

NOVEMBER 2021

CASEBESKRIVELSER

BESKRIVELSE AF PROJEKTERNE I FORSØGSORDNING MED FRIT VALG AF REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET



INDHOLD

1. INDLEDNING	3
Kort om forsøgsordningen	3
Datagrundlag for bilaget.....	3
2. ESBJERG	5
Organisering	5
Beskrivelse af projektet	5
Læring	6
Forankring	6
3. FREDERIKSSUND	8
Organisering	8
Beskrivelse af projektet	8
Læring	9
Forankring	9
4. ODENSE	11
Organisering	11
Beskrivelse af projektet	11
Læring	12
Forankring	12
5. RINGSTED.....	14
Organisering	14
Beskrivelse af projektet	14
Læring	15
Forankring	15
6. STRUER.....	16

Organisering	16
Beskrivelse af projektet	16
Læring	17
Forankring	17
 7. SYDDJURS	 19
Organisering	19
Beskrivelse af projektet	19
Læring	20
Forankring	20
 8. VEJLE	 22
Organisering	22
Beskrivelse af projektet	22
Læring	23
Forankring	23

1. INDLEDNING

I dette bilag præsenteres de syv projekter, der har deltaget i Sundhedsstyrelsens Forsøgsordning med styrket frit valg af rehabilitering på ældreområdet. Indledningsvist præsenteres datagrundlaget for beskrivelserne af projekterne. Herefter præsenteres de syv projekter gennem en beskrivelse af følgende elementer:

- Organisering
- Beskrivelse af projektet
- Læring
- Forankring.

Organisering indeholder en beskrivelse af antallet af private leverandører, hvordan de(n) private leverandør(er) udvælges, hvilken samarbejdsmodel der er mellem den kommunale og den private leverandør, om der før forsøgsordningen har eksisteret et samarbejde med den private leverandør om rehabilitering, samt hvilke fokuspunkter der har været i projektet. De nævnte fokuspunkter er udpeget af projekterne.

Kort om forsøgsordningen

Med finansloven for 2018 besluttede regeringen og Dansk Folkeparti at styrke borgernes frie valg på ældreområdet. Der blev derfor afsat midler til en forsøgsordning på rehabiliteringsområdet for at styrke samarbejdet med private leverandører inden for rehabilitering efter § 83 a. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse udmøntet puljen *Forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet*. Formålet med puljen er opnå viden om, hvordan private leverandører kan varetage hele eller dele af rehabiliteringsforløb i kommuner. Hensigten var at give den enkelte borger mulighed for at have frit valg inden for rehabilitering, hvilket skal bidrage til at sikre øget sammenhæng i borgernes forløb og ydelser, fordi de har mulighed for at vælge private leverandører til både rehabiliteringsforløb (§ 83a) og hjemmehjælp (§ 83).

Projektkommunerne

- Esbjerg
- Frederikssund
- Odense
- Ringsted
- Struer
- Syddjurs
- Vejle

Der er i alt syv projekter bestående af samarbejder mellem kommuner og private leverandører, der har modtaget midler fra puljen. I alt er der udmøntet 29,2 mio. kr. fordelt på de syv projekter.

Datagrundlag for bilaget

Bilaget er udarbejdet på baggrund af empirisk materiale indsamlet gennem workshops og kvalitative interviews gennemført med projektledere, medarbejdere og ledere fra både de kommunale og private leverandører af rehabilitering. Derudover er baggrundskaraktistika om borgerne i projektet samt besvarelser af WHO-5- og WHODAS-spørgsmål indhentet via spørgeskemaer, der er systematisk indsamlet af medarbejderne i forbindelse med borgernes opstart i et rehabiliteringsforløb.

I Tabel 1 nedenfor ses en oversigt over, hvor mange borgere i de enkelte kommuner der har hhv. en før-, efter- og opfølgende måling. Yderligere er der i alle kommunerne et frafald på borgere, der har en meningsfuld efter- og opfølgende måling for trivsel (WHO-5) og funktionsevne (WHODAS). Den præcise størrelse på datagrundlaget vil fremgå for hvert projekt. Som det fremgår af tabellen, har nogle kommuner et begrænset antal borgere med i evalueringen, mens andre kommuner har et stort frafald fra førmålingen til eftermålingen og den opfølgende måling. For førstnævnte

projekter har det ikke været muligt at udarbejde analyser for hverken målgruppebeskrivelse, målsætninger eller progressionsanalyser. For sidstnævnte kommuner har det været muligt at udarbejde en målgruppeanalyse, men ikke progressionsanalyser. Sidst bemærkes det, at nogle kommuner har haft en mindre gruppe borgere sammenlignet med andre kommuner med i evalueringen, og det vil derfor kunne variere, hvilke resultater det har været muligt at rapportere for hver enkelte kommune af hensyn til datadiskretion¹.

Tabel 1: Oversigt over antal borgere

Kommune	Borgere i projektet	Borgere med en eftermåling	Borgere med en opfølgende måling
Esbjerg	23	17	14
Frederikssund	80	79	79
Odense	43	23	13
Ringsted	15	1	1
Struer	26	22	11
Syddjurs	21	20	10
Vejle	2	1	0
I alt	210	163	128

¹ Resultater, hvor der er færre end tre observationer, er ikke medtaget i evalueringen.

2. ESBJERG



Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 1.

Udvælgelse af leverandører: Udbudsmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Privat leverandør udfører dele af rehabiliteringsforløbet.

Udgangspunkt for samarbejde: Den private leverandør har før forsøgsordningen også varetaget rehabiliteringsforløb.

Fokus i projektet:



Beskrivelse af projektet

Projektets formål var at styrke kvaliteten af det rehabiliterende arbejde hos både kommunens egen leverandør samt hos den private leverandør. Gennem en række forskellige indsatsspor er det søgt at skabe en mere rehabiliterende kultur hos både den kommunale og den private leverandør.

I forsøgsordningen er der konkret arbejdet med tiltag, der skal skabe et mere ensartet og sammenhængende borgerforløb mellem § 83a-forløb og § 83-ydelser. Dette inkluderer bl.a. en samarbejdsmodel, hvor der sikres øget tilstedeværelse af kommunalt ansatte rehabiliteringsterapeuter i rehabiliteringsforløb uanset valg af leverandør. Hertil er der etableret fast struktur for borgerrettede samarbejds møder og en model for kompetenceudvikling af SSA-/SSH-medarbejdere hos både den kommunale og den private leverandør. Yderligere er der på tværs af leverandører arbejdet for at styrke den tidlige opsporing af borgere, der potentielt kunne have gavn af et rehabiliteringsforløb.

