbejdet med de private leverandører om § 83 a på sigt. Blandt de 12 kommuner varierer det, hvilke områder de ønsker at øge samarbejdet på. Figur 4 viser de områder, som kommunerne angiver, at de planlægger at øge samarbejdet med private leverandører på i forhold til § 83 a.

Figur 4: Områder kommunerne planlægger at øge samarbejde med private leverandører på ift. § 83 a-forløb (n=12)

Størstedelen af kommunerne angiver, at de planlægger at øge samarbejdet med private leverandører på områderne personlig hjælp og pleje samt rengøring. To kommuner (17 pct.) svarer, at de planlægger at øge samarbejdet med private leverandører i forhold til 'andet'. Den ene af disse kommuner angiver, at kommunen planlægger at øge samarbejdet generelt i forhold til udviklings tiltag og den anden kommune angiver, at kommunen planlægger at øge samarbejdet i forhold til delegeret SEL § 86.

¹ Høje-Taastrup Kommune har efter besvarelsen af spørgeskemaet gennemgået en omorganisering, hvor de ikke længere inddrager private leverandører i § 83 a-forløb. Kommunen anvender derfor ikke længere denne betalingsmodel.

4. TVÆRGÅENDE PERSPEKTIVER PÅ SAMARBEJDET

I dette kapitel ser vi nærmere på kommunernes, borgernes og private leverandørers perspektiver på samarbejdet om rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Kapitlet bygger på data fra de kvalitative casestudier i 10 kommuner, som samarbejder med private leverandører, hvor både kommunale og private repræsentanter er interviewet. Derudover er der talt med udvalgte borgere, som har tilvalgt en privat leverandør, for at indsamle viden om deres bevæggrunde for dette valg og erfaringer med en privat leverandør. Det skal derfor bemærkes, at disse borgere sandsynligvis er mere positivt indstillet overfor private leverandører end borgere, der ikke har valgt en privat leverandør. Samtidig har nogle af borgerne kun erfaringer med private leverandører og har dermed ikke et validt sammenligningsgrundlag.

4.1 Kommunens perspektiv på samarbejdet

Positivt samarbejde i flere kommuner

Samarbejdet med private leverandører om rehabilitering betragtes som positivt i størstedelen af casekommunerne. Det skyldes, at samarbejdet fremmer borgerens mulighed for det frie valg og bidrager til, at den kommunale hjemmepleje og de private leverandører kan lære af hinanden. Flere kommunale ledere oplever, at det skaber et godt samarbejds-klima, når der er et begrænset antal private leverandører i kommunen. De oplever, at det med færre private leverandører i højere grad er muligt at skabe gode relationer mellem samarbejdspartnerne og at sikre kontinuitet i, hvad de forskellige private leverandører udbyder. Derudover fremhæver de, at der er færre administrationsomkostninger. Et begrænset antal private leverandører er mest hyppigt i de kommuner, der anvender udbudsmodellen.

En kommunal leder fortæller

Det [udbudsmodellen] gør, at man kan koncentrere sig om få leverandører. Det giver kontinuitet og en bedre relation, og alle kan få det samme niveau.

Det frie valg

Næsten alle casekommuner bakker op om, at der skal være frit valg, og at det er naturligt, at dette også gør sig gældende på rehabiliteringsområdet i forhold til § 83 a. Flere kommuner fremhæver, at de private leverandører reelt giver borgerne flere forskellige muligheder, fordi de kan tilbyde et andet produkt end kommunen, eksempelvis i form af tilkøb af ekstra ydelser eller større kontinuitet i medarbejderne. De påpeger, at de private leverandører generelt yder god service, fordi borgerne i højere grad er kunder i butikken. Dermed betragter størstedelen af casekommunerne samarbejdet som en udvidelse af borgerens frie valg. Andre kommuner påpeger, at borgeren får det samme, uanset om der er tale om en privat eller kommunal leverandør af rehabilitering.

Kontinuitet i borgers hjælp

De fleste casekommuner fremhæver, at frit valg på §83 a er med til at sikre kontinuitet i borgerens hjem. Flere kommunale ledere beskriver, at kommunen prioriterer inddragelse af private leverandører i § 83 a-forløb af hensyn til, at borgeren skal opleve et sammenhængende forløb. Ræsonnementet er, at hvis borgeren allerede har en privat leverandør til andre ydelser, er det kun rimeligt, at borgeren kan beholde denne leverandør til et § 83 a-forløb. Det giver især god mening, at det er samme leverandør, hvis borgeren allerede modtager hjælp i henhold til §

En kommunal leder fortæller

Tanken er, at vi skal have så få som muligt i borgernes hjem, og der skal være frit valg.

83. Ifølge flere af kommunerne kan kontinuiteten også lette driften og omkostningerne for kommunen.

Variation i forhold til ligestilling af kommunal og privat leverandør

Blandt casekommunerne er der forskellige tilgange til, hvorvidt samarbejdet skal indeholde en ligestilling af den kommunale hjemmepleje og de private leverandører, eller om de private leverandører skal betragtes som deres egen virksomhed. Ligestilling af den kommunale hjemmepleje og private leverandører foretages for eksempel ved at sikre samme muligheder for kurser og kompetenceudvikling. Andre kommuner foretrækker en skarpere skelnen mellem kommunen og de private leverandører, hvilket indebærer, at de private leverandører eksempelvis selv er ansvarlige for at sikre kompetencerne blandt medarbejderne. I disse tilfælde forventer kommunen, at de private leverandører selv er med til at udvikle deres medarbejders kompetencer inden for rehabilitering, og at de er mere opsøgende i forhold til at arbejde rehabiliterende.

En myndighedschef fortæller

Vi har meget haft det sådan, at alt det kommunen kan – det kan de private også. Der er ikke noget, de ikke får mulighed for.

