



Opbygning af datamodeller til at understøtte det kommunale rehabiliteringsarbejde

Erfaringer fra kommunenetværk om data i regi af Sundhedsstyrelsens forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet

August 2021

Indhold

Indledning	3
Formålet med notatet.....	3
Perspektiver på projektkommunernes brug af datamodeller på rehabiliteringsområdet	3
Fem trin i opbygningen af en datamodel.....	4
Hvad bliver data brugt til?.....	4
Hvilken målgruppe bliver der målt på?.....	6
Hvad bliver der målt på?.....	7
Hvordan bliver data indsamlet?	11
Hvordan bliver data bearbejdet og præsenteret?.....	13

Indledning

Dette notat er baseret på drøftelser i et netværk af fem kommuner, som omhandler brug af data i Sundhedsstyrelsens *forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet*. Formålet med ordningen er at opnå viden om, hvordan private leverandører kan varetage hele eller dele af rehabiliteringsforløb i kommuner. Hensigten er at øge den enkelte borgers mulighed for at have frit valg mellem leverandører af rehabiliteringsforløb. Det skal bidrage til at sikre øget sammenhæng i borgernes forløb og ydelser, fordi de har mulighed for at vælge private leverandører til både rehabiliteringsforløb samt ydelser efter servicelovens § 83.

Som led i forsøgsordningen har fem projektkommuner arbejdet med et dataspor, hvor de over tre arbejdsseancer har drøftet, hvordan kommuner kan tilgå arbejdet med dataunderstøttelse på rehabiliteringsområdet. De fem projektkommuner er Frederikssund, Odense, Ringsted, Struer og Syddjurs. Der har været opmærksomhed på kommunernes egne erfaringer i form af overvejelser, dilemmaer og beslutninger om anvendelsen af data i relation til rehabilitering. Derudover er kommunerne dykket ned i egen praksis og har forholdt sig til de andre kommuners praksis gennem sparring og drøftelser på tværs.

Formålet med notatet

Med afsæt i de fem projektkommuners egne erfaringer bliver en række væsentlige beslutninger og overvejelser beskrevet. Disse opmærksomhedspunkter kan med fordel indgå i arbejdet med at udvikle en datamodel, der kan understøtte den løbende opfølgning på og udvikling af den rehabiliterende indsats.

Notatet præsenterer kommunernes input til en række overvejelser, som er centrale at gøre sig i opbygningen af en datamodel. Derudover giver notatet inspiration gennem konkrete eksempler fra de fem kommuners tilgang til brugen af data på rehabiliteringsområdet.

Notatet er opbygget med udgangspunkt i fem hovedspørgsmål, kommuner kan søge at besvare under udviklingen af en datamodel. Ved hvert hovedspørgsmål bliver projektkommunernes overvejelser opsummeret, og der bliver løbende givet eksempler på kommunernes praksis.

FEM TRIN I OPBYGNINGEN AF EN DATAMODEL

- 1 Hvad bliver data brugt til?
- 2 Hvilken målgruppe bliver der målt på?
- 3 Hvad bliver der målt på?
- 4 Hvordan bliver data indsamlet?
- 5 Hvordan bliver data bearbejdet og præsenteret?

BAGGRUND: DATAUNDERSTØTTELSE AF REHABILITERINGSOMRÅDET I KOMMUNERNE



På tværs af landets kommuner er der stor opmærksomhed på rehabilitering efter Servicelovens § 83a. Samtidig er der en række udfordringer, der relaterer sig til opbygningen af en ensartet datastruktur på tværs af kommuner for ældre- og sundhedsdata og ligeledes på tværs af kommuner og andre sektoraktører. På nationalt plan er der udarbejdet en række anbefalinger til kvalitetsindikatorer på ældreområdet. Her er et af hovedtemaerne funktionsevne, som drejer sig om at give et dataoverblik over udviklingen i borgernes funktionsevne i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. De nationale kvalitetsindikatorer på ældreområdet er endnu ikke endeligt fastlagt.

En analyse fra 2019 viser, at der er stor variation i, hvilke mål kommunerne har fastsat for deres rehabiliteringsindsats (primært borgerrettede og økonomiske mål). Derudover viser analysen, at det kun er få kommuner, der følger op på de fastsatte mål og generelt anvender nøgletal om rehabilitering som ledelsesinformation til ledere og politikere. I analysen peger kommunerne på, at det blandt andet skyldes mangel på data, og der ses et stort potentiale i at øge brugen af ledelsesinformation på rehabiliteringsområdet. Dette vil kunne bidrage til at gøre området mere gennemsigtigt og styrke datagrundlaget for både økonomistyring og faglig kvalitetsudvikling med fokus på effekterne af rehabilitering¹.