Endelig er der arbejdet for at afklare og ensrette dokumentationspraksis i kommunens omsorgssystem, så der opnås en tilstrækkelig og ensartet praksis for dokumentation blandt både den kommunale og den private leverandør.

Det har været et centralt fokusområde for Esbjerg Kommune at etablere en robust organisatorisk understøttelse af rehabiliteringsforløb, uanset om disse leveres af den kommunale eller den private leverandør. Et omdrejningspunkt for dette arbejde har særligt været at knytte terapeutfaglighed tættere på den private leverandør ved at etablere en organisering, hvor to terapeuter er faste kontaktpersoner for den private leverandør med en klar opgave- og ansvarsbeskrivelse. I løbet af projektperioden har de to terapeuter haft funktion som kontaktpersoner, men dette udvides ved projektets afslutning, så der tilknyttes én fast terapeut til hvert af kommunens fem geografiske driftsområder. Løsninger er valgt med henblik på at ensrette kontaktheder, så der både er genkendelighed for den private leverandør (ligner organiseringen af sygeplejen) og for de kommunale terapeuter, da den private leverandør med denne organisering er at betragte som et team på lige fod med den kommunale leverandørs teams, som terapeuterne også servicerer.

Den faste kontaktpersonordning har medvirket til at underbygge relationel koordinering og ensartet kommunikation og tilrettelæggelse af § 83a-forløb hos den private leverandør. Hertil har kontaktpersonerne et formaliseret ansvar for at introducere nye medarbejdere til rehabiliteringsarbejdet, deltage i borgerrettede samarbejds møder og give løbende sparring til personalet hos den private leverandør.



Læring

Esbjerg Kommune har haft gode erfaringer med at placere kommunale rehabiliteringsterapeuter i en fremskudt position, hvor de har været helt tæt på den private leverandør med fysisk tilstedeværelse én dag om ugen. Dette har medvirket til at styrke relationsarbejdet på tværs af den kommunale og private leverandør, hvor terapeuterne er kommet tættere på den private leverandørs medarbejdere, og hvor den private leverandør omvendt har fået et dybere kendskab til den kommunale praksis. Det er også kommunens oplevelse, at den direkte adgang til terapeuterne har gjort det lettere at få skabt systematik og ensartethed i tilgangen til rehabiliteringsforløb samt at styrke den nødvendige overgang fra § 83a-forløb til ydelser efter § 83. Terapeuterne er et bærende kulturelement i forhold til rehabilitering hos begge leverandører.

Den direkte fysiske tilstedeværelse og tilgængelighed af kommunale terapeuter for den private leverandør kan ikke stå alene i arbejdet med at skabe den nødvendige kulturforandring. Det kræver stærk og tydelig ledelsesmæssig opbakning at opnå den nødvendige forankring af praksisændringerne på rehabiliteringsområdet. Det har projektet imødekommet ved, at lederne har været synlige projektdeltagere gennem projektet og har deltaget aktivt på workshops og i udviklingsaktiviteter.



Forankring

Den afprøvede model for samarbejde forankres således, at det frie valg af leverandør på rehabiliteringsområdet også fremadrettet understøttes. Den etablerede samarbejdsmodel med den private leverandør fastholdes med fokus på fremskudt og tilgængelig terapeutfaglighed, den faste model for borgerrettede samarbejds møder samt løbende og systematisk kompetenceudvikling og fastholdelse blandt de udførende medarbejdere hos både den private og den kommunale leverandør.

Tabel 1: Oversigt over resultater for Esbjerg

 Køn	Mand Kvinde	35 pct. 65 pct.	N=23
 Alder	Gns. alder	76,3 år	N=23
 Civilstatus	Bor med samlever	13 pct.	N=23
 Boligforhold	Eget hus Lejlighed Ældrebolig	26 pct. 61 pct. 13 pct.	N=23
 Visiterede ydelser før forløb	Modtog ingen ydelser Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje	30 pct. 22 pct. 70 pct. 22 pct.	N=23
 Visiteret tid for ydelsesmodtagere før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje	4,9 pct. 0,6 pct. 2,9 pct.	N=5 N=16 N=5
 Årsag til visitation	Akut sygdom Tab af funktionsevne	70 pct. 17 pct.	N=23
 Motivation for deltagelse	Gns. Motivation (1-10)	8,6	N=23
 Visiteret tid under forløb	Gns.	11,6	N=23
 Andel ydelsesmodtagere under forløb	Hjemmesygepleje Genoptræning Andet hjælp	35 pct. 0 pct. 26 pct.	N=23
 Kategorisering af mål sat for borgeren	Specifikke Brede Brede og specifikke	61 pct. 17 pct. 22 pct.	N=23
 Andel, der har opnået målet	Målet opnået Målet delvist opnået	44 pct. 44 pct.	N=16
 Trivsel (WHO-5)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	47 67 19,8	N=16
 Funktionsevne (WHODAS)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	54 68 14,3	N=16
 Plejebehov før forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp	38 pct. 19 pct. 63 pct.	N=16
 Plejebehov efter forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje	38 pct. 75 pct. 31 pct. 50 pct.	N= 16
 Gns. visiteret antal timer før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp	0,8 0,4	N=16
 Gns. visiteret antal timer efter forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje	3,8 0,4 0,2 0,9	N= 16

Ved projektets afslutning er der indført en ny struktur for terapeuternes rolle som kontaktpersoner, hvor der som tidligere nævnt tilknyttes én rehabiliteringsterapeut til hvert geografisk driftsområde. Esbjerg Kommune har fokus på at følge denne struktur tæt for at finde en pragmatisk og driftsejnet løsning, der sikrer tilgængelighed og synlighed af terapeuterne ved både borgerrettede samarbejds møder og den løbende sparring med den private leverandørs medarbejdere om konkrete rehabiliteringsforløb.



3. FREDERIKSSUND

Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 4.

Udvælgelse af leverandører: Godkendelsesmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Private leverandører udfører dele af rehabiliteringsforløbet.

Udgangspunkt for samarbejde: De private leverandører har før forsøgsordningen leveret få rehabiliteringsforløb.

Fokus for projektet:

Samarbejde	Kompetence	Rehabiliterings møder
Opfølgning	Data	Betaling



Beskrivelse af projektet

Projektets overordnede formål var at skabe sammenhæng i borgernes rehabiliteringsforløb uanset valg af leverandør. Herunder har det været et centralt fokuspunkt at forbedre det tværororganisatoriske og tværfaglige samarbejde mellem alle de involverede aktører i borgernes rehabiliteringsforløb.