Skepsis over for incitamentsstruktur

Et omstridt spørgsmål når man taler rehabilitering er generelt, hvorvidt private leverandører har incitament til at arbejde rehabiliterende, hvilket enkelte casekommuner også fremhæver. For flere casekommuner gør denne tankegang sig dog ikke gældende, og de fremhæver, at der ikke er forskel blandt kommunale og private leverandører på, hvor mange borgere der fortsat modtager andre ydelser efter et § 83 a-forløb. I flere kommuner, hvor de private leverandører løser dele af rehabiliteringsforløbet fremhæves det også at det tætte samarbejde sikrer, at der er løbende opfølgning med forløbet, hvormed de ikke oplever nogle incitamentsproblemer. I nogle kommuner er der imidlertid stadig en skepsis over for de private leverandørers incitament til at gøre borgerne selvhjulpne. De fremhæver, at de private leverandører kan have sværere ved at bede borgerne om at gøre tingene selv, fordi de er mere afhængige af tilfredse kunder. Der kan dermed opstå et dilemma for kommunerne i forhold til at understøtte det frie valg på netop rehabiliteringsområdet, hvis de private leverandørers incitament betvivles. En skeptisk leder fremhæver dog, at udfordringen med de private leverandørers incitament kan imødegås med en solid opfølgingsmodel, der samler op på forløbenes effekt, da en sådan vil kunne benyttes til at sammenligne leverandører. De private leverandører er opmærksomme på, at nogle kommuner kan betvivle deres incitament til at rehabiliterer, hvilket er udfoldet i afsnit 4.3 om de private leverandørers perspektiv.

En visitator fortæller

De (private leverandører) yder nogle gange en lille smule mere omsorg end selvhjælp. De har lidt mere hjerte. Det her med at få afhændet opgaver, det er der ikke incitament for i et privat firma.

4.2 Borgernes perspektiv på ordningen

Oplevelse af et godt samarbejde

Generelt er de adspurgte borgere, der har været i et § 83 a-forløb hos en privat leverandør, glade og tilfredse med forløbet og med at have fået mulighed for frit valg af leverandør. Borgerne fortæller, at der har været et godt samarbejde mellem medarbejderne fra kommunen og fra leverandøren i koordineringen af forløbet.

Bevæggrunde for valg af privat leverandør

En række elementer er gennemgående i borgernes forklaring på, hvorfor de valgte en privat leverandør: Forventninger om mere fleksibilitet i forhold til hvornår på dagen medarbejderne kommer, mulighed for tilkøb af ydelser og forventninger om, at det er de samme medarbejdere, der kommer i hjemmet.

En borger fortæller

Det bedste ved den private leverandør er, at det er de samme, der kommer i hjemmet.

Andre borgere forklarer valget med, at det var deres pårørende, der valgte det for dem, eller at de i forvejen modtog praktisk hjælp eller personlig pleje fra en privat leverandør. Der er ligeledes borgere, som tidligere har været utilfredse med den hjælp, de har modtaget fra kommunen, og derfor valgte at skifte til en privat leverandør. En enkelt borger påpeger, at hun var forbeholden over for at vælge en privat leverandør af frygt for, hvis leverandøren skulle gå konkurs. Andre tilføjer, at forvirringen ved at skulle foretage et valg blev mindsket af visheden om, at man altid kunne vælge om igen.

Selvbestemmelse og respekt

Flere af de adspurgte borgere fremhæver, at rehabiliteringsforløbets formål giver mening for dem, fordi de gerne vil kunne klare tingene selv. Generelt udtrykker flere glæde ved selve rehabiliteringsforløbet, der har gjort dem mere selvhjulpne. Om betydningen af det frie valg forklarer de fleste borgere, at det giver dem en oplevelse af stor selvbestemmelse. En borger forklarer, at når man skal have hjælp, mister man respekt – men i kraft af at kunne vælge selv bevarer man sin selvstændighed og værdighed. Denne pointe understøttes af flere interviewede borgere, hvormed indflydelse på leverandørvalg betragtes som vigtigt for de interviewede borgeres autonomi.

En borger fortæller

Det er så indlysende, at det må være et mål, at jeg selv må komme ud af min seng.

4.3 De private leverandørers perspektiv

Et tæt samarbejde: Vigtigheden af relationer mellem kommune og privat leverandør

De private leverandører i casekommunerne er overordnet meget tilfredse med at indgå i samarbejdet om § 83 a. De oplever det som meningsfuldt, at de også varetager rehabiliteringsopgaver – både ud fra borgernes og deres eget synspunkt. Flere private leverandører fremhæver, at en vigtig kilde til et godt samarbejde er regelmæssige møder. Det omfatter møder mellem kommunale og private medarbejdere om de enkelte forløb såvel som møder mellem kommunens og de private leverandørers ledelse. Flere private leverandører peger på, at det er vigtigt at have gode relationer til kommunen og samtidig have viljen til at indgå i rehabiliteringsforløb. En privat leverandør påpeger, at hvis man er opsøgende og opmærksom på borgernes rehabiliteringspotentiale, så afføder det også mange § 83 a-opgaver. Generelt ser de private leverandører det som en klar fordel, at kommunen har tiltro til, at de kan arbejde rehabiliterende, og de finder det mest interessant at arbejde med kommuner, hvor mange rehabiliteringsforløb lægges ud til de private leverandører.

En anden måde at arbejde på

De private leverandører peger på flere fordele ved, at de inddrages i rehabiliteringsforløb. Først og fremmest sikrer det stabilitet i borgernes ydelser, og der er færre personer, der skal have sin gang i borgerens hjem. Når borgeren i forvejen får praktisk hjælp eller personlig pleje af en leverandør, påpeges det, at det også er dem, der kender borgeren bedst. Flere leverandører fremhæver, at det, der adskiller dem fra kommunen, er, at de kan tilbyde borgeren lidt mere, eksempelvis tilkøb af ydelser eller kontinuitet i medarbejderne. Derudover peger nogle private leverandører på, at man arbejder hos en privat leverandør, fordi man gerne vil kunne arbejde på en anden måde end i kommunen.

En leverandør fortæller

Vi er her jo ikke, fordi vi bare skal tjene penge på det. Vi vil bare gerne gøre det på en anden måde.

Rehabilitering motiverer medarbejderne

Mange leverandører forklarer, at rehabilitering er interessant for dem og deres medarbejdere, fordi det understøtter medarbejdernes faglige udvikling. Rehabiliteringsopgaver opleves som fagligt spændende og som et motiverende supplement til opgaver inden for praktisk hjælp og personlig pleje. Derudover understøtter det en stabil forretning, fordi leverandørerne kan beholde allerede eksisterende borgere, i stedet for at borgerne overgår til kommunen i forbindelse med et § 83 a-forløb.

