

# FORANALYSE VEDR. REHABILITERING EFTER SERVICELOVENS §83A

---

Økonomi- og Indenrigsministeriets  
Benchmarkingenhed

16. august 2018

## Indholdsfortegnelse

---

1.	Baggrund, formål og gennemførelse .....	2
1.1	Gennemførelse .....	2
2.	Rehabilitering efter Servicelovens §83a .....	3
2.1	Hvem er det der får §83a? .....	3
3.	Fælles sprog III .....	4
4.	Kommunernes organisering .....	6
4.1	Antal §83a sager .....	6
4.2	Forholdet til §83 .....	6
4.3	Leverandører .....	7
5.	Kommunernes systemunderstøttelse .....	8
6.	Kortlægning af data i kommunerne .....	10
6.1	Grunddata om personen .....	10
6.2	Visitationsdata .....	11
6.3	Data om leverancen af støtte .....	12
7.	Nøgletal og ledelsesinformation i kommunerne .....	14
8.	Forslag til en samlet datamodel .....	15
8.1	Den rene data- og registerbaserede model .....	16
8.2	Supplerende dybdeanalyse .....	18
9.	Kvalitativ rammeanalyse af kommunernes brug af §83a .....	20
10.	Sammenfatning .....	21
11.	Bilag .....	23

# 1. Baggrund, formål og gennemførelse

Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har bedt Implement Consulting Group (ICG) om at gennemføre en foranalyse af mulighederne for at gennemføre en benchmarkinganalyse af kommunernes brug af rehabilitering efter §83a i serviceloven.

Rehabilitering efter §83a omfatter tidsafgrænset og korterevarende rehabiliteringsforløb, der har til formål at bidrage til at forbedre personens funktionsevne, gøre personen mere selvhjulpne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter §83, stk. 1 og 2 (personlig og praktisk hjælp)

Formålet med en efterfølgende benchmarkinganalyse er at kunne undersøge forskelle mellem kommunerne i brugen af §83a hvilke målgrupper, der modtager indsatsen, og hvilken effekt indsatsen har.

Nærværende foranalyse har til formål at afdække hvilke individdata, der kan indsamles fra kommunerne om rehabilitering efter § 83a, samt tilgængeligheden og sammenligneligheden af disse på tværs af kommunerne. Herudover skal foranalysen afdække, hvilke indikatorer kommunerne anvender i styringen af og opfølgningen på rehabilitering efter § 83a. Foranalysen skal derved kunne danne grundlag for en beslutning om, hvordan en efterfølgende benchmarkinganalyse mest hensigtsmæssigt kan gennemføres.

Afreporteringen er bygget op med to indledende kapitler (kapitel 2 og 3), der kort beskriver lovgivningen på §83a-området, målgruppen for §83a og den fælles kommunale metode på området (Fælles sprog III). Herefter følger kapitel 4 og 5, der beskriver de deltagende kommuners organisering på området, omfanget af §83a området samt den systemmæssige understøttelse. Efterfølgende kommer analysens hovedkapitel (kapitel 6), der kortlægger, hvilke data kommunerne har på §83a-området. Herefter gennemføres i kapitel 7 en kort analyse af de tilgængelige nøgledata og ledelsesinformationerne på området i kommunerne. Med udgangspunkt i resultaterne i kapitel 6 og 7 opstilles i kapitel 8 et samlet forslag til datamodel. Rapporten afsluttes i kapitel 9 med en samlet sammenfatning.

## 1.1 Gennemførelse

I analysen er der gennemført følgende aktiviteter:

- For-interview med nøgleaktører (fx ældrechefer, centerchefer, teamledere, systemadministratorer, økonomikonsulenter mv.) i fem kommuner
- Dybdeinterview med nøgleaktører i samme fem kommuner
- Gennemgang af data, analyser og øvrige materialer fra de fem kommuner
- Gennemgang af relevant skriftligt materiale på området
- Drøftelse med KMD
- Drøftelse med Danmarks Statistik

## 2. Rehabilitering efter Servicelovens §83a

Rehabiliteringsparagraffen i Serviceloven (§83a) blev indført pr. 1. januar 2015 og har derved været gældende i 3,5 år. Indførelsen skete på baggrund af positive erfaringer fra bl.a. forsøg i Fredericia Kommune.

Af Børne- og Socialministeriets vejledning om hjælp og støtte efter Serviceloven (nr. 9341) fremgår det:

*"Efter § 83, stk. 3, forpligtes kommunalbestyrelsen til, forud for vurderingen af personens behov for hjælp efter § 83, at foretage en vurdering af, om personen vil kunne forbedre sin funktionsevne via et korterevarende, tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, jf. 83 a, og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1.*

...

*Formålet med rehabiliteringsforløb er at bidrage til at gøre de borgere, hvor et rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1, mere selvhjulpne.*

...

*Rehabiliteringsforløb skal være tidsafgrænset og korterevarende, hvilket dels indbefatter, at der skal sættes en tidsramme for det samlede forløb, og dels at der skal være tale om et intensivt forløb, som er overskueligt for borgeren, og som samtidig understøtter en fokuseret indsats (typisk af 8-12 ugers varighed). Tidsrammen vil afhænge af den enkelte modtagers behov og ressourcer.*

...

*Efter § 83 a, stk. 2, 1. pkt., skal rehabiliteringsforløbet tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt"*

Målgruppen i §83a er de samme personer, som kan få hjælp efter §83 i øvrigt, dvs. personer, der midlertidigt eller varigt har behov for personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp og støtte til nødvendige opgaver i hjemmet og madservice.

Forud for bevillingen af et §83a forløb skal der foretages en vurdering af borgerens funktionsevne. Vurderingen af funktionsevnen skal være helhedsorienteret og kan både omfatte fysiske, sundhedsmæssige og sociale årsager til, at funktionsevnen er nedsat. Der skal i det enkelte forløb fastsættes konkrete individuelle mål for rehabiliteringsforløbet. De konkrete ydelser i §83a forløbet skal sammensættes ift. borgerens specifikke udfordringer og rehabiliteringspotentiale. Indsatsen kan være beslægtet med ydelser efter andre dele af Servicelovens paragraffer, fx §83, §85 (hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer) og §86 (træning).

§83a forløbene kan variere i længde, men i mange kommuner er et typisk forløb ca. 10-12 uger. Der kan dog også være korte fokuserede forløb og længerevarende forløb.