I afprøvningsperioden er der fokuseret på at udvikle en samarbejdsmodel omkring rehabilitering med en tydelig rollefordeling, hvor alle parter – både kommunale og private leverandører – tager aktiv del i det fælles ansvar for rehabiliteringsforløbet sammen med borgeren og løbende arbejder på at fastholde borgerens motivation i forløbet. Herunder hører et arbejde for at styrke systematikken og kvalificere opfølgning på borgernes forløb på tværs af leverandører. Hertil er der udviklet og testet en resultatbaseret betalingsmodel, der skulle medvirke til at fremme incitamenter hos de private leverandører til at gøre borgerne så selvhjulpne som muligt og gennemføre rehabiliteringsforløb så effektivt som muligt. Denne betalingsmodel er ikke implementeret og videreført efter projektperioden. Dette skyldes særligt, at modellen har været svær at forstå og anvende på tværs af myndighed og private leverandører, samt at man ikke har kunnet se en klar effekt på borgerniveau (som fx en øget grad af selvhjulenhed) af brugen af betalingsmodellen.

Det har været et centralt fokusområde for Frederikssund Kommune at få udviklet en samarbejdsmodel vedrørende rehabiliteringsforløb, hvor alle parter har en klar forståelse af roller og arbejdsgange angående arbejdet med rehabilitering for kommunens borgere. Dette gælder både offentligt-privat-samarbejdet men også arbejdsdelingen mellem forskellige faggrupper internt i den kommunale organisation. Frederikssund Kommune samarbejder med flere private leverandører, og derfor er en fast og systematisk struktur for samarbejde afgørende for, at kommunens borgere vil opleve ensartede tilgange til rehabiliteringsforløb. En klar samarbejdsmodel er også medvirkende til at styrke kontinuitet i rehabiliteringsforløb, hvis der kommer nye leverandører til, hvilket der er konkrete erfaringer med i projektperioden.



Læring

Erfaringer fra både kommunal og privat side er, at der er opnået en fast og velafprøvet praksis for at gennemføre rehabiliteringsforløb. Hertil har de private leverandører fået en markant dybere indsigt i de forskellige arbejdsgange og ansvarsfordelinger blandt øvrige faggrupper i den kommunale organisation, hvilket også styrker samarbejdet om borgerne.

Frederikssund Kommune har haft gode erfaringer med at invitere de private leverandører ind i et åbent og tæt samarbejde om udvikling af det frie valg på rehabiliteringsområdet.

Erfaringerne fra forsøgsordningen har været, at de private leverandører har været nysgerrige på at opnå en dybere forståelse for kommunens praksis angående rehabiliteringsforløb, og den meget inddragende proces har bidraget til kompetenceudvikling af medarbejderne hos de private leverandører samt til leverandørernes overordnede vurdering af, hvilke borgere der potentielt ville kunne have gavn af rehabiliteringsforløb.

Udviklingen af en fast samarbejdsmodel har krævet tæt dialog og gensidig lydhørhed over for ændringsønsker. Uden dette ville det ikke kunne lade sig gøre at beskrive ansvarsfordeling og arbejdsgange på en måde, der både er fyldestgørende og forståelig på tværs af aktører.



Forankring

Den afprøvede samarbejdsmodel forankres således, at princippet om frit valg af leverandør ved rehabilitering søges vedtaget politisk i Frederikssund Kommune. Herunder hører, at der skal vedtages minimumskrav til de kompetencer, som de enkelte medarbejdere skal have for at kunne gennemføre rehabiliteringsforløb (kun hjælperuddannet personale).

Samarbejdsmodellen, der er blevet afprøvet i projektperioden, videreføres, men der er fokus på, at denne skal videreudvikles og evalueres løbende. Herunder gennemføres ved projektets afslutning en organisatorisk justering, hvor de private leverandører fremover skal arbejde tæt sammen med det kommunale team af terapeuter om de enkelte rehabiliteringsforløb, og dette samarbejde skal følges tæt for at sikre, at de gode resultater fra projektperioden videreføres.

Tabel 3: Oversigt over resultater for Frederikssund

 Køn	Mand Kvinde	30 pct. 70 pct.	N=80
 Alder	Gns. alder	76,1 år	N=80
 Civilstatus	Bor med samlever	30 pct.	N=80
 Boligforhold	Eget hus Lejlighed Ældrebolig	49 pct. 44 pct. 8 pct.	N=80
 Visiterede ydelser før forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje Andre ydelser	51 pct. 21 pct. 30 pct. 14 pct. 21 pct. 9 pct.	N=80
 Visiteret tid for ydelsesmodtagere før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje Genoptræning Andet	6,1 1,2 4,5 2,3 2,8	N=17 N=24 N=11 N=17 N=7
 Årsag til visitation	Akut sygdom Tab af funktionsevne Revisitation Andet	40 pct. 6 pct. 29 pct. 18 pct. 8 pct.	N=80
 Motivation for deltagelse	Gns. motivation (1-10)	6,5	N=45
 Visiteret tid under forløb	Gns.	5,1	N=79
 Andel ydelsesmodtagere under forløb	Hjemmesygepleje Genoptræning Andet hjælp	35 pct. 13 pct. 32 pct.	N=79
 Kategorisering af mål sat for borgeren	Specifikke Brede Brede og specifikke	50 pct. 25 pct. 23 pct.	N=80
 Andel, der har opnået målet	Målet opnået Målet delvist opnået Målet ikke opnået	49 pct. 35 pct. 15 pct.	N=79
 Trivsel (WHO-5)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	38 51 13,8	N=21
 Funktionsevne (WHODAS)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	57 66 8,9	N=20
 Plejebehov før forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje	51 pct. 22 pct. 30 pct. 14 pct. 22 pct.	N=79
 Plejebehov efter forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje	16 pct. 33 pct. 53 pct. 30 pct. 38 pct.	N=79
 Gns. visiteret antal timer før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje	1,3 0,4 0,6 0,5	N=79
 Gns. visiteret antal timer efter forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje	1,6 0,6 0,7 0,8	N=79

Fremover er der ikke koblet en dedikeret projektleder på opgaven med at udvikle rehabiliteringssamarbejdet med de private leverandører, så der er fokus på at imødekomme sårbarhed ved eventuel udskiftning af nøglepersoner gennem en fortsat formalisering af samarbejdet og arbejdsgangene på rehabiliteringsområdet.

4. ODENSE



Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 1.

Udvælgelse af leverandører: Udbudsmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Privat leverandør varetager hele rehabiliteringsforløbet.

Udgangspunkt for samarbejde: Intet tidligere samarbejde med private leverandører om rehabilitering.