En leverandør fortæller

Vi har jo en faglig stolthed, og vi er ikke interesserede i at være useriøse.

Leverandørerne understreger, at deres medarbejdere i høj grad arbejder rehabiliterende, særligt de unge medarbejdere, der har fået det med fra uddannelsen. De er imidlertid bevidste om, at nogle kommuner kan betvivle leverandørernes incitament til at arbejde rehabiliterende. Til

det fremhæver flere leverandører, at de har en faglig stolthed, som de ikke går på kompromis med, og at de oplever det som meningsfuldt, at borgerne kan klare mest muligt selv. Leverandørerne oplever dermed, at den faglige stolthed i rehabiliteringsopgaver vejer tungere end eventuelle incitament til at fastholde borgernes behov for hjælp.

Kommunens krav som en udfordring

Enkelte leverandører oplever, at nogle kommuner stadig foretrækker at have § 83 a-forløb i kommunalt regi, og at der stadig kan herske en tankegang om, at de private leverandører stjæler den kommunale hjemmeplejes borgere.

Nogle leverandører betragter det som udfordrende, at der opstilles krav om, at leverandører skal ansætte egen sygeplejerske eller ergoterapeut – mens andre ser det som problematisk, at de ikke må bruge deres egne sygeplejersker eller ergoterapeuter. Det afhænger af kommunens krav til leverandørerne. Denne problematik udfoldes i afsnit 5.3.

5. CENTRALE ELEMENTER I SAMARBEJDET OM § 83 A

I samarbejdet mellem kommuner og private leverandører om § 83 a er der fire elementer (figur 5), som er helt centrale: *Samarbejdsmodel*, *opfølgning*, *kompetencer* og *betalingsmodel*.

Figur 5. Elementer der er centrale i samarbejdet mellem kommuner og private leverandører om § 83 a



Der er variationer mellem casekommunerne i forhold til de enkelte elementer, hvilket udfoldes i det følgende. Variationerne inden for de enkelte elementer afhænger af kommunernes valg af tilgang til samarbejdet og historikken i forhold til samarbejde med private leverandører. Kapitlet bygger på input fra de 10 casekommuner og dokumentanalysen. Der kan læses mere om de enkelte casekommuners organisering af samarbejdet med de private leverandører i bilag 1.

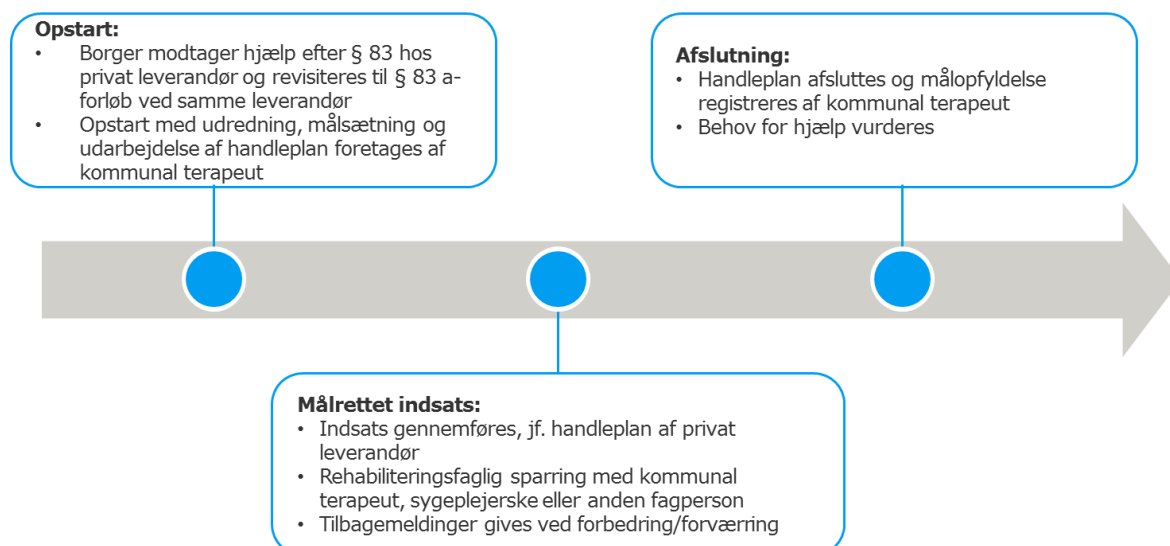
5.1 Samarbejdsmodeller

I dette afsnit beskrives forskellige typer af samarbejdsmodeller for samarbejdet mellem kommunale og private leverandører om § 83 a-forløb. Her ses der variationer i forhold til, om de private leverandører inddrages i hele eller dele af forløbene, og hvilke målgrupper der er tilgængelige for de private leverandører.

Private leverandører varetager dele af udvalgte § 83 a-forløb

Denne samarbejdsmodel er den smalleste model for samarbejdet mellem kommuner og private leverandører om § 83 a. Aarhus Kommune er et eksempel på en kommune, der anvender denne model. Her varetager kommunen selv § 83 a-forløb i de tilfælde, hvor borgeren ikke i forvejen er visiteret til pleje eller praktisk hjælp. Hvis borgeren omvendt allerede får hjælp fra en privat leverandør, så vil den private leverandør inddrages i § 83 a-forløbet. Det er dermed kun i forhold til reviderede borgere, at den private leverandør inddrages. Denne model er illustreret i figur 6.