¹ Rehabilitering på ældreområdet efter § 83 a i Serviceloven, Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019

Perspektiver på projektkommunernes brug af datamodeller på rehabiliteringsområdet

Projektkommunerne, hvis erfaringer danner grundlag for dette notat, har alle opbygget datamodeller, der i første omgang især er centreret om at tilvejebringe information, der kan understøtte den faglige og økonomiske styring på rehabiliteringsområdet. Datapunkterne omhandler især aktivitetsopgørelser, antal gennemførte forløb, omfang og udvikling af plejebehov mv. Der er i projektførelserne ikke fokuseret på at udvikle egentlige kvalitetsindikatorer eller klinisk data for det rehabiliterende arbejde vedrørende § 83a-forløb. Der indgår dog i forskelligt omfang borgerrettede perspektiver, der kan belyse dele af de borgeroplevede effekter af rehabiliteringsforløb ud fra borgernes synspunkt.

Generelt er det kendetegnende, at datamodellerne i projektkommunerne i første omgang har sigte mod at understøtte drift og udvikling i den enkelte kommune. Det er ikke en klar målsætning at skabe datastrukturer, der er umiddelbart sammenlignelige på tværs af kommunerne, eller indgår i datasamarbejder med andre sektoraktører som eksempelvis regionerne.

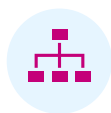
Fem trin i opbygningen af en datamodel

1 Hvad bliver data brugt til?

Det første trin i opbygningen af en datamodel handler grundlæggende om at standse op og gøre sig overvejelser om, hvad data reelt skal bruges til, inden man kaster sig ud i dataindsamling og opbygning af afrapporteringsformater.

Dette er et centralt spørgsmål at stille til at begynde med, da det har stor betydning for, hvilken målgruppe man bør tage udgangspunkt i, hvilke data der er relevante at kigge ind i, og hvordan disse data skal blive præsenteret.

En datamodel på rehabiliteringsområdet kan have flere forskellige formål. Nedenfor er oplistet en række af de formål, som data om rehabilitering skal anvendes til på tværs af projektkommunerne:



De fleste kommuner anvender data som *ledelsesinformation* til at understøtte udvikling på rehabiliteringsområdet. Det kan være i form af løbende systemiseret information med faglig og økonomisk viden, som kan spille ind i styringen på området. Det kan også være mere ad hoc-genereret data, der kan indgå i evalueringer eller analyser. Ledelsesinformation vil her typisk være målrettet den administrative ledelse (afdelingschef eller sektions-/teamleder), men kan også danne grundlag for afrapportering til det politiske niveau.



Data kan også blive anvendt mere praksisnært til at *understøtte den løbende drift og kvalitetsudvikling i praksis* med et mere dybdegående og detaljeret analytisk sigte. Det kan eksempelvis være et formål med datamodellen, at der skal kunne skabes et billede af forskelle og ligheder i praksis og opnåede effekter mellem forskellige områder eller enheder i kommunen. Datamodellen vil her danne udgangspunkt for at kunne identificere og fokusere på centrale opmærksomhedspunkter i tilrettelæggelsen af det daglige rehabiliteringsarbejde.



Hertil kan data være udgangspunkt for *dialog mellem myndighed og udfører* - både for private og kommunale leverandører. Der kan ligeledes være data, som bliver anvendt på tavlemøder eller i andre fora, hvor data kan blive præsenteret for medarbejdere med et feedback-formål eller som en motivationsfaktor. Eksempelvis for at illustrere forskelle i forløbstilgange mellem forskellige udførere.



Endelig kan data potentielt blive anvendt i *afregningen af den kommunale/private leverandør*, hvis leverandøren bliver afregnet efter opnåede resultater (i en resultatbaseret betalingsmodel eller en kombinationsmodel).² Det kan for eksempel være borgerens målopfyldelse eller andre resultater, der udløser en (i nogle tilfælde særskilt) betaling af leverandøren, og den anvendte datamodel vil dermed skulle understøtte dette styringsbehov.

På tværs af de overordnede formål med anvendelsen af data er det hertil centralt at overveje, på hvilket detaljeringniveau datamodellen skal kunne belyse arbejdet med rehabilitering.