Fokus for projektet:

Opfølgning

Samarbejde

Kompetence

Rehabiliterings
møder



Beskrivelse af projektet

Målene for projektet var at øge borgerinddragelsen og give borgerne en oplevelse af, at tilgangen til rehabiliteringsforløbene er den samme uanset, om borgeren vælger den kommunale eller private leverandør. Derudover ønskede parterne at styrke medarbejdernes faglige kompetencer og at styrke den relationelle koordinering i rehabiliteringsforløbene samt på tværs af kommunale og private faggrupper. Endelig var der mål om at sikre hurtigere og mere kvalificeret udredning, hyppigere opfølgning på borgerens rehabiliteringsplan samt øget systematik og klarhed omkring arbejdsgange.

Erfaringerne fra projektet er, at samarbejdet mellem den kommunale og private leverandør er styrket som følge af et tæt samarbejde mellem parterne både på ledelses- og medarbejderniveau. Det kommer bl.a. til udtryk ved et styrket samarbejde mellem terapeuterne i kommunen og hos den private leverandør, som har en øget kontakt efter projektperioden.

Et centralt fokusområde i projektet i Odense Kommune har været udviklingen af en bæredygtig samarbejdsmodel for rehabilitering. Kommunen har ikke tidligere samarbejdet med private leverandører om § 83a, og dermed var det centralt at få udviklet en samarbejdsmodel, hvor alle parter har en klar og fælles forståelse af formål, roller og arbejdsgange i forbindelse med rehabilitering af borgerne. Samarbejdsmodellen skal ligeledes understøtte en ensartet tilgang til borgerne uanset valg af leverandør. Samarbejdsmodellen er udviklet i et samarbejde mellem Odense Kommune og den private leverandør og beskriver samarbejdet om § 83a-forløb for borgere med fysiske funktionsnedsættelser.

En forudsætning for samarbejdet er, at den private leverandør har en terapeut ansat, så den private leverandør selv kan varetage hele forløbet med en privat terapeut som forløbskoordinator. I projektperioden har der i praksis været et tættere samarbejde om forløbene, hvor de kommunale terapeuter har været tættere på i forhold til videndeling og sparring med de private terapeuter om forløbene. Dette har bidraget positivt til samarbejdet, kendskabet til hinanden og den relationelle koordinering.

Kommunen har ligeledes afprøvet en ny triageringsmodel, hvor borgerne kategoriseres i rød, gul og grøn. Formålet med triageringsmodellen er at sikre, at ressourcerne i Myndighedsafdelingen

anvendes bedst muligt og samtidig give hurtigere udredning ved de enkle og ukomplicerede grønne forløb, hvor den private terapeut selvstændigt kan varetage udredningen.



Læring

I Odense Kommune har de haft gode erfaringer med at invitere de private leverandører ind i et tæt og åbent samarbejde om at udvikle samarbejdsmodellen for rehabilitering. Både på ledelses- og medarbejderniveau har der været et samarbejde i regi af projekt- og styregruppe, som har bidraget til en fælles forventningsafstemning og retning for projektet. Derudover har der været et samarbejde om de enkelte rehabiliteringsforløb mellem kommunale terapeuter, sygeplejersker og myndighed samt de private terapeuter på bl.a. tværfaglige møder.

Deltagerne i projektet oplever, at de overordnet er nået i mål med at udvikle en samarbejdsmodel samt en klar rolle- og ansvarsfordeling i forskellige faser af forløbet. Derudover har deltagerne opbygget tættere relationer, som understøtter den relationelle koordinering i hverdagen og arbejdet med borgerne.

En udfordring har været, at der undervejs i projektperioden har været en stor udskiftning i medarbejdergruppen, og derfor peger deltagerne på, at det er vigtigt at fastholde fokus på at klæde nye medarbejdere på til det rehabiliterende arbejde. Derudover har kommunen undervejs i projektet skiftet omsorgssystem, hvilket ligeledes har krævet tid til at opdatere arbejdsgangene og klæde medarbejderne på.



Forankring

Den udviklede samarbejdsmodel har haft til formål at sikre forankring af projektet og samarbejdet om § 83a mellem Odense Kommune og den private leverandør. I første omgang er det besluttet at videreføre samarbejdet frem til udgangen af 2021, hvorefter der træffes endelig politisk beslutning om, hvorvidt samarbejdet skal fortsætte på baggrund af erfaringer fra projektet og forsøgsordningen.

I første omgang videreføres samarbejdet med de arbejdsgange, som er beskrevet i samarbejdsmodellen. I overgangen fra projekt til drift er der en række tiltag, som kommunen ønsker at fastholde. De ønsker bl.a. at fastholde nogle af de mødestrukturer, de har haft i projektperioden på både ledelses- og medarbejderniveau, som giver mulighed for løbende at sparre om konkrete borgerforløb og drøfte samarbejdsmodellen.

For at sikre fokus på det rehabiliterende arbejde fremadrettet ønsker kommunen og den private leverandør at fokusere på, at en leder fra den

Tabel 4: Oversigt over resultater for Odense

	Køn	Mand Kvinde	21 pct. 79 pct.	N=43
	Alder	Gns. alder	77,9 år	N=43
	Civilstatus	Bor med samlever	23 pct.	N=43
	Boligforhold	Eget hus Lejlighed Ældrebolig	56 pct. 35 pct. 9 pct.	N=43
	Visiterede ydelser før forløb	Modtog ingen ydelser Personlig pleje Praktisk hjælp	51 pct. 22 pct. 29 pct.	N=41
	Visiteret tid for ydelsesmodtagere før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp	1,4 0,6	N=9 N=12
	Årsag til visitation	Akut sygdom Tab af funktionsevne Andet	67 pct. 19 pct. 12 pct.	N=43
	Motivation for deltagelse	Gns. motivation (1-10)	7,8	N=40
	Visiteret tid under forløb	Gns.	2,7	N=38
	Andel ydelsesmodtagere under forløb	Hjemmesygepleje Andet hjælp	16 pct. 34 pct.	N=38
	Kategorisering af mål sat for borgeren	Specifikke Brede Brede og specifikke	37 pct. 47 pct. 16 pct.	N=43
	Andel, der har opnået målet	Målet opnået Målet delvist opnået Målet ikke opnået	35 pct. 43 pct. 22 pct.	N=24
	Trivsel (WHO-5)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	42 58 15,6	N=23
	Funktionsevne (WHODAS)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	54 61 7	N=20
	Plejebehov før forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp	53 pct. 24 pct. 29 pct.	N=17
	Plejebehov efter forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning	18 pct. 41 pct. 47 pct. 24 pct.	N=17
	Gns. visiteret antal timer før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp	0,2 0,2	N=17
	Gns. visiteret antal timer efter forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning	1,6 0,4 0,5	N=17

private leverandør skal deltage på

koordineringsmøder, således at lederen også kan tage ansvar og sætte retning for den rehabilitering, der foregår ude hos borgerne. Derudover skal der ses nærmere på sygeplejens rolle i rehabiliteringsforløb hos den private leverandør både i forhold til mødedeltagelse men også i forhold til at klarlægge rolle- og ansvarsfordeling i forløb, hvor sygeplejen er involveret.