Indeholdt i et §83a forløb kan der være flere delydelser, der kan have forskellige længde.

### 2.1 Hvem er det der får §83a?

De deltagende kommuner oplyser, at en stor del af nye sager, hvor borgeren har behov for personlig eller praktisk hjælp, opstartes som et §83a forløb.

En typisk §83a sag er en borger, der udskrives fra sygehuset og har behov for støtte/rehabilitering. Her vil det af sygehusets udskrivningsadvis fremgå, om sygehuset vurderer at borgeren har et funktionstab/støttebehov. På denne baggrund kan kommunen vælge at iværksætte en indsats efter §83a (alternativt efter §83). Denne indsats har ikke sammenfald med situationer, hvor sygehuset udarbejder en genoptræningsplan jf. sundhedslovens §140, som kommunen er forpligtiget til at iværksætte en genoptræningsindsats i forhold til (også efter sundhedslovens §140).

Efter afslutning af §83a forløbet fortsætter dele af brugergruppen med en §83 hjælp, mens andre vurderes som selvhjulpne.

### 3. Fælles sprog III

Den kommunale sagsbehandling på §83a området er bygget op om Fælles Sprog III (FSIII). FSIII er en fælles metode for dokumentation og udveksling af data i den kommunale hjemmepleje, træning og hjemmesygepleje. Modellen bygger videre på Fælles Sprog II (FSII). FSIII indeholder data om borgerens funktionsevne, indholdet i den indsats borgeren tilbydes, omfang af indsatsen, forløbet, lovhjæmmelen, leverandører og over tid også effekt.

FSIII er bygget op om enkeltydelser og gør dermed op med den "pakkelogik", som mange kommuner har benyttet ifm. FSII.

Målet med FSIII er bl.a., at sikre en mere ensartet dokumentation, at sikre en forbedret sammenhæng på tværs af sektorer, at styrke grundlaget for prioritering og styring samt at øge effektiviteten.

FSIII indeholder en fælles standardiseret klassificering og strukturering af data, der skal bidrage til at gøre det lettere at finde det rette sted at dokumentere. Ligeledes skal det lette og ensrette udvekslingen af data internt i kommunen, fra et system til et andet, mellem kommuner, med sygehuse og på sigt også med fx praktiserende læger.

To helt centrale elementer i FSIII er temaerne:

- Tilstande. Som beskriver borgerens funktions- og helbredsmæssige tilstand (situation)
- Indsætter. Som beskriver den støtte (indsats), som borgeren tilbydes

Tilstandsvurderingen omfatter dels en vurdering af borgerens funktionsevnetilstand og dels en vurdering af borgerens helbredstilstand. Ift. ydelser i serviceloven (herunder §83a) indgår kun funktionsevnetilstanden.

Borgeren vurderes inden for fem kategorier og ud fra i alt 30 funktionsevnetilstande (se bilag 1). Her vurderes borgeren med en score fra 0-4 (fra ingen/ubetydelige begrænsninger til totale begrænsninger)

Funktionsevnetilstanden, der er en obligatorisk standard for kommunerne, vurderes med en starttilstand ift. visitationsafgørelsen, en forventet tilstand ift. den forventede progression som følge af §83a indsatsen og en slutvurdering ift. den realiserede effekt. Herudover kan der være vurderinger under forløbet.

Kommunerne oplyser, at der i dag må forventes at være væsentlige forskelle mellem kommunerne ift., hvordan man scorer en borger. Ligeledes har man i flere kommuner set, at forskellige medarbejdere har scoret den samme borger forskelligt.

Indsatsdelen i FSIII er ift. §83a bygget op af tre niveauer:

- Niveau 1 er en opdeling i praktisk og personlig hjælp.
- Niveau 2 underopdeler niveau 1 i 10 underindsatser (4 under praktisk hjælp og 6 under personlig hjælp).
- Niveau 3 kan opbygges valgfrit i kommunerne - og derved yderligere underopdele niveau 2.

Niveau 1 og 2 er en national standard og obligatorisk for kommunerne at bruge. Niveau 3 er frivilligt for kommunerne at benytte, og det kan opbygges valgfrit i den enkelte kommune.

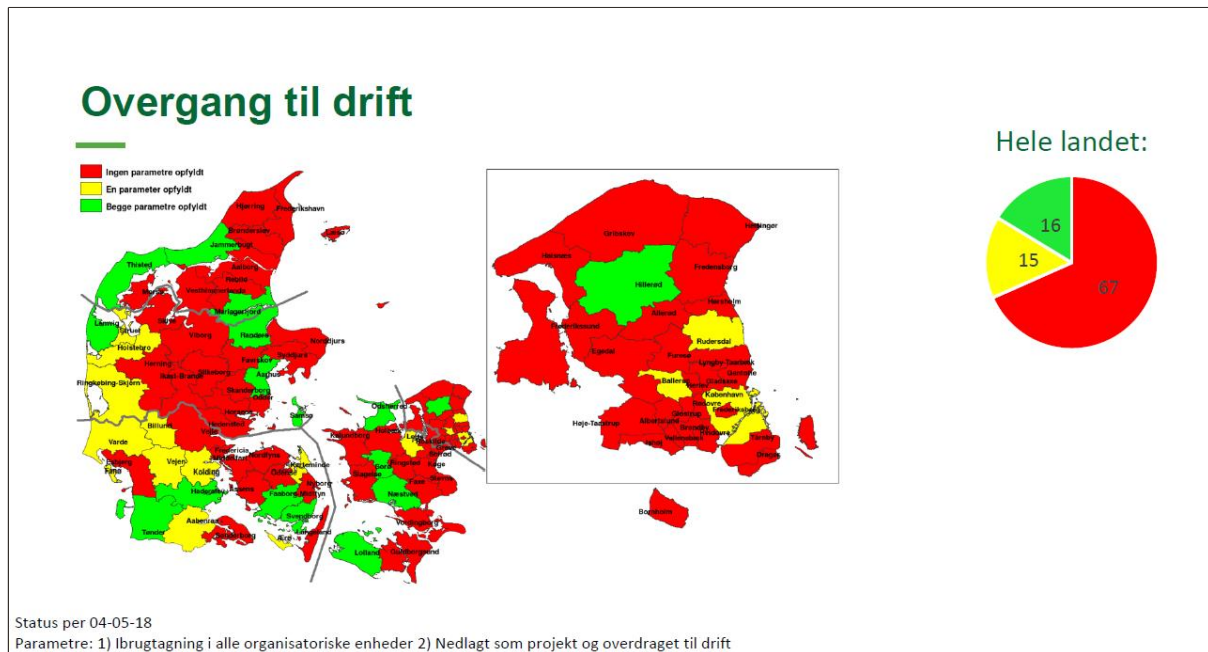
I FSIII er der en "bro" mellem tilstand og indsats, således at en indsats altid skal være knyttet til minimum én tilstand.