Data om faglige indsatser, økonomi og kvalitetsparametre: Det har stor betydning for datamodellens opbygning, om der skal skabes indsigt i de gennemførte rehabiliteringsforløb ud fra en *indsatsvinkel* (som et ønske om at belyse antallet af forløb og deres varighed), en *økonomisk vinkel* (som en konkret angivelse af den løbende afregning af leverandører eller den økonomiske effekt på efterfølgende § 83-ydelser) og/eller en *kvalitetsvinkel* (som udviklingen i borgernes funktionsevne, målopfyldelse i forløbene eller borgerens egenoplevede tilfredshed)



Aktivitetsbaseret og/eller effektorienteret data: Det stiller væsentligt forskellige krav til indsamlingen af data, om datamodellen kun skal fokusere på *aktiviteter* (som antal gennemførte forløb, varighed af forløb eller omfang af § 83-ydelser), eller om det også skal være muligt at foretage analyser af opnåede *effekter* af de gennemførte rehabiliteringsindsatser (som udvikling i funktionsevne, borgerens tilfredshed eller de økonomiske effekter på kort eller langt sigte).

Et større detaljeringniveau stiller også større krav til det tilgængelige data. Et ønske om et fokus på eksempelvis både indsatser, økonomi og borgerrettede effekter vil dermed indebære et mere krævende arbejde med modelopbygning i forhold til en situation, hvor blot antallet/omfanget af indsatser er inkluderet.

² I en resultatbaseret betalingsmodel bliver leverandøren udelukkende afregnet for resultater. I en kombinationsmodel bliver der typisk afregnet med et grundbeløb for en del af den leverede ydelse, og derudover bliver der afregnet på baggrund af resultater

De fem projektkommuner har særlig opmærksomhed på at opbygge en datamodel, der kan bruges til at besvare overordnede spørgsmål relateret til omfanget af aktiviteter på rehabiliteringsområdet samt på omfanget af § 83-hjælp før og efter modtagne rehabiliteringsforløb.

Kommunernes fokus er dermed primært på udviklingen i indsatser og dermed også kun en indirekte belysning af de økonomiske og borgerrettede effekter af rehabiliteringsarbejdet. I enkelte kommuner har formålet med datamodellen været bredere, hvor Struer Kommune eksempelvis har arbejdet med et aktivt ønske om at indsamle data om borgerperspektiver på forløbene (borgernes egenvurdering af målopfyldelse i forløbene, funktionsevne og selvhjulpethed).

2 Hvilken målgruppe bliver der målt på?

Når formålet med at anvende data er klarlagt, vil det næste trin i opbygningen af en datamodel bestå i at se nærmere på, hvilken målgruppe man ønsker at måle på.

➔ Definér målgruppen

Målgruppen vil i de fleste tilfælde *afhænge af kommunens definition af rehabilitering*. Alle projektkommunerne tager udgangspunkt i borgere, der indgår i § 83a-forløb.

Der er dog også kommuner, hvor målgruppen udvides ud over § 83a. Eksempelvis i Struer Kommune, hvor målgruppen for deres datamodel rækker ud over borgere, der indgår i § 83a-forløb. Det betyder, at enkelte borgere i deres målgruppe ikke er i § 83a-forløb, men modtager andre ydelser i forbindelse med forebyggelse af behov for hjemmeplejeydelser (som i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til eget hjem).

AFKLARING AF MÅLGRUPPE

- ➔ Definér målgruppen
- ➔ Forhold dig til målgruppen
- ➔ Opdel i undergrupper
- ➔ Find tilgængelige data.

➔ Forhold dig til målgruppen

Derudover er det et generelt opmærksomhedspunkt at *forholde sig til målgruppen*, inden man sammenligner data med andre kommuner. Udover definitionen af rehabilitering kan der også være forskel på styringen på området, hvor nogle kommuner eksempelvis flytter § 83-ydelser til § 83a-ydelsen i forbindelse med rehabiliteringsforløbet, mens § 83-ydelsen i andre kommuner vil fortsætte sideløbende med rehabiliteringsforløbet. Der kan ligeledes være kommuner, som inkluderer yderligere ydelser, som for eksempel delegerede sygeplejeydelser efter Sundhedslovens § 138. Det gør sig eksempelvis gældende i Struer Kommune. Hvis man måler på visiteret eller leveret tid før, under og efter § 83a-forløbet, kan den enkelte kommunes tilgang til at opgøre tid dermed have betydning for de resultater man sammenligner, da de kan inkludere forskellige ydelser.