5. RINGSTED

Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 1.

Udvælgelse af leverandører: Udbudsmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Privat leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet.

Udgangspunkt for samarbejde: Ringsted Kommune har gennem en længere årrække samarbejdet med den private leverandør om rehabilitering.

Fokus for projekt:

Rehabiliterings
møder

Kompetence



Beskrivelse af projektet

Projektet udspringer af et tidligere projekt i Ringsted Kommune om rehabilitering. Projektet i forsøgsordningen havde følgende overordnede formål:

- **Kompetenceudvikling:** Gennemførelse af undervisning varetager af Type2dialog, udvikling af undervisningsmateriale, oplæring af kommunale undervisere og etablering af netværk for mødeledere.
- **Faglig refleksion:** Afvikling af faglige opfølgingsmøder og øget fokus på dokumentation.
- **Borgerinddragelse:** Inddragelse af borgere i målsætning, gennemførelse af interview med borgere og afvikling af åbne borgermøder om rehabilitering.

I projektperioden er der afprøvet en model for samarbejde, hvor den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet med løbende sparring fra en kommunal rehabiliteringsterapeut ift. selve rehabiliteringsindsatsen. Ringsted Kommune har etableret og løbende samarbejde med den private leverandør. Fokus i projektet har derfor ikke været på at opstarte en ny samarbejdsrelation, men at forbedre den allerede eksisterende.

Det centrale fokusområde i projektet har været at udvikle et koncept for en løbende kompetenceudvikling af nye medarbejdere gældende for medarbejdere hos både kommunal og privat leverandør for at tilbyde borgerne ens forløb uanset leverandør. Konceptet har dels bestået af løbende afvikling af undervisning om rehabilitering samt opkvalificering af medarbejdere til at kunne varetage undervisningen fremadrettet. Der er afprøvet både undervisning med fysisk fremmøde og et virtuelt format. Undervejs i projektet er der opstået et behov for yderligere at styrke mødelederrollen hos de medarbejdere, der varetager de tværfaglige rehabiliteringsmøder. Der er derfor afviklet yderligere kompetenceudvikling af mødeledere samt evalueret og ændret på formatet af de tværfaglige rehabiliteringsmøder.

Erfaringer fra projektet er, at det er vigtigt for samarbejdet, at der er kontinuitet blandt de rehabiliteringsterapeuter, der deltager på de tværfaglige rehabiliteringsmøder hos den private leverandør for at sikre ensartethed. Derudover er det en erfaring, at den løbende kompetenceudvikling kræver en fast dedikeret medarbejder til at varetage praktiske opgaver ifm. planlægning og afvikling.



Læring

Projektet hviler på et langvarigt samarbejde mellem den private leverandør og Ringsted Kommune, hvor der er opbygget en fælles forståelse af rehabilitering og en gensidig indsigt i hinandens organisationer.

Projektet har haft gode erfaringer med løbende at invitere den private leverandør med til kompetenceudvikling og relevante møder for at understøtte kendskabet på tværs af medarbejdergrupper. Desuden er det en erfaring, at samarbejdet understøttes af, at det er faste medarbejdere, der deltager i møder og giver sparring hos den private leverandør.

Projektet har været præget af udfordringer relateret til udskiftning af flere centrale ledere og rehabiliteringsterapeuter i Ringsted Kommune, hvilket har reduceret fokus på projektet.



Forankring

Den afprøvede samarbejdsmodel forankres, således at den private leverandør fortsat varetager dele af rehabiliteringsforløbet og understøttes fagligt af en kommunal rehabiliteringsterapeut. Det fastholdes, at det er de samme rehabiliteringsterapeuter, der tilknyttes den private leverandør.

Fremadrettet inviteres nye medarbejdere hos den private leverandør også med til kompetenceudvikling. Ligesom der knyttes en fast tovholder til kompetenceudviklingen, der har til opgave at varetage praktiske opgaver ift. booking af medarbejdere, kursusbeviser samt kontakt til den private leverandør.

Tabel 5: Oversigt over resultater for Ringsted

 Køn	Mand Kvinde	40 pct. 60 pct.	N=15
 Alder	Gns. alder	82,5 år	N=15
 Civilstatus	Bor med samlever	13 pct.	N=15
 Boligforhold	Eget hus Lejlighed Ældrebolig	40 pct. 40 pct. 20 pct.	N=15
 Visiterede ydelser før forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje	13 pct. 47 pct. 73 pct. 40 pct.	N=15
 Visiteret tid for ydelsesmodtagere før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje	2,0 0,8 1,1	N=7 N=11 N=6
 Årsag til visitation	Akut sygdom med indlæggelse Akut sygdom uden indlæggelse	80 pct. 20 pct.	N=15
 Motivation for deltagelse	Gns. motivation (1-10)	8,4	N=11
 Visiteret tid under forløb	Gns.	5,6	N=38
 Andel ydelsesmodtagere under forløb	Hjemmesygepleje Andet hjælp	80 pct. 67 pct.	N=38
 Kategorisering af mål sat for borgeren	Specifikke Intet mål	47 pct. 27 pct.	N=15

6. STRUER

Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 1.

Udvælgelse af leverandører: Udbudsmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet.

Udgangspunkt for samarbejde: Struer Kommune har tidligere samarbejdet med den private leverandør om rehabilitering.

Fokus for projektet:

Opfølgning

Samarbejde

Kompetence

Rehabiliterings
møder



Beskrivelse af projektet

Projektets overordnede formål var at implementere en justeret model for tværfaglig rehabilitering, som bygger på en helhedsorienteret og bred tværfaglig forståelse af rehabilitering. En forudsætning for at lykkes med implementering af modellen er, at der udarbejdes smidige arbejdsgange og systemer til kommunikation og dokumentation. Fokus i projektet har været på kommunikation og dokumentation, herunder både elektronisk kommunikation og dokumentation via FS III og mundtlig kommunikation, fx gennem tværfaglige møder. Den private leverandør har i alle årene deltaget i de tværfaglige rehabiliteringsforløb i Struer og har også sammen med kommunen deltaget i tidligere udviklingsprojekter.