Figur 6. Rehabiliteringsforløb, hvor privat leverandør varetager dele af udvalgte forløb



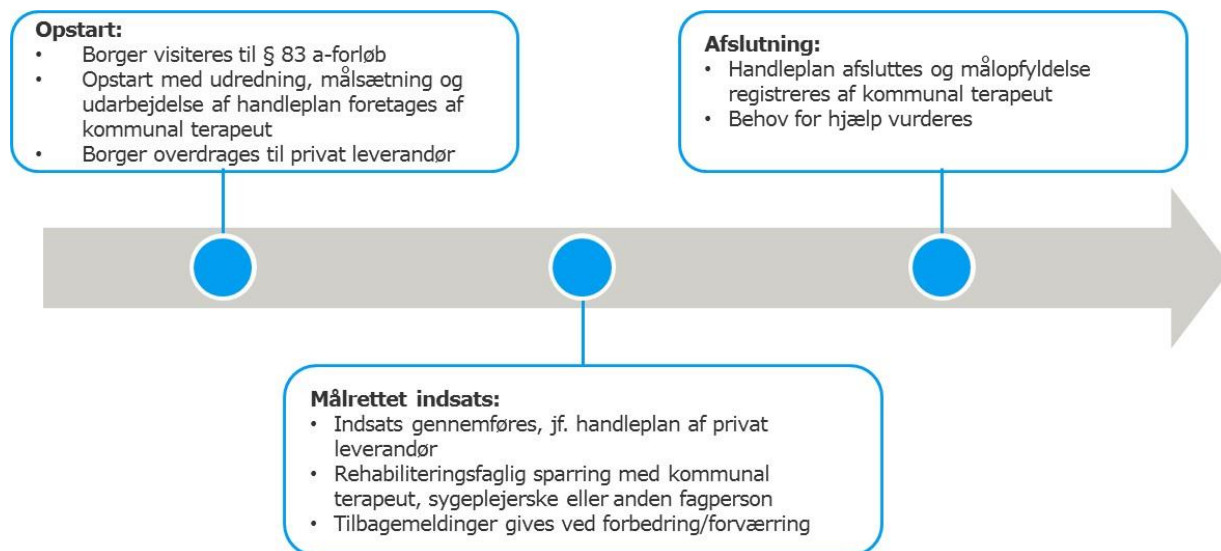
I et sådant forløb er en kommunal medarbejder den forløbsansvarlige, mens den private leverandørs medarbejdere vil blive inddraget i det udførende arbejde og vil fungere som borgerens kontaktperson. Aarhus Kommune har én privat leverandør, som inddrages i samarbejdet om § 83 a. Der er derfor tale om en model hvor der kun er frit valg for borgere, der i forbindelse med en tidligere indsats har valgt den private leverandør.

En fordel ved ovenstående model er, at der tages hensyn til, at så få som muligt skal komme i borgerens hjem. Dette er også en af de overvejelser, som ligger til grund for, at Aarhus Kommune har valgt denne model. Derudover fremmer samarbejdsmodellen et tæt samarbejde mellem de kommunale og private medarbejdere undervejs i forløbet. Fra den private leverandørs perspektiv kan det imidlertid være en udfordring, at det er et begrænset antal forløb, de kan inddrages i. Det skyldes, at der til tider går lang tid imellem rehabiliteringsforløbene, så de private medarbejdere får begrænset erfaring med det rehabiliterende arbejde. Et begrænset antal forløb kan desuden være en udfordring, hvis kommunen samtidig stiller krav om, at den private leverandør fx skal have ansat en sygeplejerske, idet dette ifølge den private leverandør ikke kan svare sig økonomisk, hvis der er meget få § 83 a-forløb hos den private leverandør.

Private leverandører varetager dele af § 83 a-forløb

I denne samarbejdsmodel vil der typisk være et samarbejde om rehabiliteringsforløbet, hvor kommunale terapeuter opstarter og afslutter forløbet, mens den private leverandør er udførende i forløbet. Borger vil have frit valg ift. om det er den kommunale hjemmepleje eller en privat leverandør, der er udførende. Afhængig af kompleksiteten af borgerens forløb kan kommunale terapeuter være mere eller mindre involveret og bidrage med sparring og i nogle tilfælde besøg hos borgeren undervejs i forløbet. Denne samarbejdsmodel benyttes bl.a. af Brønderslev, Greve, Kolding, Esbjerg, Holbæk og Middelfart Kommuner. Denne samarbejdsmodel er illustreret i figur 7.

Figur 7. Rehabiliteringsforløb, hvor private leverandører varetager dele af forløbet



I disse kommuner er det de kommunale terapeuter fra fx den centrale træningsenhed, der driver § 83 a-forløbene, mens den private leverandør er udførende. Det er de kommunale terapeuter, der opstarter og afslutter forløbene og løbende følger op. Derudover fungerer de kommunale terapeuter i nogle af casekommunerne som faglige vejledere for medarbejderne hos den private leverandør. De vejleder eksempelvis på ugentlige møder ude hos de private leverandører, hvor specifikke borgere i § 83 a-forløb drøftes, og de kommunale terapeuter kan give input til, hvordan medarbejderne kan arbejde med borgerens mål. I andre casekommuner har møderne mellem de kommunale terapeuter og den private leverandør i højere grad karakter af koordinationsmøder. Samarbejdsmodellen møder generelt stor opbakning fra kommunerne og fra de private leverandører. De ugentlige møder fremhæves af både kommunale repræsentanter og private leverandører som en styrke for det gode samarbejde om forløbet og sikrer et fælles udgangspunkt for borgerens forløb.

En medarbejder i visitationen fortæller

De (kommunen og den private leverandør) mødes om de enkelte borgere. Så får vi i visitationen en tilbagemelding, hvis leverandørerne står og synes, at noget er svært. På den måde kan vi visitere i forhold til den direkte planlægning, og der er det super godt.

I Kolding og Brønderslev Kommuner opererer man med en struktur, hvor der fra kommunal side er knyttet bestemte medarbejdere til hver enkel af de private leverandører. I Kolding Kommune er der én kommunal terapeut, der er fast tilknyttet § 83 a-forløbene hos en specifik privat leverandør, mens Brønderslev Kommune har et tværfagligt team tilknyttet hver privat leverandør. Her består teamet af en kommunal visitator, en kommunal ergoterapeut og den private leverandørs egne medarbejdere. Denne struktur begrundes ud fra, at det fremmer den tværfaglige sparring, og at det letter koordinationen, når det er de samme personer, der samarbejder.

En leder fortæller

Det betyder enormt meget, at vi får viden til at vandre. Så en terapeut kan dele viden fra én privat leverandør videre til andre private og til de kommunale.