➔ Opdel i undergrupper

Derudover kan det være relevant at *opdele målgruppen i en række undergrupper*. Eksempelvis kan det være relevant at skelne mellem nyvisiterede og "kendte" borgere, da det kan have stor betydning for, hvad borgerne bliver afsluttet til, hvor en større andel af nyvisiterede borgere typisk er selvhjulpne efter

et rehabiliteringsforløb.³ I Odense Kommune har man under forsøgsordningen arbejdet med at triagere borgere, der indgår i et § 83a-forløb hos en privat leverandør, i røde, gule og grønne kategorier ud fra umiddelbart vurderet kompleksitet. Formålet med denne inddeling har været at skabe en effektiv proces for visitation af ydelser, hvor borgere med mindre komplekse problemstillinger hurtigere kan bevilliges de fornødne indsatser. Her har Odense Kommune ligeledes gjort forsøg med at opdele resultater på disse undergrupper i deres dataanalyser, da forskellen i kompleksitet mellem grupperne potentielt kan have betydning for varigheden og resultaterne af rehabiliteringsforløbet.



Find tilgængelige data

En væsentlig overvejelse i afklaringen af, hvilken målgruppe der skal indgå i datamodellen, kan også være *datatilgængelighed*. Hvis data er svært at trække eller bearbejde i aggregeret form, kan det af ressourcemæssige årsager være nødvendigt at opbygge en datamodel i en pilotversion, hvor der kun indgår data for bestemte målgrupper. Dette har i projektet været tilfældet for Frederikssund Kommune, der har afgrænset deres datamodel til kun at omfatte de borgere, der gør brug af de private leverandører, mens data for den kommunale leverandør indarbejdes på et senere tidspunkt.

3

Hvad bliver der målt på?

Når formålet med og målgruppen for datamodellen er på plads, bør man undersøge, hvad man ønsker at måle på. Her er det relevant at overveje, hvilke datatyper man ønsker at anvende, samt hvilken måleenhed og målepunkter der bliver anvendt.

Dertil kan datakvaliteten have betydning for, hvad der er muligt og meningsfuldt at måle på. Endelig kan det have betydning, hvilke muligheder, de eksisterende data reelt giver for at opfylde formålet med brugen af data. Det kan samtidig give overvejelser om behov for supplerende data, der ikke umiddelbart er tilgængeligt, men som potentielt kan blive indsamlet senere.

AFKLARING AF DET, DER SKAL MÅLES



Datatyper



Datapunkter



Måletidspunkter



Datakvalitet

³ Rehabilitering på ældreområdet efter § 83 a i Serviceloven, Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019

Dat typer

- ➔ Størstedelen af projektkommunerne anvender kvantitative data fra omsorgssystemerne. Derudover er der projektkommuner, som anvender lokalt udviklede rehabiliteringsskemaer eller formularer, der bliver udfyldt for den enkelte borger i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Et eksempel på brugen af data, der indsamles direkte hos borgeren, er fra Struer Kommune, hvor den forløbsansvarlige i dialog med borgeren besvarer tre spørgsmål om borgerrettede virkninger i forhold til målopfyldelse og ændring i funktionsevne og selvhjulpethed (se boks nedenfor).

EKSEMPEL PÅ BRUG AF LOKALT UDVIKLET REHABILITERINGSSKEMA

Struer Kommune anvender et lokalt udviklet rehabiliteringsskema til at indsamle data om borgerens udbytte i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Skemaet indeholder spørgsmål om borgernes udbytte i forhold til:

- *Målopnåelse af det overordnede mål og delmål (fuldt nået/delvis nået/ikke nået)*
- *Ændring i funktionsevne (bedre/uændret/dårligere)*
- *Ændring i selvhjulpethed (bedre/uændret/dårligere)*

Skemaet bliver taget i brug ved opstart af forløbet, hvor mål og delmål bliver noteret. Ved afslutning af forløbet bliver ovenstående spørgsmål besvaret i fællesskab af forløbskoordinatoren og borgeren. Spørgsmålene er indarbejdet i kommunens omsorgssystem, så registreringerne bliver foretaget elektronisk, og der kan foretages udtræk gennem analyseportalen til videre bearbejdning.

Selv om projektkommunerne kun i begrænset omfang anvender kvalitative data, udtrykker kommunerne stor interesse i at kunne koble viden om økonomiske virkninger (i form af udvikling i visiteret og/eller leveret tid) med mere borgerfokuserede virkninger som ændringer i funktionsniveau eller oplevet livskvalitet. Et par af kommunerne har forsøgt at anvende funktionsevnetilstande i Fælles Sprog III (FSIII) til at give et indblik i udviklingen af borgerens funktionsevne. Projektkommunerne fortæller dog, at den nuværende registreringspraksis giver udfordringer, da alle kategorier ikke bliver udfyldt for alle borgere. Det vil typisk kun være de kategorier, der er relevante for den enkelte borger, der bliver udfyldt. Dertil kan der være usikkerhed om validiteten af registreringerne. Samtidig påpeger kommunerne, at hvis man får knækket koden til systematisk inddragelse af funktionsevnetilstande i FSIII, vil det kunne give brugbar viden om målgruppen for rehabiliteringsindsatsen og deres udbytte.