Mål i projektet har således været at sikre en fælles forståelse for Struers model for rehabilitering, at beskrive og implementere smidige, gennemsigtige og effektive arbejdsgange for frontmedarbejderne, overskuelige systemer til kommunikation og dokumentation og at sætte det rehabiliterende arbejde i fokus i hverdagen.

Det har været et vigtigt fokusområde i projektet at beskrive samarbejdsmodellen, herunder konkrete arbejdsgange i samarbejdet omkring rehabiliteringsforløb. Beskrivelsen er sket i et SamarbejdsAftaleSkema (SAS). Heri er beskrevet arbejdsgange i forbindelse med opsporing, henvisning, visitation, udredning, målsætning, tværfaglige møder, indsatser, opfølgning og evaluering samt afslutning. Udarbejdelsen er foregået på en række møder i en bred inddragende proces med projektgruppen med repræsentanter fra alle relevante afdelinger i kommunen samt den private leverandør. Deltagerne har i overvejende grad været ledelsesrepræsentanter, og implementeringsansvaret har således ligget hos dem.

Som opfølgning på udarbejdelsen af SAS har projektgruppen afholdt audits. Med udgangspunkt i konkrete borgercases og et auditskema har projektgruppen vurderet, hvorvidt SAS følges i praksis, og dermed fulgt op på, hvorvidt den aftalte samarbejdsmodel er implementeret i organisationen. Det har givet anledning til konkrete handlinger og opfølgning, hvor noget enten har vist sig ikke at blive efterlevet i praksis, eller hvor fx dokumentationssystemer eller andet ikke er indrettet hensigtsmæssigt. Audits har således bidraget til en praksisnær kvalitetssikring. Igen har projektgruppen – i kraft af at den er sammensat af ledere – haft ansvar for at tage læringen fra audits med tilbage til egen afdeling.



Læring

Projektet i Struer Kommune har været kendetegnet ved en meget grundig og meget inddragende proces, hvor alle afdelinger i Sundhed og Omsorg samt den private leverandør i fællesskab har beskrevet en model for samarbejdet omkring rehabiliteringsforløb.

Udfordringen har været, at få modellen implementeret i driften, hvor de enkelte ledere har haft ansvaret for at implementere den i egen afdeling. Derudover var planen, at alle medarbejdere skulle introduceres til projektet og Struers model for rehabilitering på et fælles møde. Dette har COVID-19 forhindret, men som alternativ er der i samarbejde med kommunens kommunikationsafdeling udarbejdet en række korte videoer, hvor relevante repræsentanter formidler tilgangen til rehabilitering i Struer Kommune. Videoerne skal anvendes i forbindelse med implementeringen bredt samt fremadrettet, når nye medarbejdere hos både kommunal og privat leverandør introduceres til Struer Kommune. Derudover er der udviklet en animationsfilm, som illustrerer Struers model for rehabilitering.

Endelig skal implementering i driften understøttes ved at udvikle enkle og overskuelige materialer, bl.a. en pixiudgave af SAS, som medarbejderne kan anvende i hverdagen.



Forankring

I den fremadrettede forankring vil der være fokus på at implementere Struers model for rehabilitering bredt i driften. Fra at være et centralt drevet projekt fra kontoret *Udvikling og Administration* overgår ansvaret for implementering og opfølgning nu forventeligt til Myndighedsafdelingen.

Ud over forankringen hos en bredere skare af medarbejdere hos den kommunale og private leverandør skal modellen også udbredes til en ny leverandør, som er kommet til siden projektperioden.

Der er ikke taget beslutning om en endelig model for det fremadrettede ledelsesmæssige samarbejde, men der lægges fra projektgruppens side op til, at der fortsat skal være en tværfaglig ledelsesgruppe, som følger rehabiliteringsindsatsen - blandt andet ved hjælp af audits og ledelsesinformation.

Tabel 6: Oversigt over resultater for Struer

 Køn	Mand Kvinde	54 pct. 46 pct.	N=26
 Alder	Gns. alder	76,2 år	N=26
 Civilstatus	Bor med samlever	27 pct.	N=26
 Boligforhold	Eget hus Lejlighed Ældrebolig	58 pct. 27 pct. 15 pct.	N=26
 Visiterede ydelser før forløb	Modtog ingen Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje Andre ydelser	12 pct. 58 pct. 69 pct. 46 pct. 73 pct. 46 pct.	N=26
 Visiteret tid for ydelsesmodtagere før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje Andet	4,7 2,0 7,5 1,2	N=15 N=18 N=19 N=12
 Årsag til visitation	Akut sygdom med indlæggelse Tab af funktionsevne	65 pct. 27 pct.	N=26
 Motivation for deltagelse	Gns. motivation (1-10)	8,9	N=24
 Visiteret tid under forløb	Gns.	3,7	N=26
 Andel ydelsesmodtagere under forløb	Hjemmesygepleje Genoptræning Andet hjælp	81 pct. 92 pct. 62 pct.	N=26
 Kategorisering af mål sat for borgeren	Specifikke Brede Brede og specifikke	50 pct. 31 pct. 19 pct.	N=26
 Andel, der har opnået målet	Målet opnået Målet delvist opnået	56 pct. 38 pct.	N=16
 Trivsel (WHO-5)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	40 63 23,8	N=16
 Funktionsevne (WHODAS)	Score før forløb Score efter forløb Udvikling	50 73 22,4	N=16
 Plejebehov før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje Andet	64 pct. 73 pct. 50 pct. 77 pct. 50 pct.	N=22
 Plejebehov efter forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Genoptræning Hjemmesygepleje Andet	55 pct. 73 pct. 59 pct. 68 pct. 45 pct.	N=22
 Gns. visiteret antal timer før forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje Andet	2,7 1,5 3,9 0,5	N=22
 Gns. visiteret antal timer efter forløb	Personlig pleje Praktisk hjælp Hjemmesygepleje Andet	2,4 1,2 1,0 0,6	N=22

Der lægges også op til, at der skal være en fremadrettet model for kompetenceudvikling, som sikrer, at nye medarbejdere får introduktion til rehabiliteringsmodellen. Endelig fortsætter de tværfaglige rehabiliteringsmøder på borgerniveau efter projektets afslutning.

7. SYDDJURS



Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 1.

Udvælgelse af leverandører: Udbudsmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Privat leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet.

Udgangspunkt for samarbejde: Syddjurs Kommune har tidligere samarbejdet med private leverandører om rehabilitering.