FSIII indeholder dermed en klar øget standardisering ift. tidligere, som på sigt vil kunne bidrage til en mere ensartet og udbygget ledelsesinformation og nøgledata på området.

Alle landets kommuner er pt. i gang med at implementere FSIII, som kræver en række betydelige tilpasninger af processer, IT-understøttelse, kompetenceudvikling mv. i kommunerne. De ændrede krav til IT-understøttelse har betydet, at stort set alle landets kommuner har måtte udskifte deres omsorgssystemer ift. at få en IT-understøttelse, der har været bygget op om logikken bag FSIII.

Kommunerne har i økonomiaftalerne forpligtiget sig til at implementere FSIII inden udgangen af 2017. Fristen for implementering er blevet forlænget med ½ år til udgangen af juni 2018 for udbudskommuner, som har indgået aftale med KL herom. Af nedenstående oversigt fremgår det dog at mange af landets kommuner, endnu ikke er overgået til egentlig drift med FSIII.

Figur 1: Status for kommunernes overgang til drift iff. FSIII



Kilde: Oplæg om status for implementeringen af FSIII, ved Kirsten Krag Olofsen (MedCom) og Ulla Lund Eskildsen (KL) på KKR-digitaliseringsnetværksmøde den 28. maj 2018.

Ovenstående billede af forskelle i kommunernes implementeringsstatus har ligeledes været gældende for de deltagende kommuner i foranalysen. Herudover har denne foranalyse tillige vist, at selve implementeringsprocessen i kommunerne er en længerevarende og omfattende omlægning, da det foruden at indbefatte et nyt it-system tillige omfatter en betydelig faglig omstilling af arbejdsgange, registreringspraksis og lignende. Det betyder konkret, at selv om en kommune i ovenstående opgørelse er markeret som "grøn", vil kommunen fortsat være i en flerårig implementeringsfase/overgangsfase både organisatorisk, fagligt og datamæssigt.

## 4. Kommunernes organisering

Udviklingen af den rehabiliterende indsats i kommunerne har været meget forskellig. Forud for indførelsen af lovgivningen på området havde flere kommuner eksperimenteret med egne modeller for indsatsen. Den efterfølgende lovgivning på området var samtidig ret bred og gav god plads til forskellige modeller både fagligt og organisatorisk. Det betyder, at kommunerne har tilrettelagt den rehabiliterende indsats efter §83a ret forskelligt. Det omfatter organisering, fagligt fokus, ressourcetildeling, bemandingsmæssigt mv.

En række tidligere gennemførte analyser har vist, hvordan kommunerne har valgt at organisere §83a opgaven på forskellig vis, fx Rambølls "Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83a" (juni 2017).

Nogle af de primære organisatoriske forskelle er:

- Visitationens rolle. I nogle kommuner visiterer visitationen blot til selve ydelsen (§83a) og lader udførerdelen præcisere indholdet, mens visitationen i andre kommuner foretager en helt præcis definition af de enkelte ydelser.
- Udførerdelens placering. Udførerdelens placering er forskellig mellem kommunerne. Det kan være i hjemmeplejen, i træningsområdet, i myndighedsområdet eller i selvstændig rehabiliteringsenhed. Dette afspejler ofte ligeledes, hvilken fagprofessionstilgang, der har været styrende (den terapeutfaglige eller den hjemmeplejefaglige).

I forhold til de fem kommuner, der indgik i denne foranalyse, har det primært været udførerdelen, der har været organiseret forskelligt. Dette fremgår af nedenstående tabel:

**Tabel 1: Kommunernes organisering af udførerdelen af §83a**

Kommune	Organisering af udførerdelen
Kommune 1	Er organiseret som et tværfagligt rehabiliteringsteam (terapeuter, sygeplejersker og pædagoger) med fokus på rehabiliteringen. Dette team varetager den primære §83a indsats, men kan i mindre omfang benytte hjemmeplejen som underleverandør.
Kommune 2	Er organiseret som et tværfagligt rehabiliteringsteam (SOSU-assistenten, sygeplejersker og terapeuter). Her udgør SOSU-assistenten den primære medarbejdergruppe.
Kommune 3	Er organiseret som en del af hjemmeplejen, hvor SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen udgør den primære medarbejdergruppe.
Kommune 4	Er organiseret i et særligt rehabiliteringsteam (terapeuter, SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen). Opgaven udføres primært af SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen. Terapeuterne har rådgivning og særlige afprøvninger.
Kommune 5	Er organiseret med et rehabiliteringsteam (primært bestående af terapeuter). Teamet er tovholder og hjemmeplejen kan være leverandør af ydelser.

### 4.1 Antal §83a sager

De deltagende kommuner har gennemsnitligt haft ca. 1.000 sager pr. kommune. Såfremt de fem kommuners antal af §83a sager er gennemsnitlige ift. landsniveau, vil det svare til, at der er ca. 30.000 §83a forløb årligt på landsplan.

### 4.2 Forholdet til §83

Foranalysen viser, at der mellem de fem deltagende kommuner er forskelle mellem brugen af §83a og den tilstødende paragraf §83 (personlig og praktisk hjælp) og delvist §86 (træning).

Analysen viser, at kommunerne har forskellig praksis for, hvornår forskellige støtte- og træningsbehov hos borgerne varetages via hvilken paragraf, hvordan støtte- og træningsindsatserne kan kombineres, samt hvordan man har valgt at organisere støtten og træningen. Dette hænger nøje sammen med de faglige traditioner, der er/har været i de enkelte kommuner. Disse forskelle uddybes i det følgende.

Jf. ovenstående opstartes en stor del af de nye sager, hvor borgeren har behov for personlig eller praktisk hjælp, som et §83a forløb. Mellem de deltagende kommuner er der dog forskelle på størrelsen og karakteren af den målgruppe, der ikke får tilbudt et §83a forløb, men i stedet et §83 forløb. Dette spænder fra, at det stort set kun er

terminale borgere og lignende i nogle kommuner til en lidt bredere målgruppe, der i andre kommuner ikke vurderes at have et reelt rehabiliteringspotentiale.