Datapunkter

Størstedelen af projektkommunerne måler på visiteret tid for at få et indblik i, hvorvidt rehabiliteringsforløbene fører til en ændring i den hjælp, borgeren modtager. Visiteret tid kan opgøres på forskellige enheder og forskellige ydelser. Eksempelvis opgør nogle kommuner visiteret tid i

EKSEMPLER PÅ DATAPUNKTER

Visiteret tid	Leveret tid	Målopfyldelse
Hvad borgeren bliver afsluttet til	Grad af borgerens selvhjulpethed	Forløbsansvarlig
Ændring i funktionsevne	Årsager til ikke-gennemført forløb	Udgifter/tid anvendt af den forløbsansvarlige

gennemsnitligt antal timer pr. uge, mens andre kommuner ser på timer pr. dag. Ud over at se på de visiterede timer i rehabiliteringsforløbet, kan man se på ændringen i visiteret tid opdelt på forskellige ydelser, fx SEL § 83, som yderligere kan blive opdelt i praktisk hjælp, personlig pleje og sygeplejeydelser.

Ændringer i visiteret tid kan være svære at måle på, hvis borgerne bliver visiteret til pakker, da variationerne i den visiterede tid ikke fremgår tydeligt. Hvis man arbejder med pakker med et stort tidsspænd, kan det være svært at vide, om rehabiliteringsindsatsen har en effekt. I sådanne tilfælde kan planlagt eller leveret tid være et bedre mål end den visiterede tid og kan evt. blive sammenholdt med den visiterede tid. Dette kan ligeledes være nødvendigt, hvis datamodellen bliver anvendt som led i en betalingsmodel baseret på leveret tid.

En del af projektkommunerne måler ligeledes på borgernes målopfyldelse. Altså hvorvidt borgeren opnår det overordnede mål og evt. delmål, der er sat for rehabiliteringsforløbet. Projektkommunerne peger på en række dilemmaer i forhold til at måle på borgernes målopfyldelse.

For det første bør man være opmærksom på, hvem der har sat målet: Er det et overordnet mål sat i forbindelse med visitationen, er det borgerens eget mål, eller er det et mål sat i fællesskab mellem en forløbsansvarlig og borgeren eller andre faggrupper? Derudover bør man overveje, hvorvidt man ser på opfyldelse af det overordnede mål eller delmål. Disse parametre kan have betydning for målets karakter, og hvor stor sandsynligheden er for at opnå målet. Projektkommunerne peger på, at brugen af målopfyldelse som måleenhed potentielt kan give incitament til at sætte målet lavere for nemmere at kunne lykkes. Omvendt kan mål sat af borgerne potentielt være sat for højt og have karakter af ønsker eller drømme, som ikke kan opnås i rehabiliteringsforløbet. Flere af projektkommunerne peger dog på, at mange borgere er realistiske omkring deres egen situation, og at opfyldelse af borgernes mål kan give vigtig viden om borgerperspektivet, og hvorvidt borgerne opnår deres ønsker til rehabiliteringsforløbet.

Derudover er der kommuner, som opgør øvrige kendetegn ved de borgere, der modtager rehabiliteringsforløb, for at få et indblik i, hvad der karakteriserer de borgere, som gennemfører eller ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb. Det har Syddjurs Kommune eksempelvis gjort. Kommunen beskriver målgruppen af borgere i forhold til køn, alder, civilstand og hvilket distrikt i kommunen, borgeren bor i.

“Mange borgere er realistiske om egen situation, og dette er vigtigt ift. borgerperspektivet”
– Projektleder, Syddjurs Kommune



Måletidspunkter

Antallet af måletidspunkter kan variere afhængigt af formålet med brugen af det specifikke mål, måleenhed og tilgængeligheden af data. Derudover er antallet af måletidspunkter også en afvejning af, hvor omfangsrig en registreringspraksis man ønsker, og hvor detaljeret et indblik man ønsker i udvikling og effekt af rehabiliteringsforløbene.

For nogle måleenheder vil det være naturligt med et enkelt nedslagspunkt, hvis måleenheden primært bliver anvendt til at karakterisere eller stratificere forløbene. Det kan være mål, der knytter sig til opstarten, fx hvem der er forløbsansvarlig, eller hvorvidt borgeren har modtaget hjælp før

rehabiliteringsforløbet eller ej. Det kan også være mål, der knytter sig til afslutningen af forløbet, fx mål opfyldelse eller hvorvidt borgeren er blevet selvhjulpent eller ej.