Fokus for projektet:

Data

Samarbejde

Kompetence

Rehabiliterings
møder



Beskrivelse af projektet

Projektets formål var at sikre, at medarbejderne hos den private leverandør fik kompetenceudvikling omkring rehabiliteringsindsatsen svarende til den kommunale hjemmepleje og dermed kompetencer til at indgå i rehabiliteringsforløb. Dette med henblik på, at indsatsen leveres med samme høje mono- og tværfaglighed uanset borgerens valg af leverandør. Herunder var målene at skabe en kultur hos den private leverandør, hvor alle medarbejdere har fokus på rehabilitering og har en fælles forståelse for rehabilitering, at styrke kommunikation og dokumentation med henblik på at sikre, at alle har den samme information og viden om borgeren, styrke samarbejdet på tværs af faggrupper samt gennem øget kendskab til hinanden sikre smidigere arbejdsgange og samarbejde.

I projektperioden er der afprøvet en model for samarbejde med de private leverandører, hvor de private leverandører varetager dele af forløbet. Når en borger bevilliges et rehabiliteringsforløb efter § 83a, er det medarbejdere hos den private leverandør, som står for at levere hjælpen og støtten i hverdagen. Der er altid koblet en forløbsansvarlig fra kommunen på rehabiliteringsforløbene.

Det har været et centralt fokusområde fra start og gennemgående i projektet at styrke kompetencerne hos den private leverandør. Kommunen har tidligere gennemført en lignende opkvalificering af kompetencer hos egne medarbejdere og ville med dette projekt understøtte, at de samme kompetencer er til stede hos den private leverandør med henblik på at sikre, at borgerne får den samme ydelse uanset leverandør. Medarbejderne hos den private leverandør har således deltaget i kompetenceudvikling i Syddjurs Kommunes model for rehabilitering, sundhedslovsydelser, den motiverende samtale, afholdelse af tværfaglige rehabiliteringsmøder/mødeledelse, tidlig opsporing og hjælpemidler. Derudover har de modtaget undervisning i dokumentationspraksis og fået en repræsentant med i kommunens CURA-superbrugergruppe.

Endelig har den private leverandør haft besøg af relevante fag- og ressourcepersoner fra kommunen på teammøder for at sikre kendskab til kommunens tilbud med henblik på at fremme dialogen og smidigere arbejdsgange mellem privat leverandør og kommune.

Erfaringerne er, at projektet i høj grad har styrket kompetencerne hos den private leverandør og netop bidraget til en tæt dialog, smidigere samarbejde, større viden på tværs samt forståelse for hinandens organisering og arbejdsgange.



Læring

Syddjurs Kommune har haft gode erfaringer med at ansætte en terapeut som tovholder på samarbejdet med den private leverandør. Tovholderen har sikret en tæt dialog, løbende opfølgning og sparring med den private leverandør. Terapeuten har blandt andet været fast deltager på den private leverandørs møder med henblik på at sætte fokus på opsporing af borgere til rehabiliteringsforløb og følge op på igangværende forløb.

Udfordringer i projektet har knyttet sig til udefrakommende faktorer, da den private leverandør blev udskiftet cirka halvvejs i projektet.

Udfordringen er imødekømt ved at starte projektet på ny i forhold til at målrette projektet den nye leverandør, men målene var de samme, og dermed blev det planlagte kompetenceudviklingsforløb gennemført sammen med den nye leverandør. Den positive læring herfra er blandt andet, at den nye private leverandør meget hurtigt er blevet en integreret del af kommunen og en leverandør på lige fod med den kommunale leverandør. Der er på kort tid opnået en tæt dialog mellem den private leverandør og den kommunale visitation, sygepleje og terapeuter. Samtidig varetager den private leverandør en relativt set stor andel § 83a-forløb.



Forankring

Ved afslutningen af projektperioden er der ikke truffet endelig beslutning om den præcise udformning af den fremadrettede samarbejdsmodel. Det er forventningen, at den afprøvede model forankres således, at de private leverandører fortsat varetager dele af rehabiliteringsforløbet, men understøttes fagligt af en forløbsansvarlig i kommunen. Tovholderfunktionen fastholdes ved, at to forløbsansvarlige terapeuter fremadrettet vil have særligt ansvar for samarbejdet med den private leverandør og vil deltage i tværfaglige rehabiliteringsmøder.

Der skal fortsat være fokus på, at de relevante samarbejdspartnere i rehabiliteringsforløb er kendte og tilgængelige for den private leverandør.

Tabel 7: Oversigt over resultater for Syddjurs

	Køn	Mand	43 pct.	N=21
		Kvinde	57 pct.	
	Alder	Gns. alder	80,8 år	N=21
	Civilstatus	Bor med samlever	29 pct.	N=21
	Boligforhold	Eget hus	48 pct.	N=21
		Lejlighed	19 pct.	
		Ældrebolig	33 pct.	
	Visiterede ydelser før forløb	Personlig pleje	90 pct.	N=20
		Praktisk hjælp	80 pct.	
		Genoptræning	20 pct.	
		Hjemmesygepleje	70 pct.	
	Visiteret tid for ydelsesmodtagere før forløb	Personlig pleje	6,1	N=18
		Praktisk hjælp	0,6	N=16
		Hjemmesygepleje	0,9	N=4
		Andet	0,8	N=14
	Årsag til visitation	Akut sygdom med indlæggelse	43 pct.	N=21
		Akut sygdom med indlæggelse	14 pct.	
		Tab af funktionsevne	38 pct.	
	Motivation for deltagelse	Gns. motivation (1-10)	6,4	N=21
	Visiteret tid under forløb	Gns.	3,9	N=20
	Andel ydelsesmodtagere under forløb	Hjemmesygepleje	60 pct.	N=20
		Andet hjælp	25 pct.	
	Kategorisering af mål sat for borgeren	Specifikke	100 pct.	N=21
	Andel, der har opnået målet	Målet opnået	50 pct.	N=20
		Målet delvist opnået	20 pct.	
		Målet ikke opnået	30 pct.	
	Trivsel (WHO-5)	Score før forløb	37	N=14
		Score efter forløb	37	
		Udvikling	0	
	Funktionsevne (WHODAS)	Score før forløb	57	N=12
		Score efter forløb	60	
		Udvikling	3	
	Plejebehov før forløb	Personlig pleje	94 pct.	N=18
		Praktisk hjælp	83 pct.	
		Genoptræning	22 pct.	
		Hjemmesygepleje	67 pct.	
	Plejebehov efter forløb	Personlig pleje	67 pct.	N=18
		Praktisk hjælp	78 pct.	
		Genoptræning	0 pct.	
		Hjemmesygepleje	50 pct.	
	Gns. visiteret antal timer før forløb	Personlig pleje	5,9	N=18
		Praktisk hjælp	0,5	
		Genoptræning	0,2	
		Hjemmesygepleje	0,6	
	Gns. visiteret antal timer efter forløb	Personlig pleje	4,9	N=18
		Praktisk hjælp	0,4	
		Genoptræning	0,0	
		Hjemmesygepleje	0,6	

Fremadrettet vil medarbejdere hos den private leverandør blive inviteret med til kompetenceudvikling i kommunalt regi med henblik på at vedligeholde og styrke kompetencerne hos (nye) medarbejdere ved den private leverandør.