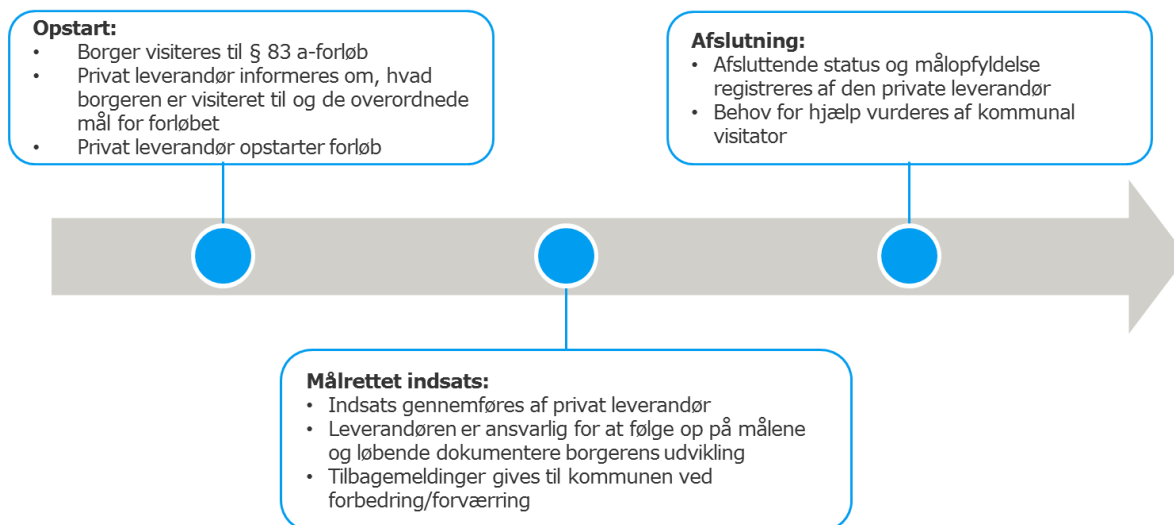
I Holbæk Kommune er det en kommunal terapeut, der er tovholder på forløbet, men det er de private leverandører, der varetager selve rehabiliteringen, og disse samarbejder også med den kommunale terapeut om borgerens handlingsplan, hvormed de i høj grad inddrages.

I nogle casekommuner, eksempelvis Middelfart, oplever de dog, at der er begrænset kontakt mellem de kommunale terapeuter og medarbejderne fra den private leverandør, når der først er sat mål for borgeren. Det skyldes blandt andet, at der kun afholdes et begrænset antal tværfaglige møder i Middelfart Kommune.

Den private leverandør varetager hele § 83 a-forløbet

I nogle af casekommunerne er det de private leverandører, der varetager hele § 83 a-forløbet. Det gælder eksempelvis Egedal og Vordingborg Kommuner, hvor de private leverandører varetager hele § 83 a-forløbet. Denne model er illustreret i figur 8.

Figur 8. Rehabiliteringsforløb, hvor den private leverandør varetager hele forløbet



I Vordingborg og Egedal Kommuner er det de private leverandører selv, der står for hele forløbet uden sparring fra kommunale terapeuter. Her startes forløbet typisk op ved, at visitationen sender en avis til den private leverandør, hvor de informeres om, hvad borgeren er visiteret til og de overordnede mål for forløbet. Herefter overtager den private leverandør forløbet.

Den private leverandør er hele vejen igennem ansvarlig for at følge op på målene, løbende dokumentere borgerens udvikling og for at afslutte forløbet. De private leverandører betragter det som en tillidserklæring, at de selv må varetage hele forløbet.

En privat leverandør fortæller

Kommunen lytter meget til, hvad vi siger eller skriver, og det er det, der gør samarbejdet godt. Vi kan selv vurdere den her borger, og vi behøver ikke hjælp til det og det.

I Egedal Kommune har den private leverandør adgang til at kunne dokumentere i kommunens omsorgssystem, hvor de midtvejs og afslutningsvis dokumenterer borgerens udvikling. Visitationen følger løbende med i dokumentationen, og hvis udviklingen giver anledning til at justere forløbet, visiterer de til dette. I Vordingborg Kommune er det forskelligt, hvordan den private leverandør organiserer medarbejdernes adgang til kommunens omsorgssystem. Ved afslutning registrerer den private leverandør, at forløbet er afsluttet og markerer, hvilke mål der er opnået. Kommunens visitation oplever imidlertid nogle udfordringer ved den løbende dokumentation og opfølgning. Det skyldes, at dokumentationen kan være mangelfuld, hvilket gør det vanskeligt at træffe afgørelser i forhold til borgerens videre forløb.

I nogle casekommuner, eksempelvis Egedal, vil borgeren automatisk få tildelt den private leverandør til § 83 a-forløbet, hvis borgeren allerede modtager § 83-ydelser hos en privat leverandør. Det skyldes hensynet til en sammenhængende indsats for borgeren. En udfordring ved, at borgeren per automatik får samme leverandør til § 83 a som til andre ydelser, kan være, at borgeren ikke får en reel mulighed for det frie valg.

5.2 Opfølgning

I dette afsnit beskrives det, hvordan kommunen løbende følger op på rehabiliteringsforløb, der varetages af private leverandører.

Opfølgning gennem omsorgssystem

I størstedelen af casekommunerne har den private leverandør adgang til kommunens omsorgssystem, hvormed dokumentationen vedrørende borgeren foregår i ét system. Det giver kommunen mulighed for løbende at følge op på borgerens forløb og udvikling og kan samtidig bidrage til tværfaglig koordination i de tilfælde, hvor der eksempelvis er en kommunal terapeut inde over rehabiliteringsforløbet. I omsorgssystemet kan der blandt andet registreres borgerens mål, funktionsevne og ydelse, samtidig med at borgerens løbende udvikling dokumenteres. Det vil typisk være en medarbejder i visitationen eller en kommunal rehabiliteringsterapeut, som varetager den løbende opfølgning gennem omsorgssystemet. Her sammenholdes dokumentationen med den indsats, borgeren er visiteret til og de fastsatte mål for forløbet. Det vurderes herefter, om der er overensstemmelse mellem den visiterede indsats og den indsats borgeren modtager.