For måleenheder som fx visiteret tid, hvor formålet er at se på effekt eller udvikling over tid, er det relevant med minimum to måletidspunkter ved start og slut. Derudover kan man anvende måletidspunkter undervejs i forløbet, ligesom man kan anvende et eller flere nedslagspunkter efter rehabiliteringsforløbet for at få et indblik i effekterne på kortere og længere sigte.

Boksen nedenfor giver eksempler på, hvilke nedslagspunkter der er anvendt blandt projektkommunerne i forhold til visiteret tid.

EKSEMPLER PÅ MÅLETIDSPUNKTER VED BRUG AF VISITERET TID



Frederikssund: Visiteret tid pr. uge fem uger inden og hver uge op til fem uger efter forløbet. De fem uger før og efter forløbet bliver udregnet som et gennemsnit.

Syddjurs: Visiterede timer pr. dag 30 dage inden et forløb, den dag de overgår til forløbet, under forløbet, ugen efter forløbet, 30 dage og 120 dage efter.

Ringsted: Første nedslag samme dag som den første § 83a-indsats. Alle ydelserne bliver erstattet af § 83a under forløbet. Andet nedslag første dag efter den sidste § 83a-indsats (antal nye visiterede timer). Tredje nedslag fire uger efter afslutning (antal visiterede timer). Fjerde nedslag 8 uger efter afslutning (antal visiterede timer).

Der er fordele og ulemper knyttet til forskellige måletidspunkter. Afhængig af måletidspunktet kan der opstå skævvridninger, som er vigtige at have for øje, især hvis man anvender data til at måle på borgernes udvikling og effekten af rehabiliteringsforløbene. Eksempelvis kan en før-måling med nedslagspunkt lige ved opstart af forløbet skabe en overvurdering af effekten, da man i denne situation typisk vil lave målingen, når borgeren modtager mest hjælp.

”Det kan skævvride resultaterne, hvis man vælger det ene eller det andet måletidspunkt. Vi kan risikere at tegne ’et glansbillede’, hvis vi måler ud fra det tidspunkt, hvor borgerne modtager allermest hjælp. Det kan give et mere realistisk billede, hvis man opdeler borgerne i nogle simple kategorier i forhold til, om de allerede modtager ydelser ved opstart af rehabiliteringsforløb eller ej.” – Projektleder, Struer Kommune

Omvendt kan en før-måling med nedslagspunkt længere tid før opstart af forløbet potentielt medføre en undervurdering af effekten, da der kan ske en forværring af borgerens funktionsevne i den mellemliggende periode samtidig med, at borgerne kan have meget forskellige udgangspunkter i perioden før et forløb.

Det rigtige tidspunkt for før- og eftermålinger kan dermed være svært at vurdere, og valget af nedslagspunkter kan have indvirkning på den udvikling eller effekt, man ser af rehabiliteringsforløbet.

Frederikssund Kommune har forsøgt at imødekomme disse udfordringer ved at se på 5-ugers gennemsnit for den visiterede tid pr. uge både før og efter forløbet, mens Syddjurs Kommune arbejder med flere nedslagspunkter både før og efter forløbet. Nedslagspunktet 30 dage før forløbet giver kommunen et indblik i den hjælp, borgeren eventuelt modtog før forløbet, og bidrager til at vurdere effekten af rehabiliteringsforløbet.

Måletidspunkterne kan ligeledes afhænge af visitationens registreringer, da der kan være en forsinkelse på data.

Kommunale forskelle i tilgang til måletidspunkter er igen medvirkende til at vanskeliggøre de direkte

muligheder for at kigge på tværs af de enkelte kommuners resultater med et sammenlignende sigte.

“Vi risikerer at ramme et nedslagspunkt, som ikke afspejler borgerens egentlige hverdag. Derfor kigger vi på et gennemsnit over 5 uger.” – Projektleder, Frederikssund Kommune




4 Hvordan bliver data indsamlet?

Når det er besluttet, hvad man ønsker at måle på, bør man overveje, hvordan data bliver indsamlet. Nogle data vil allerede være tilgængelige i fx omsorgssystemet, mens andet data potentielt kræver nye registreringer eller arbejdsgange.

Data kan blive indsamlet af *forskellige medarbejdergrupper* og gennem *forskellige procedurer, som kan afhænge af typen af data*.

Data kan eksempelvis blive registreret og indsamlet af en visitator i forbindelse med opstart, afslutning eller ændringer i ydelser. Derudover spiller frontpersonale som fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt andre fagpersoner, som er involveret i borgernes rehabiliteringsforløb, en central rolle i den løbende dataindsamling.