En anden forskel mellem kommunernes brug af §83a og §83 er, om man samtidig med et §83a forløb kan have §83 støtte. I én af de deltagende kommuner er det ikke muligt at have en samtidig §83 hjælp, men hele indsatsen skal varetages i §83a. I én kommune er hovedreglen, at indsatsen skal varetages i §83a, men der kan være undtagelser, hvor en §83 indsats er muligt samtidig. I de resterende tre kommuner er det muligt at have en samtidig §83 indsats ift. de behov, som vurderes ikke at være rehabiliteringsmulige.

Yderligere er der kommuner, som har en trænende indsats i hjemmeplejen (§83), der kan varetage rehabiliterende træningsopgaver, men som ikke defineres som §83a. Det er vurderingen, at dette i andre kommuner vil være betegnet som en §83a indsats.

ift. §86 er det forskelligt, hvilke tilbud man har i kommunerne, hvorved snitfladen til §83A og §83 vil være forskellig.

I analysen er de fem deltagende kommuner blevet bedt om at opgøre, hvor mange §83 sager og hvor mange §83a sager de har. Herved er det muligt at se forholdet mellem de to ydelser i kommunerne. Denne opgørelse viser:

**Tabel 2: §83a sagers andel i procent ift. det samlede antal §83+§83a sager i 2017**

Kommune	I procent
Kommune 1	13
Kommune 2	14
Kommune 3	Ikke oplyst
Kommune 4	13
Kommune 5	25

\*) I forbindelse med denne opgørelse skal man være opmærksom på, at der mellem kommunerne er forskelle på, om man kan have en §83 indsats samtidig med, at man har en §83a indsats.

Ovenstående tabel viser, at der er væsentlige forskelle i brugen af §83a.

Forskellene i kommunernes brug af §83a og §83 (herunder muligheden for samtidighed) vil derved være et opmærksomhedspunkt ift. at skabe et sammenligneligt grundlag for ydelsesniveauerne mellem kommunerne. Det betyder konkret, at man ifm. benchmarkinganalysen bør sammenligne kommuners forbrug både med og uden en samtidig §83a for derigennem at belyse forskelle i praksis (se uddybende beskrivelse heraf i nedenstående kapitel 6 og 8).

### 4.3 Leverandører

Imellem de deltagende kommuner er der forskellig praksis ift., om der er private leverandører, og om der er frit valg. I nedenstående tabel er forskellene i praksis opgjort:

**Tabel 3: Opgørelse over om der er private leverandører og frit valg ift. §83a**

Kommune	Er der private leverandører?	Er der frit valg?
Kommune 1	Kun på hjemmeplejedelen	Kun på hjemmeplejedelen
Kommune 2	Nej	Nej
Kommune 3	Ja (både hjemmepleje og terapeuter)	Ja (både hjemmepleje og terapeuter)
Kommune 4	Kun på hjemmeplejedelen og ikke i nye sager	Kun på hjemmeplejedelen og ikke i nye sager
Kommune 5	Kun på hjemmeplejedelen og ikke i nye sager	Kun på hjemmeplejedelen og ikke i nye sager



## 5. Kommunernes systemunderstøttelse

Der er i de seneste år sket markante forandringer på markedet for omsorgssystemer. Et væsentligt element heri har været kommunernes overgang fra FSII til FSIII (jf. ovenstående). Pt. er en lang række kommuner i gang med at skifte omsorgssystem.

På det danske marked er det tre primære aktører:

- CURA fra Systematic
- NEXUS og tidligere Care fra KMD
- VITAE og tidligere CSC Omsorg fra DXC (tidligere CSC)

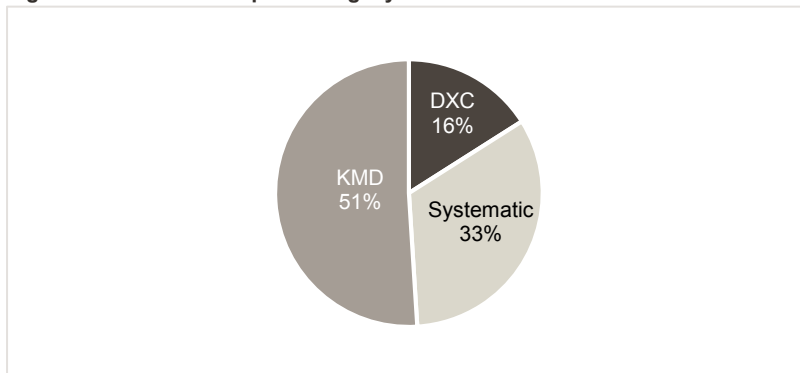
Den nye spiller på markedet Systematic har med platformen CURA vundet adskillige udbud, herunder de store kommuner, som fx København, Aarhus og Aalborg. CURA anvendes i dag i ca. 20 kommuner (opgjort i efteråret 2017). CURA dækker qua de store kommuner flest borgere af de eksisterende omsorgssystemer i dag.

En anden stor leverandør er KMD, der har KMD Nexus og KMD Care. Kommuner med KMD Care er under udfasning og overføres løbende til KMD Nexus platformen. KMD NEXUS er det omsorgssystem, der har flest kommuner tilknyttet.

DXC Vitae har i de seneste år tabt både København og Aarhus – men har stadig en række mellemstore kommuner.

En intern opgørelse foretaget af Implement i efteråret 2017 viste følgende markedsandele mellem de tre aktører. Det er vurderingen, at CURA siden da har vundet yderligere markedsandele:

**Figur 2: Markedsandele på omsorgssystemer**



Implement, intern opgørelse, efteråret 2017.

De deltagende kommuner har følgende nuværende systemunderstøttelse (understøttet af FSIII):

- CURA, 1 kommune
- DXC Vitae Suite, 1 kommune
- KMD Nexus, 3 kommuner

Kommunerne har haft følgende tidligere systemer (understøttet af FSII):

- DXC/CSC, 1 kommune
- KMD Avaleo, 1 kommune
- KMD Care, 3 kommuner

De fem kommuner er overgået til deres nye system på forskellige tidspunkter siden 2016:

- Efteråret 2016
- Foråret 2017
- Efteråret 2017
- Medio 2017-ultimo 2017 (Implementeret trinvist i de forskellige geografiske grupper i kommunen)
- Foråret 2018-ultimo 2018 (Implementeret trinvist i de forskellige geografiske grupper i kommunen)

Kommunernes overgang til nye omsorgssystemer, som er bygget op omkring FSIII, betyder at kommunernes registreringspraksis pt. er i en overgangsfase mellem gamle og nye sagsgange og praksisser.