I flere af casekommunerne oplever de, at dokumentationen i omsorgssystemet til tider kan være mangelfuld, hvilket kan gøre det vanskeligt at følge borgerens udvikling og følge op på, om borgeren modtager den rette indsats hos den private leverandør samt at sikre tværfaglig koordination. Nogle af casekommunerne påpeger dog, at det ikke kun er den private leverandør, der kan have udfordringer med dokumentationen, men at det ligeledes kan være et problem i den kommunale hjemmepleje. Andre oplever derimod, at dokumentationen fra den private leverandør er mere mangelfuld end den fra den kommunale leverandør.

En visitator fortæller

Jeg er bare ikke helt sikker på, at i hver fald den private leverandør er helt klar over, hvad vi gerne vil have igen fra dem i forhold til dokumentation og evalueringer. Vi vil gerne have, at de får oprettet faglige mål og dokumenterer hver gang, de er der, hvordan det går. Så vi kan følge med. Jeg oplever nogle gange, at der ikke er noget.

Nogle private leverandører peger selv på, at der kan være udfordringer i forhold til dokumentationen. Det kan både forklares med en anden kultur ift. dokumentation, hvor den private leverandør i nogle tilfælde har haft mindre fokus på det, og at medarbejderne er uddannet forskellige steder med forskellig dokumentationspraksis. Derudover kan der være medarbejdere med læse-skrivevanskeligheder, som er udfordret i forhold til dokumentationen.

Flere casekommuner fremhæver dog, at det er fordelagtigt for den tværfaglige koordination og opfølgning, at de private leverandører har adgang til samme omsorgssystem som kommunen, især når der er et tæt samarbejde mellem kommunale terapeuter og den private leverandør om rehabiliteringsforløbet. I de casekommuner, hvor den private leverandør ikke har adgang til kommunens omsorgssystem, eksempelvis Vordingborg Kommune, har kommunen ikke mulighed for løbende at følge op på borgerens forløb. Det kan give udfordringer i forhold til opfølgningen på borgerens forløb og vurdering af, om borgeren skal visiteres til eventuelle andre ydelser.

Nogle casekommuner har ligeledes anvendt omsorgssystemet til opfølgning på ledelsesinformation og § 83 a-forløbenes effekt. Omsorgssystemet er dog en kilde til udfordringer for flere kommuner i forhold til opfølgning på ledelsesinformation. Her peger nogle kommuner på, at de er udfordret af, at der ikke er adgang til samme omsorgssystem blandt alle parter i et § 83 a-forløb. Andre er udfordret af at være overgået til et nyt omsorgssystem, hvor det i øjeblikket ikke er muligt at trække ledelsesinformation fra, hvilket besværliggør strategiske overvejelser i forhold til samarbejdet.

Opfølgning ved tværfaglige møder

Flere casekommuner foretager ligeledes en løbende opfølgning på borgerforløb og kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen på tværfaglige møder med de private leverandører. Det gælder eksempelvis Kolding og Brønderslev Kommuner. I nogle tilfælde kan opfølgningen også foregå ude hos den enkelte borger.

En kommunal leder fortæller

Det der tværfaglige set up [tværfaglige møder], det er simpelthen altafgørende. Det taler både ind i, at vi sikrer kvalitet og progression. Hvis du er ny, så er der også et læringsrum. Det bliver italesat, hvad kunne den næste rehabiliterende handling være.

Det vil typisk være en kommunal terapeut, som varetager den løbende opfølgning på hjemmeplejens arbejde, men det kan ligeledes være borgerens kontaktperson, den forløbsansvarlige

eller øvrige sundhedsfaglige medarbejdere, som er involveret i borgerens forløb. Den løbende opfølgning kan foregå med faste intervaller, eksempelvis midtvejs og afslutningsvis, på faste møder eller efter behov.

Endelig foretager en stor del af casekommunerne en vurdering af borgerens udvikling, når forløbet afsluttes. Herefter sendes der en slutstatus til visitationen, som vurderer, om borgeren kan afsluttes eller tilbydes yderligere hjælp.

5.3 Kompetencer

I dette afsnit beskriver vi, hvordan der arbejdes med at sikre de rette kompetencer hos de private leverandører. I det kontraktgrundlag, der er forhandlet mellem kommunen og de private leverandører, vil den private leverandør typisk forpligte sig på at leve op til de kommunale standarder for rehabiliteringsforløb. Dette for at sikre at borgeren så vidt muligt får samme standard uanset valg af leverandør. Det er i den sammenhæng kommunens ansvar, at de private leverandører har kendskab til de kommunale standarder og at sikre, at de bliver orienteret ved ændringer. Det vil herefter være de private leverandørers ansvar at leve op til disse standarder og at sikre de rette kompetencer blandt medarbejderne. Det varierer dog mellem casekommunerne, i hvor høj grad der er et samarbejde mellem kommunen og private leverandører om at sikre de rette kompetencer hos de private leverandører.

Undervisning og kurser

Blandt casekommunerne er det forskelligt, hvor meget kommunen er involveret i kompetenceudvikling af de private leverandørers medarbejdere. Derudover varierer det i forhold til, hvilke muligheder de private leverandører har for at deltage i samme undervisning og kurser. I nogle casekommuner deltager den kommunale og private hjemmepleje i samme opkvalificerende undervisning og kurser. Det gælder eksempelvis i Høje-Taastrup Kommune, hvor den private og kommunale leverandør deltager i samme kompetenceudvikling.

En myndighedschef fortæller

Det er ikke vores opgave at løfte dem. De skal kunne levere varen og holde deres medarbejdere opkvalificeret, men hvis de mangler viden om sygepleje, så kan vores sygepleje komme derud.

I andre kommuner er der ikke systematik i, hvilken kompetenceudvikling de private leverandører deltager i, og det er frivilligt, om de private leverandører ønsker at deltage. I nogle casekommuner, eksempelvis Vordingborg, har den private leverandør mulighed for at deltage i samme opkvalificering som den kommunale leverandør, men skal selv tilkøbe det ved kommunen. Endelig er der casekommuner, hvor den private leverandør ikke har mulighed for at deltage i samme kompetenceudvikling, som gennemføres hos den kommunale leverandør. Dette gælder eksempelvis i Holbæk Kommune og Kolding Kommune. Her varetager de private leverandører selv eventuel opkvalificering af medarbejderne, eksempelvis ved mulighed for efteruddannelse af medarbejderne, undervisning hos en terapeut eller sidemandsoplæring ved mere erfarne kollegaer.