AFKLARING AF DATAINDSAMLINGSMETODE

-  Afklar hvem, der indsamler data, og hvor data skal komme fra
-  Sørg for ensrettet registreringspraksis
-  Afgør om der er behov for supplerende data, og hvor mange ressourcer, der skal bruges på dette

Der kan være variation i dataindsamlingspraksis på tværs af faggrupper. Flere af projektkommunerne har derfor haft fokus på dokumentationspraksis som led i forsøgsordningen for at *sikre mere ensartet registreringspraksis* og kvalitet, så medarbejderne ved, hvad der skal blive registreret, og hvor det bliver registreret. Nogle kommuner oplever eksempelvis, at nogle faggrupper anvender FSIII mere aktivt end andre. Samtidig kan der være faggrupper, som har en faglig indsigt, som gør det mere relevant for dem at udfylde informationer om helbredstilstande og funktionsevnetilstande i borgernes journal.

En stor del af de data, der bliver anvendt, bliver indsamlet gennem *kommunernes omsorgssystem*. I mange kommuner har de private leverandører adgang til kommunens omsorgssystem, hvormed al information om borgeren fremgår ét sted. Data kan også blive indsamlet gennem *formularer eller selvudviklede spørgsmål/skemaer*, der evt. er inkorporeret i omsorgssystemet. Dette er eksempelvis

tilfældet med rehabiliteringsskemaet i Struer Kommune, hvor en forløbskoordinator ved afslutning af forløbet gennemfører en evaluering sammen med borgeren.

Nogle oplysninger findes ikke umiddelbart i data eller kan ikke trækkes fra systemet. Det kan være data om årsager til inaktive ydelser eller i nogle tilfælde viden om borgernes forløb op til rehabiliteringsforløbet. Hvis der er data, som ikke er tilgængeligt, men som bliver vurderet til at give værdifuld viden til datamodellen, er det relevant at overveje, om man skal *indsamle supplerende data*. Hvis man gør det, skal det vurderes, hvor stor arbejdsbyrden vil være for frontpersonalet i forbindelse med indsamlingen af denne type data, da det kan medføre mindre tid til de primære opgaver hos borgerne.

Generelt er det en central overvejelse i udviklingen af en datamodel, hvor mange *ressourcer* man som kommune ønsker at prioritere til manuelt dataindsamlingsarbejde. At manuelt dataindsamlingsarbejde er ressourcekrævende, er ofte et argument for blot at tage udgangspunkt i data fra omsorgssystemet, som dermed primært omhandler aktivitetssiden (og eventuelt funktionsevnetilstande fra FSIII). Omvendt kan et fyldestgørende datagrundlag også muliggøre arbejde med effektivisering, der kan lede til ressourcebesparelser på længere sigte. Ofte giver data fra omsorgssystemet ikke et systematisk indblik i borgerperspektivet og deres oplevede udbytte af rehabiliteringsforløbet, da det kræver særskilt dataindsamling (fx gennem "håndholdte" skemaer). Det er dermed vigtigt at være opmærksom på balancen mellem ressourceforbrug ved dataindsamling og den mulige dybde/bredde i datagrundlaget.

Nogle kommuner har fået et *kvalitativt blik* på de borgerrettede effekter gennem særskilte dataindsamlingsaktiviteter, der enten har været igangsat af kommunen selv eller som led i et projekt. Frederikssund Kommune har eksempelvis fået et kvalitativt indblik i borgernes udbytte af rehabiliteringsforløbene (fx livskvalitet) gennem telefoninterviews og spørgeskemaundersøgelser blandt borgere. Kommunen vil dog ikke inkludere det fast i den løbende dataindsamling, da det er for ressourcetungt. Dog ønsker de at følge op på den borgerrettede effekt inden for de nærmeste par år i et eller andet omfang.



Datakvalitet

Datakvalitet kan afhænge af flere parametre, såsom hvor data bliver registreret, hvem der registrerer det, og hvordan det bliver registreret. Derudover spiller datadisciplin en væsentlig rolle. Det er en generel og velkendt problemstilling, at det kan være en udfordring at skaffe valide data på alle de ønskede datatyper og målepunkter. Derfor er det også vigtigt at samtænke ønsker og krav til datakvalitet med spørgsmålet om, hvordan den konkrete fremskaffelse af data skal finde sted.

En stor del af datagrundlaget bliver registreret af det visiterende personale, men datakvaliteten er også afhængig af løbende ajourføring og korrektion baseret på tilbagemeldinger fra frontpersonalet, der indgår direkte i relationen med borgerne i rehabiliteringsforløbene. Flere af projektkommunerne tilkendegiver, at det kan være en udfordring at skabe den fornødne motivation og arbejdsgang for dataregistrering blandt frontpersonalet, da disse naturligt har deres primære fokus på indsatserne hos borgeren. Projektkommunerne ser et potentiale i at styrke frontpersonalets indsigt i, hvordan data bliver anvendt som ledelsesinformation eller til at understøtte den løbende drift for at synliggøre vigtigheden af at registrere og ajourføre data.