De deltagende kommuner har ifm. overgangen til nyt system håndteret systemskiftet forskelligt, hvilket har betydning for datavaliditeten i det år, hvor man skifter system. I nogle af kommunerne har man fået konverteret væsentlige dele af data, mens andre kommuner har været nødt til at indtaste data manuelt. Det er samtidig

forskelligt, hvor mange data man har flyttet over. Én af kommunerne har forsøgt at oversætte funktionsniveau (FSII) til tilstande (FSIII) med en oversættelsesnøgle og tilsvarende ydelser (FSII) til indsatser (FSIII). Resultatet af denne oversættelse har dog været forbundet med udfordringer og fejl.

De deltagende kommuner har i forbindelse med analysen oplyst, at deres datakvalitet i overgangsårene har haft udfordringer med validiteten i en række af deres data. En af de fejl, man i én af kommunerne har oplevet, er, at alle sager blev registreret som nyvisiterede, da man revisiterede alle borgerne ifm. overgangen til den ny standard fra FSII til FSIII). Dette vil betyde, at data fra en sådan kommune ikke vil være retvisende ift. start og sluttidspunkt.

Ovenstående viser, at der i disse år er en betydelig udskiftning af omsorgssystemer (og samtidig overgang fra FSII til FSIII) i gang i kommunerne. Det betyder, at en benchmarkinganalyse af kommunernes brug af §83a fx i 2017 vil skulle forholde sig til, at nogle kommuner vil have gjort brug af FSII og andre af FSIII, at den enkelte kommune muligvis vil skulle trække data i to systemer. Det betyder, at validiteten på en række data i et sådan overgangsår vil være udfordret. Foranalysen viser dog samtidig at implementeringen af nye systemunderstøttelse kan være en flerårig proces, som vil kunne påvirke datakvaliteten i flere år. Det er derfor vores vurdering, at disse udfordringer også vil være gældende i de kommende år, og først kan forventes reduceret om flere år.

I en efterfølgende benchmarkinganalyse vil man derfor skulle overveje, hvorledes man indledningsvist klarlægger datakvaliteten for 2017 i de påtænkt deltagende kommuner og derved fra start af vil kunne fravælge kommuner med fejlbehæftede data.

## 6. Kortlægning af data i kommunerne

Hovedfokus i denne foranalyse har været en systematisk kortlægning og vurdering af datamulighederne i de fem deltagende kommuner. Kortlægningen er gennemført inden for følgende temaer:

- Grunddata om personen
- Visitationsdata
- Data om leverancen af støtte

I det følgende gennemgås analyseresultatet inden for hver af de tre temaer. Afslutningsvis samles op på hele dataanalysen.

### 6.1 Grunddata om personen

I analysen er det afdækket om følgende data ift. borgerens grunddata er tilgængelige i de deltagende kommuners omsorgssystemer, hvordan data kan trække og deres validitet. Vurderingen af validitet indeholder en vurdering af om data er sammenlignelige mellem kommuner, om data er sammenlignelige mellem år inden for samme kommune, om data er sammenlignelige mellem omsorgssystemer inden for samme kommune og om dataregistreret er ensartet.

I en lang række tilfælde er beskrivelsen af form og validitet identisk mellem nuværende system (FSIII) og tidligere system (FSII). Såfremt dette ikke er tilfældet, beskrives forskellen mellem nuværende og tidligere systemer.

Tabel 4: Grunddata om personen

Datakilde	Findes data?	I hvilken form	Validitet
CPR nr.	Ja	Datafelt	God
Civilstand	Ja	Hentes fra CPR-registret.	God
Netværk	Nej	De nuværende datakilder er her meget forskelligartede mellem kommunerne. Nogle har data, andre har fritekst, andre registrerer ikke konsekvent. Ligeledes er der ikke en ensartet standard for, hvad netværk er.	Dårlig
Indkomst	Nej/ja	Kan hentes fra andre systemer (fx elndkomst*). Men er ikke en del af sagsbehandlingen for §83a, da denne ydelse ikke er indkomstafhængig.	God
Målgruppe – segment	Nej/ja	Kommunerne opdeler ikke i forskellige segmenter (fx borgere med handicap). Data kan dog hentes ved samkøring med andre datakilder via borgerens CPR-nr. det kan fx være handicapdata, sundhedsdata mv.	Dårlig i omsorgssystemerne. Kan være god i andre systemer
Boligforhold	Nej/ja	Kommunerne registrerer forskelligt. Nogle kommuner har data om boligforhold, mens andre kun har fritekst. Endelig er der kommuner, hvor det ikke registreres systematisk. Data kan hentes via opslag i den enkelte sag.	Dårlig
Forudgående indlæggelse	Nej/ja	Der findes ikke systematisk data herom i omsorgssystemerne. Data kan hentes gennem opslag i den enkelte sag (advis-gennemgang fra sygehuset). Ligeledes vil man kunne registersammenkøre med patientdata.	Dårlig i omsorgssystemerne. Vil være god i andre systemer

\*) Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har oplyst, at de i forbindelse med en benchmarkinganalyse vil have adgang til registersamkøring.

Ovenstående opgørelse af datakilder vedr. borgernes grunddata viser, at der i selve omsorgssystemerne er begrænsede systematiske og valide datakilder. Men da borgernes CPR-numre er systematisk opgjort, er der en række muligheder for at indhente supplerende og relevante data fra andre datakilder gennem registersamkøring.

## 6.2 Visitationsdata

I det følgende afdækkes hvilke visitationsdata der er tilgængelige i de deltagende kommuners omsorgssystemer, hvordan data kan trække og deres validitet.