En privat leverandør fortæller

Vi har jo nogle erfarne medarbejdere, og så sender vi tit de unge med de 'gamle' ud, så der kommer en stærk sidemandsoplæring.

Volumen i antallet af forløb

I flere af casekommunerne fremhæves det, at der er flere fordele ved, at en privat leverandør varetager mange § 83 a-forløb. For det første giver det bedre mening økonomisk for en privat leverandør at ansætte eksempelvis en terapeut eller en sygeplejerske, der særskilt skal varetage rehabiliteringsopgaver for den private leverandør. Dernæst fremmer det kompetenceudviklingen hos den private leverandør, fordi der kommer et intensivt fokus på rehabilitering, og fordi flere kan sparre om borgerne. I nogle casekommuner, eksempelvis Aarhus Kommune, oplever den private leverandør, at de har for få borgere i rehabiliteringsforløb til, at det giver mening at opkvalificere medarbejderne yderligere inden for rehabilitering. Der er derfor behov for en vis volumen af borgere, for at det giver mening for den private leverandør at investere i kompetenceudvikling.

Tværfaglige møder og dialogmøder

I nogle af casekommunerne er kompetencer især i fokus på tværfaglige møder og dialogmøder, hvor der er fokus på at udvikle kompetencer gennem en mere praksisnær læring og med rum til sparring mellem de medarbejdere, der kommer hos borgere i rehabiliteringsforløb. Disse møder giver mulighed for, at medarbejderne løbende kan drøfte eventuelle udfordringer og lære af hinandens erfaringer. Derudover bidrager møderne til at styrke det tværfaglige samarbejde og samarbejdet mellem kommunen og de private leverandører. Tværfaglige møder og dialogmøder mellem kommunen og de private leverandører afholdes særligt i kommuner, som har en samarbejdsmodel, hvor den private leverandør i samarbejde med kommunen kan varetage dele af § 83 a-forløb, eksempelvis Kolding, Brønderslev, Greve, Holbæk og Vordingborg Kommuner.

I kommuner, hvor den kommunale og private leverandør samarbejder om § 83 a-forløb, kan der være et særligt behov for tæt sparring mellem de involverede fagpersoner undervejs i forløbet, hvilket disse møder kan bidrage med. Møderne kan eksempelvis afholdes ugentligt hos de private leverandører med deltagelse af en kommunal terapeut. Her kan det tværfaglige samarbejde mellem den private leverandør og kommunen koordineres, og borgere i et rehabiliteringsforløb kan drøftes.

I andre casekommuner afholdes tværfaglige møder med de private leverandører kun få gange om året, hvor der er mulighed for at forventningsafstemme og videndele. I Greve Kommune afholdes der eksempelvis hvert kvartal tværfaglige rehabiliteringsmøder, hvor alle aktører i samarbejdet mødes. Det inkluderer visitatorer, sygeplejersker, ergoterapeuter og medarbejdere fra både private og kommunale hjemmeplejegrupper.

Krav til kompetencer

Flere af casekommunerne har fokus på at sikre de private leverandørers kompetencer gennem krav til medarbejdernes uddannelsesniveau og sammensætningen af medarbejdere. Eksempelvis er det i Aarhus Kommune et krav, at medarbejdere, som både varetager pleje og praktisk hjælp, som minimum er uddannede social- og sundhedshjælpere, samt at de private leverandører har et passende antal medarbejdere, der er uddannede social- og sundhedsassistenter. Dog er der ikke krav om, at medarbejderne deltager i yderligere kompetenceudvikling for at kunne indgå i § 83 a-forløb.

En anden måde at sikre kvaliteten af rehabiliteringsforløbene, når de private leverandører varetager hele § 83 a-forløb, er at stille krav om, at de private leverandører skal have en ergoterapeut eller en sygeplejerske ansat. Dette er fx tilfældet i Egedal Kommune, hvor de har ansat en rehabiliteringskonsulent, som skal sikre kvaliteten af rehabiliteringsforløbene. Den private leverandør tilføjer dog, at det kun er økonomisk muligt, fordi de og den tilknyttede ergoterapeut også varetager forløb i andre kommuner, hvormed de har et tilstrækkeligt borgergrundlag.

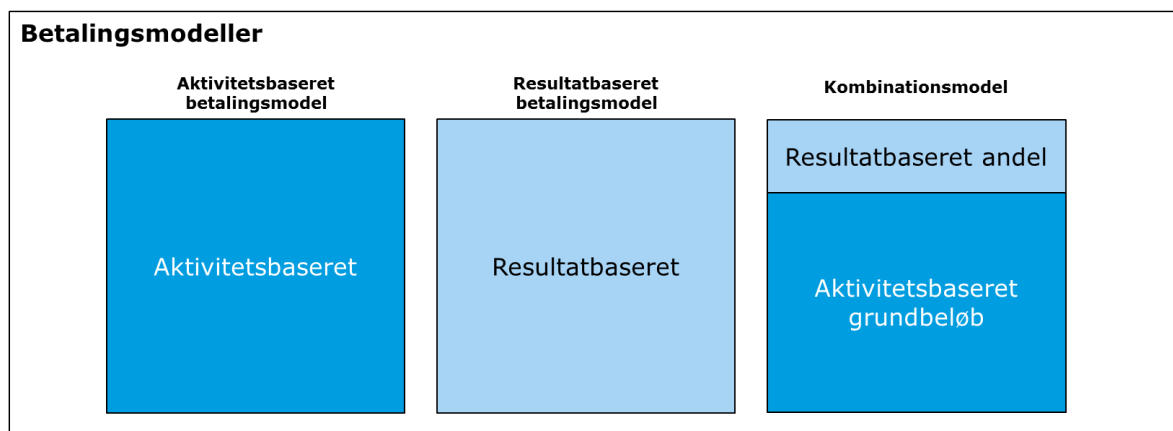
Disse krav til kompetencer er med til at sikre kvaliteten af rehabiliteringsforløbene, men kan samtidig være en udfordring for nogle private leverandører at leve op til, især hvis borgergrundlaget er lille i kommunen. Hertil skal kravene til de private leverandører afspejle den rolle, som de har i rehabiliteringsforløbet, eksempelvis om de varetager hele forløbet eller udvalgte dele. I de kommuner hvor den private leverandør varetager dele af forløb er der ofte ikke behov for, at leverandøren ansætter egne terapeuter og derfor vil kommunen sjældent stille krav herom.