Endelig lægges der op til, at der også fremadrettet skal ske opfølgning på kvaliteten af rehabiliteringsforløbene ved hjælp af ledelsesinformation, som der er gjort en række erfaringer med undervejs i projektet.

8. VEJLE



Organisering

Antal private leverandører i samarbejdet: 2.

Udvælgelse af leverandører: Udbudsmodel.

Valgte samarbejdsmodel: Den private leverandør varetager hele rehabiliteringsforløbet (med undtagelse af sygeplejefaglige ydelser).

Udgangspunkt for samarbejdet: Vejle Kommune har tidligere samarbejdet med private leverandører om rehabilitering.

Fokus for projektet:

Samarbejde

Kompetence

Rehabiliterings
møder



Beskrivelse af projektet

Projektets formål var at styrke det frie valg af § 83a, således at borgerne oplever kontinuitet på tværs af indsatserne og dermed en højere kvalitet i borgerforløbene. Målene var derfor at styrke samarbejdet mellem Myndighedsafdelingen, den kommunale sygepleje, terapeuterne og de private leverandører baseret på tæt dialog i et forum med faglig refleksion og udvikling. Der har særligt været fokus på at styrke samarbejdet om rehabiliteringsforløb knyttet til kompressionsbehandling. Derudover har et centralt mål i projektet været, at medarbejderne får øget viden om hjælpemidler med henblik på at styrke deres kompetencer indenfor kompressionsbehandling.

Erfaringerne med at styrke samarbejdet med de private leverandører samt medarbejdernes kompetencer internt og hos de private leverandører har været gode. Myndighedsafdelingen, de kommunale sygeplejersker samt de private terapeuter har været centrale aktører i projektet og har arbejdet målrettet med at styrke samarbejdet og dialogen på tværs samt på at sikre smidigere arbejdsgange.

Det har været et vigtigt fokusområde i projektet at styrke samarbejdet på tværs af kommune og de to private leverandører. Som led i dette har der været afholdt tværfaglige rehabiliteringsmøder som prøvehandling i projektet. Møderne har været afholdt hver anden uge med deltagelse af kommunale sygeplejersker, terapeuter fra de private leverandører samt ledelsesrepræsentanter. Møderne har været afholdt som virtuelle møder grundet COVID 19-restriktioner. Erfaringerne er, at møderne sammen med andre tværfaglige aktiviteter i projektet i høj grad har styrket samarbejdet på tværs og blandt andet har bidraget til en bedre dialog, smidigere samarbejde, større viden samt forståelse for hinandens arbejde. Det har også været en vigtig erfaring, at de tværfaglige møder kræver tydelig mødeledelse og en klar dagsorden, hvilket blandt andet er søgt styrket gennem kompetenceudvikling i mødeledelse. Møderne har været udfordret af, at der har manglet borgere i § 83a-forløb knyttet specifikt til at blive selvhjulpne i forhold til af- og påtagning af kompressionsstrømper. Der har været gennemført flere tiltag for at søge flere borgere, der kunne deltage i sådanne rehabiliteringsforløb i projektperioden, men antallet af borgere har stadig været begrænset. Dette har gjort det svært at udnytte mødernes egentlige formål og har udfordret deltagernes mulighed for at prioritere møderne. En erfaring er således, at lignende møder, fremadrettet, bør have et bredere fokus på borgere i rehabiliteringsforløb generelt.



Læring

Vejle Kommune har opnået gode erfaringer med at styrke samarbejdet med de private leverandører samt med at styrke medarbejdernes kompetencer inden for kompressionsbehandling. Særligt det at mødes (fysisk og virtuelt) i projektregi, få "sat ansigt på" og styrke kommunikationen fremhæves som positive erfaringer i projektet. Deltagerne i projektet lægger vægt på, at de er kommet tættere på hinandens praksis i hverdagen.

Udfordringer har været mangel på borgere i forløb, hvilket har gjort det svært at afprøve og vedligeholde de opnåede kompetencer i projektet. Det har også udfordret afprøvning af tværfaglige rehabiliteringsmøder, da der har manglet borgere på dagsordenen til møderne. Mangel på borgere har blandt andet knyttet sig til projektets snævre fokus på rehabiliteringsforløb knyttet til selvhjulpethed ift. kompressionsstrømper. Udfordringen er blandt andet søgt imødekommet ved at lade møderne og projektet handle mere generelt om samarbejde om rehabiliteringsforløb og dialog, kommunikation og kendskab til hinanden på tværs af kommunal og privat.



Forankring

I den fremadrettede forankring vil kommunen fokusere på at udbrede de gode erfaringer, som de to deltagende distrikter i kommunen har gjort sig i projektet, til resten af kommunen. Det handler både om erfaringer vedrørende et tættere samarbejde med de private leverandører, styrkede kompetencer inden for kompressionsbehandling og lettere arbejdsgange knyttet til bevilling af kompressionsstrømper. Der er også enighed om at udvide samarbejdet ift. de faglige områder, som ikke har været en del af projektet (dvs. andre end kompressionsområdet, fx sårpleje). Der er enighed om at sikre, at kompetenceudvikling fremadrettet bliver fælles, således at de samme kompetencer er til stede i kommunen og hos de private leverandører.

Der er enighed om, at de barrierer, der er mellem private og kommunale leverandører, i høj grad er blevet nedbrudt i projektet, men at dette i høj grad knytter sig til deltagerne i projektet, og at de gode erfaringer bør udbredes. Der skal tages stilling til, hvordan samarbejdet konkret skal videreføres, men der er interesse for at fastholde et mødeforum med deltagelse fra kommune og private leverandører. Der er også forslag om at udarbejde en samarbejdsmodel i tilknytning til de kontrakter, der indgås mellem kommunen og private leverandører og/eller indføre en tovholder for samarbejdet i hvert distrikt.