**Tabel 5: Visitationsdata**

Datakilde	Findes data?	I hvilken form	Validitet
Henvisningsgrundlag	Nej	Der er pt. ikke valide data i alle kommuner. I nogle kommuner benyttes FSIII standarden ift. en systematisk opgørelse heraf, men i andre kommuner bliver det beskrevet som fritext, som ikke er struktureret. Vil på sigt blive en fælles standard jf. FSIII.	Dårlig
Førstegang- visiteret eller har allerede §83	Ja	I omsorgssystemerne er der ikke et ensartet datafelt til dette formål. Det vil dog være muligt at samkøre med data fra enten kommunerne selv (der har registreret datoer ift. både deres §83a forløb og deres §83 forløb) eller via data fra Danmarks Statistik*. Ift. Danmarks Statistiks data på §83 området skal man dog være opmærksom på, at disse data alene indeholder det gennemsnitlige antal visiterede timer i en given måned og ikke en specifik start- og slutdato.	God
Funktions- niveau – Start	Ja	De deltagende kommuner benytter i dag alle registrering af funktionsniveau ved start af forløbet (jf. FSIII). Men historiske data vil være en kombination af FSII og FSIII registreringer. Data mellem FSII og FSIII er ikke direkte sammenlignelige, da de opgøres forskelligt. FSIII data er standardiseret, mens FSII data ikke er standardiseret. FSII data er derfor ikke direkte sammenlignelige mellem kommunerne. For at gøre data sammenlignelige mellem FSII og FSIII, vil man derfor skulle foretage en manuel "oversættelse" af data fra FSII til FSIII. Dette vil kræve ressourcer enten hos den benchmarkingudførende aktør eller hos de deltagende kommuner.	Dårlig
Tid fra visitation til opstart	Ja	Der er dog forskel på kommunernes definition af opstart. Det kan fx opgøres som terapeuternes første planbesøg hos borgeren eller ved første træningsbesøg.	Medium
Hvilke visiterede indsatser	Nej	Det er kun nogle kommuner, der endnu benytter de standardiserede indsatser i FSIII. Selv efter overgangen til nyt omsorgssystem (baseret på FSIII) er der kommuner, der endnu benytter pakker. Flere kommuner benyttede i deres gamle omsorgssystem pakker eller også var deres ydelser ikke identiske med de nye standarder i FSIII. Når alle kommuner overgår fuldt til FSIII, vil der kunne trækkes på indsatser. For at gøre data sammenlignelige mellem FSII og FSIII og mellem pakker og indsatser, vil man derfor skulle foretage en manuel "oversættelse" af data. Dette vil kræve ressourcer enten hos den benchmarkingudførende aktør eller hos de deltagende kommuner.	Dårlig
Visiteret tid	Ja/nej	Nogle af kommunerne visiterer til pakker, mens andre visiterer til enkelttydelser/-indsatser (jf. FSIII). Det betyder, at visiteret tid ikke vil kunne opdeles på delydelser, men kun på det samlede §83a forløb.  Samtidig har de fleste af kommunerne kun visiteret tid til hjemmeplejedelen, mens ressourcerne til terapeuterne er en samlet ramme, der kan benyttes fleksibelt og ikke opdeles på enkeltborgere. For at gøre data sammenlignelige, vil man skulle benytte én af følgende metoder: A) Deltagende kommuner foretager en manuel vurdering af terapeuternes ressourceforbrug på den enkelte sag. Denne datakilde vil dog herved få en lavere validitet. B) Ressourceforbruget for terapeuterne fordeles gennemsnitligt ud på alle sager. Dette vil dog betyde at data blive upræcise. Ingen af de to metoder vil derved have høj datamæssig validitet.	Dårlige systemdata/ medium manuel vurdering

Mål og målsætninger for forløbet	Ja/nej	Nogle kommuner benytter fritekst, nogle benytter andre målværktøjer og nogle benytter forholdet mellem "nuværende tilstand" og "forventet tilstand" i FSIII suppleret med en overordnet tekstmæssig beskrivelse. Når alle kommuner konsekvent benytter FSIII vil forholdet mellem "nuværende tilstand" og "forventet tilstand" kunne benyttes som datamæssigt målgrundlag for en forventet progression.	Dårlig
Selve afgørelsen	Ja	Tekstfelt eller vedhæftet tekst.	Dårlig

\*) Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har oplyst, at de i forbindelse med en benchmarkinganalyse vil have adgang til CPR-data fra Danmarks Statistik.

Ovenstående gennemgang af visitationsdata viser, at datakvaliteten og sammenligneligheden på en række områder er udfordret ikke mindst i disse "overgangsår" (mellem forskellige omsorgssystemer samt brug af FSII og FSIII). Datagrundlaget på visitationsdata er derved mangelfuldt. For at kunne sammenligne en række data vil der skulle ske en manuel vurdering eller oversættelse af data, hvilket vil reducere validiteten.

### 6.3 Data om leverancen af støtte

I det følgende afdækkes hvilke leverancedata der er tilgængelige i de deltagende kommuners omsorgssystemer, hvordan data kan trækkes og deres validitet.

**Tabel 6: Data om leverancen af støtte**

Datakilde	Findes data?	I hvilken form	Validitet
Start- og sluttidspunkt	Ja	<p>Startdatoen kan opgøres på to måder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dato for visitationsafgørelsen. Denne dato er der kommuner, der har benyttet som afgrænsning, da de skulle indmelde antal modtagere af §83a til Danmarks Statistik.</li> <li>Dato for opstart af første delydelse. Denne dato vurderes at være mest retvisende.</li> </ul> <p>Slutdato kan opgøres på to måder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dato for oprettelsen af afslutningsnotatet</li> <li>Slutdato for den sidste delydelse (denne vurderes at være mest retvisende)</li> </ul> <p>De to data ligger i omsorgssystemerne, men der er ikke standardrapporter til udtræk heraf. Derfor vil man skulle lave særlige udtræk.</p>	God
Hvilke leverede ydelser	Nej	<p>Det er kun nogle kommuner, der endnu benytter de standardiserede indsatser i FSIII. Selv efter overgangen til nyt omsorgssystem (baseret på FSIII) er der kommuner, der stadig benytter pakker.</p> <p>Flere kommuner benyttede i deres gamle omsorgssystem pakker eller også var deres ydelser ikke identiske med de nye standarder i FSIII.</p> <p>Når alle kommuner overgår fuldt til FSIII, vil det kunne trækkes på indsatser. For at gøre data sammenlignelige mellem FSII og FSIII og mellem pakker og indsatser, vil man derfor skulle foretage en manuel "oversættelse" af data. Dette vil kræve ressourcer enten hos den benchmarkingudførende aktør eller hos de deltagende kommuner.</p>	Dårlig
Leveret tid	Ja/nej	Kommunerne opgør den disponerede/planlagte tid, men ikke konsekvent den reelt udførte tid. Brugen af pakker i nogle kommuner betyder tillige, at leveret tid ikke vil kunne opdeles på delydelser, men kun på det samlede §83a forløb. Yderligere er det kun hjemmeplejetiden, der registreres, mens terapeuternes tid ikke på samme måde registreres (det er blot en fleksibel ramme).	Dårlig
Antal kontakter gennem forløbet	Ja/nej	Kommunerne opgør de disponerede/planlagte besøg, men ikke konsekvent de reelt udførte besøg i alle kommuner. Registreringen af aflyste besøg er ikke valide alle steder. Yderligere er det kun hjemmeplejetiden, der registreres, mens terapeuternes tid ikke på samme måde registreres (det er blot en fleksibel ramme). Dele vil dog kunne fremsøges ved manuel gennemgang af testfelter, kørebøger mv.	Medium/ Dårlig