5.4 Betalingsmodeller

Et centralt element i samarbejdet mellem kommunen og private leverandører om § 83 a er betalingsmodeller til afregning af § 83 a-forløb, der gennemføres helt eller delvist af private leverandører.

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 9:

Figur 9. 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.

De tre modeller nærmere beskrevet nedenfor og behandles mere dybdegående i forhold til casekommunernes erfaringer og oplevelse af fordele og ulemper ved modellerne.

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
- I form af en fast økonomisk ramme.

Den aktivitetsbaserede betalingsmodel er den mest anvendte betalingsmodel blandt kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a og anvendes af 96 pct. af kommunerne (se kapitel 3).

Blandt casekommunerne anvender samtlige kommuner på nær Kolding Kommune² den aktivitetsbaseret betalingsmodel, dog med forskellige enheder som grundlag for betalingen. Casekommunerne fremhæver overordnet gode erfaringer med modellen, og både kommunale myndighedschefer og ledere hos private leverandører er generelt tilfredse med den. En bevæggrund for aktivitetsmodellen er, at kommunen ikke ønsker at forskelsbehandle kommunale og private leverandører i forhold til betaling.

En kommunal leder fortæller

Det må være fagligheden, der gør det. Incitamentet ligger så tydeligt på vores egne i dag, at de ikke behøver præmieres yderligere, for at de gør deres arbejde. Så hvorfor skulle de private beriges med det?

Det varierer, hvilken enhed casekommunerne afregner efter, hvor nogle private leverandører afregner efter visiteret tid til pakker eller forløb, mens andre afregnes pr. time for den leverede tid. Hvilken enhed der afregnes efter, vil typisk svare til den styring kommunen har i hjemmeplejen.

En leverandør fortæller

Jeg er tilhænger af leveret tid. Nødkald og ekstra tid står for egen regning, og det er upræcist. Jeg er helt sikkert tilhænger af leveret tid. Det er mest retfærdigt.

Nogle private leverandører peger på, at afregning efter visiteret tid er mere forudsigelig, men at afregning efter leveret tid er mere retfærdig og giver en reel afspejling af den arbejdstid, de bruger hos borgeren. Samtidig kan afregning efter leveret tid være en fordel i perioder, hvor de borgere, der er i rehabiliteringsforløb, er dårlige og kræver en ekstra indsats for at nå de opstillede mål.

² Høje-Taastrup Kommune har ligeledes angivet, at de anvender en kombinationsmodel, men har siden besvarelsen gennemgået en omorganisering. Se afsnit 5.1.

Resultatbaseret betalingsmodel

I en ren resultatbaseret betalingsmodel er afregningen udelukkende baseret på resultaterne af det gennemførte rehabiliteringsforløb og ikke på de gennemførte aktiviteter.

Der er på nuværende tidspunkt ingen kommuner, som benytter denne betalingsmodel. Imidlertid planlægger Egedal Kommune at overgå fra en aktivitetsbaseret til en resultatbaseret betalingsmodel fra 1. januar 2020. Myndighedschefen forklarer, at hun forventer, at en resultatbaseret model i højere grad kan sikre, at borgernes mål opfyldes. Hun ser frem til at se, om det lykkes at forbedre forløbenes resultater ved, at de private leverandører betales for opnåede mål.

I Holbæk Kommune anvendes aktivitetsbaseret model, og her udtrykker en kommunal leder også ønske om at implementere en resultatbaseret model ud fra en forventning om, at det kunne for korte forløbene og spare ressourcer. Det er dog ikke på tegnebrættet. I Esbjerg Kommune, hvor de afregner efter leveret tid, fremhæver kommunens myndighedschef omvendt, at en resultatbaseret model ville være for administrativt omfattende.

Kombinationsmodellen

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

Kolding Kommunen er den eneste kommune, der på nuværende tidspunkt anvender denne betalingsmodel. De har valgt denne model af hensyn til incitamentsstrukturen hos de private leverandører. Her afregnes de private leverandører ud fra et fast grundbeløb og belønnes med ekstra resultatbaseret betaling, hvis borgeren opnår de opstillede mål for forløbet. Konkret modtager de private leverandører afregning for 45 minutter pr. uge til at dække den løbende rehabiliteringsindsats. Derudover kan de opnå en bonus svarende til 120 minutter, hvis forløbet afsluttes med et positivt resultat. Tanken er, at den resultatbaserede betaling skal fungere som en gulerod for, at de private leverandører opnår borgernes mål. Imidlertid peger kommunen på, at bonussen ikke er stor nok til at påvirke de private leverandørers arbejde markant. En af de kommunale ledere påpeger desuden, at man burde overveje at belønne efter kompetencer inden for rehabilitering i stedet for efter mål opfyldelse. Hvorvidt bonusordningen skal fortsætte er derfor taget til overvejelse hos myndighedens ledelse.

De private leverandører i Kolding Kommune fremhæver, at de primært koncentrerer sig om det faste grundbeløb, da de kan bruge dette i deres budgetberegninger. Samtidig fremhæver lederen hos en af de private leverandører, at deres medarbejdere ikke er opmærksomme på, at der er en bonus, så de arbejder alene ud fra borgernes præmisser og uden at presse borgeren til resultater. Leverandørerne fortæller desuden, at bonussen oftest anvendes til at finansiere, at medarbejderne deltager i konferencer og møder med kommunen, hvilket ikke betales af kommunen. De private leverandører i Kolding Kommune fremhæver, at de på nuværende tidspunkt stort set altid opnår bonus i forbindelse med et rehabiliteringsforløb efter § 83 a.

En leverandør fortæller

Vi vil altid gå efter det faste. Det kan vi planlægge efter og beregne efter i forhold til vores budget.