Projektkommunerne peger på, at brugen af forskellige datakilder såsom omsorgssystem og forløbsskemaer kan give udfordringer. Der kan nemlig være manglende tidsmæssig overensstemmelse, hvis de bliver sammenholdt. Det kan bl.a. skyldes, at forløb bliver forlænget, afbrudt eller afsluttet uden

en samtidig evaluering via forløbsskema. Dermed risikerer man, at en stor del af forløbene ser ud til ikke at være evalueret. Dette er vigtigt at have øje for, når man vil sammenholde forskellige datakilder.

Flere projektkommuner har en eksplicit opmærksomhed på forskellige "fejkilder" i deres dataopgørelser. Eksempelvis har det i Ringsted Kommune været nødvendigt at kigge særskilt på inaktive § 83a-/83-ydelser, da man ikke direkte i data kunne se årsagen til inaktivitet. Man kunne dermed ikke se, om en ydelse reelt var afsluttet, eller om det skyldtes midlertidige forhold som ferie, midlertidigt plejeophold eller lignende.

5 Hvordan bliver data bearbejdet og præsenteret?

Når data er samlet ind, skal der træffes beslutning om, hvordan resultaterne skal struktureres og præsenteres. Dette hænger tæt sammen med overvejelserne omkring selve formålet med datamodellen, da forskellige typer af modtagere af informationen har forskellige behov for detaljegrader og fokuspunkter i datapræsentationerne.



Ledelsesinformation målrettet den administrative eller politiske ledelse vil eksempelvis kunne være centreret omkring hovedresultater og gennemsnitsopgørelser af de opnåede effekter, mens denne målgruppe ikke vil have behov for lange og detaljerede opgørelser over udviklingen på enkeltydelsesniveau eller på borgerniveau. Disse præsentationer vil kunne laves som standardiserede rapporter, der udarbejdes med en fast frekvens. I Struer Kommune har man fx som målsætning at levere fast kvartalsvis ledelsesinformation, mens Frederikssund Kommune vil anvende dataresultaterne på halvårige dialogmøder med leverandørerne.



Styringsinformation, der skal understøtte den løbende drift og udvikling, vil med fordel kunne være langt mere detaljeret og driftsnært, hvor modtagerne præsenteres for flere datapunkter (enkeltydelser og karakteristika ved enkeltborgere) og eventuelt opdeles med resultater for forskellige driftsenheder, distrikter el.lign. Disse præsentationer vil fx kunne integreres i kommunens BI-løsninger/dashboards, så faglige ledere løbende selv kan tilgå resultaterne. Dette er bl.a. én af målsætningerne for Syddjurs Kommunes arbejde med datapræsentation.

Det kan således være nødvendigt at opbygge to eller flere "faste" formater for præsentation af data, så der sikres en tæt kobling mellem formålet med datamodellen og fremstillingen af resultaterne.

Denne ambition deles bredt af projektkommunerne, men de enkelte kommuner har endnu ikke fundet helt faste strukturer for deres datapræsentationer. Dette skyldes især, at det indsamlede rådata i kommunernes modeller kræver en del efterbearbejdning, da de forskellige omsorgssystemer ikke fuldt ud understøtter en nem adgang til at aggregere data på overskuelig vis. Efterbearbejdningen har i projektførelset ofte været foretaget håndholdt i regnearksform. Syddjurs Kommune har fx manuelt tilknyttet oplysninger om leverandør på de enkelte rehabiliteringsforløb i deres datatræk, mens Ringsted Kommune ikke har haft automatiseret mulighed for at skelne mellem nyvisiterede og "kendte" borgere i datatrækkene.

Flere kommuner har arbejdet på at finde mere automatiserede løsninger som fx VBA-programmering i regneark (Ringsted Kommune) eller automatiseret integration i "dashboards" målrettet områdeledere (Syddjurs Kommune), så data mere effektivt kan struktureres fremover.

"Vi bruger ikke data til at 'dunke nogen i hovedet med' – vi bruger det som et dialogværktøj og til at stille de rigtige opfølgende spørgsmål, hvis der er noget, der undrer os ift. bestemte distrikter, bestemte teams mv." - Projektleder, Syddjurs Kommune

Projektkommunerne er alle opmærksomme på, at de præsentationsformater, de lægger sig fast på, skal være robuste og ikke for ressourcekrævende, så det er realistisk, at de kan overgå fra projektfasen til fast drift.