Funktions-niveau – Slut	Ja	De deltagende kommuner benytter i dag alle registrering af funktionsniveau ved afslutning af forløbet (jf. FSIII). Men historiske data vil være en kombination af FSII og FSIII registreringer. Data mellem FSII og FSIII er ikke direkte sammenlignelige, da de opgøres forskelligt. FSIII data er standardiseret, mens FSII data ikke er standardiseret. FSII data er derfor ikke direkte sammenlignelige mellem kommunerne. For at gøre data sammenlignelige mellem FSII og FSIII, vil man derfor skulle foretage en manuel "oversættelse" af data fra FSII til FSIII. Dette vil kræve ressourcer enten hos den benchmarkingudførende aktør eller hos de deltagende kommuner.	Dårlig
Individuel eller hold	Ja	Alle kommunerne har kun individuel rehabilitering.	God
Hvad kostede den enkelte §83a indsats.	Nej/ja	Dette opgøres ikke. Yderligere er budgettering og forbrugsregistreringer forskellig mellem kommunerne. Der vil kunne laves en beregnet pris ved at benytte visiteret tid på hjemmeplejedelen og en gennemsnitlig andel af terapeuttiden. Ligeledes vil der skulle tillægges biler, ejendomsudgifter, overhead mv. Det vurderes dog ikke at denne beregning vil have høj validitet.	Dårlig
Hvem leverer ydelsen? Privat eller kommunen	Ja	Data registreres, de steder der er private. Der er dog ikke tale om en standardrapport.	God
Andre §83- ydelser før, under og efter	Ja	Data er registreret i omsorgssystemerne, men der er ikke standardrapporter til udtræk heraf. Derfor vil man skulle lave særlige udtræk. Alternativt skal data trækkes fra Danmarks Statistik. Ift. Danmarks Statistiks data på §83 området skal man dog være opmærksom på, at disse data alene indeholder det gennemsnitlige antal visiterede timer i en given måned og ikke en specifik start- og slutdato.	God
Andre ydelser end §83 ydelser før, under og efter	Ja	Ikke alle data er registreret i omsorgssystemerne, men vil kunne fremfindes ved samkøring med andre kommunale sagssystemer eller via Danmarks Statistik. Ift. Danmarks Statistiks data på de forskellige områder skal man dog være opmærksom på, hvorledes disse data er opgjort. §86 data er alene opgjort ift. om en borger i den pågældende måned har fået en sådan ydelse og ikke oplysninger om tyngden heraf. De fleste handicapdata (fx §85) er opgjort med en start- og slutdato, men ikke med tyngden af indsatsen.	God
Blev forløbet gennemført (til ende)	Nej	Der findes ikke systematisk data herpå. Informationen vil formentlig kunne fremfindes ved manuel gennemgang af sagen.	Dårlig
Er der registreringer om hvorfor et forløb stopper	Nej	Der findes ikke systematisk data herpå. Informationen vil formentlig kunne fremfindes ved manuel gennemgang af sagen.	Dårlig

Ovenstående gennemgang af leverancedata viser, at der er en række data, der vurderes at være velegnet selvstændigt eller via samkørsel med andre kommunale systemer eller med data fra Danmarks Statistik.

Gennemgangen viser dog samtidig, at en række data ikke kan fremsøges eller er af dårlig kvalitet. Dette skyldes delvist at en række dataområder er udfordret i disse "overgangsår" (mellem forskellige omsorgssystemer samt brug af FSII og FSIII).

Det betyder, at dele af effektvurderingen (hvilken progression havde borgeren fra start til slut af §83a forløbet) ikke kan dataunderstøttes, samt at der ift. nogle data vil skulle ske en manuel vurdering eller oversættelse af data, for at gøre data sammenlignelige, hvilket vil reducere validiteten. Beskrivelsen af hvilke muligheder dette giver ift. en datamodel for en benchmarkinganalyse uddybes i nedenstående kapitel 8.

## 7. Nøgletal og ledelsesinformation i kommunerne

I dette kapitel afdækkes hvilke nøgletal og ledelsesinformationer, som de deltagende kommuner selv anvender i deres løbende styring af §83a området.

I nedenstående gives et kort overblik over hovedresultaterne af de gennemførte afdækninger af nøgle- og ledelsesinformations-data (LIS-data) i de deltagende kommuner.

**Tabel 7: Hvilke nøgledata og LIS-information er der i kommunerne**

LIS-Data	Er det LIS-data man bruger i kommunen	Er data principielt tilgængelig	Kommentarer
Antal forløb	Ja	Ja	
Gennemsnitlig længde	Nej	Ja	Bør kunne beregnes.
Samlede §83a-udgifter	Nej	Nej/ja	I flere kommuner er det en del af §83 budgettet. Bør dog kunne beregnes.
Gennemsnitspris pr. forløb	Nej	Nej	Vurderes kun at kunne beregnes meget upræcist.
Effektdata	Nej/ja	Nej/ja	Opgøres i nogle kommuner i håndholdt regneark. En enkelt af kommunerne har haft selvudviklede LIS-data på antal selvhjulpne, og hvorvidt brugerne har fået mere eller mindre hjælp efter §83a forløbet. Disse LIS-rapporter er dog pt. ustabile grunder overgangen mellem omsorgssystemer.
Segmentdata	Nej	Nej	Bør dog kunne fremfindes ved samkøring med andre fagsystemer eller data fra Danmarks Statistik.
Leverede timer	Nej	Nej/ja	Kan kun opgøres på hjemmeplejedelen, da terapeutdelen ikke registreres.
De private virksomheders andel	Nej	Nej	Indgår kun i et samlet tal sammen med §83.

Baseret på foranalysen er det generelle billede, at §83a området er meget sparsomt understøttet med styringsmæssige data. De interviewede ledere på området peger på, at de har meget få datakilder i deres løbende styring. Det betyder, at flere kommuner i dag benytter håndholdte Excel-regneark til registrering og monitorering af opnåede resultater og lignende. Ligeledes foregår der ikke en særskilt økonomiopfølgning på forbruget af §83a, men dette sker som en delmængde af det samlede §83 forbrug,

Samtidig oplyser kommunerne, at leverandørerne af de nye omsorgssystemer har haft udfordringer med levering af let tilgængelige LIS-rapporter samt at datakvaliteten i de tilgængelige rapporter har været udfordret. Endelig har overgangen fra et omsorgssystem til et andet betydet, at eksisterende data-rapporter i statistikmoduler og lignende har skullet reetableres.

Der er dog vurderingen, at leverandørerne pt. arbejder aktivt på forbedret LIS-understøttelse af deres produkter.

## 8. Forslag til en samlet datamodel

I dette kapitel opstilles på baggrund af kapitel 6 og 7 et samlet forslag til en datamodel. Datamodellen skal kunne understøtte gennemførelse af en benchmarkinganalyse af kommunernes brug af §83a.

Datamodellen er efter aftale med Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed baseret på borgere, der i 2017 fik en §83a ydelse. Som det fremgik af kapitel 3, har foranalysen vist, at selve implementeringsprocessen i kommunerne er en længerevarende og omfattende omlægning, da den omfatter en ny it-understøttelse, en betydelig faglig omstilling af arbejdsgange, registreringspraksis og lignende. Derved er det vores vurdering, at der vil gå en årrække før, at denne omstillingsproces vil være tilendebragt.

Det er vores vurdering, at en datamodel for en efterfølgende benchmarkinganalyse optimalt set bør kunne beskrive følgende fire forhold:

1. Hvem har modtaget indsatsen og hvornår?
2. Hvad kendetegner den enkelte borger?
3. Hvad har karakteren og omfanget været af den støtte borgeren har modtaget?
4. Hvilken effekt har indsatsen haft?

Suppleret med en mere kvalitativ beskrivelse af organisering og faglige tilrettelæggelse vil det være muligt at sammenligne praksis og resultater.

Med udgangspunkt i analysen i kapitel 6 af de enkelte data og deres kvalitet, fremgår det, at der er en række gode og brugbare data, men tillige at en række datapunkter er udfordret ift. deres validitet, sammenlignelighed eller tilgængelighed.

I det følgende opstilles følgende et forslag til:

1. Hvordan der kan opstilles en **"rene" data- og registerbaseret model**, der vil kunne gennemføres i en bredt dækkende gruppe af landets kommuner, og som vil kunne afdække flest mulige af de data-ønsker, der måtte være jf. ovenstående.
2. Hvordan der, som supplement hertil, vil kunne gennemføres en analyse med en **supplerende dybdeanalyse**, i udvalgte kommuner (fx. 10-15 kommuner) og hvor man vil indhente supplerende og uddybende data, der vil kunne supplere ovenstående "rene" databaserede model.

### **Ad 1. En "rene" data- og registerbaseret model**

Fordelen ved den "rene" data- og registerbaserede model er at den baseres på konkrete data, som muliggør en større bredde i analysen (flere kommuner), samt at den er mindre følsom (da den er data- og registerbaseret).

Ved design af dataanalysen vil man skulle afdække, hvor stor en population af landets kommuner man ønsker at medtage i denne brede rene dataanalyse. Heri bør indgå overvejelser om repræsentativitet set i forhold til ressourceforbrug.

Den "rene" data- og registerbaserede model foreslås baseret på følgende data og registerdata:

- Data fra kommunerne om hvilke CPR nr., der har fået en §83a indsats i 2017
- Data fra kommunerne om start- og slutdato for de personer, der har fået §83a indsats i 2017.
- Registerdata fra Danmarks Statistik og landspatientregistret.

Udfordringen med den "rene" data- og registerbaserede model er, at der er en række områder, hvor data ikke har den ønskede præcision eller er fraværende.

### **Ad 2. En supplerende dybdeanalyse**

Som supplement til den "rene" data- og registerbaserede model vil der med fordel kunne gennemføres en supplerende dybdeanalyse, der inddrager data fra udvalgte kommuners omsorgssystemer. Dette vil dels muliggøre mere præcise data ift. tidsperspektivet (fx §83 indsatser før under og efter) og dels kompensere for nogle af de begrænsninger, der vil være i den data- og registerbaserede model.

Ved at kombinere de to modeller muliggøres både en bredt dækkende data- og registerbaseret del og mere præcise data ift. de områder, hvor datavaliditeten er udfordret.

I det følgende kapitel 8.1 beskrives hvilke datakilder, der vil kunne indgå den "rene" data- og registerbaserede model samt efterfølgende i kapitel 8.2, hvilke datakilder der med fordel kan suppleres med i en supplerende dybdeanalyse.



## 8.1 Den rene data- og registerbaserede model

Datapunkt	Datakilde	Argumenter, potentiale og opmærksomhedspunkter
<b>Hvem har modtaget indsatsen og hvornår?</b>		
CPR-liste over hvilke borgere der i 2017 fik en §83a ydelse	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	<p>Dette datapunkt er hovedkernen i en præcis udpegning af populationen. Deltagende kommuner vil kunne levere en liste herover.</p> <p>I forbindelse med behandlingen af dette datapunkt skal man være opmærksom på forskellen i praksis mellem kommunerne ift. hvad en §83a sag er, samt om man kan have en samtidig §83 sag eller ej.</p> <p>Start- og sluttidspunkt skal klart defineres ift. til at afgrænse forløbene mellem årene, herunder, hvordan borgere, der kun har haft dele af deres forløb i 2017, skal behandles.</p>
Start og sluttidspunkt for §83a forløbet	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	<p>Er helt afgørende data, for at kunne afgrænse længden på de iværksatte forløb, samt for at kunne afklare øvrige indsatser før, under og efter §83a forløbet.</p> <p>Som beskrevet i kapitel 6 anbefales det, at "start" defineres som dato for opstart af første delydelse, og "slut" defineres som slutdato for den sidste delydelse.</p>
<b>Hvad kendetegner den enkelte borger?</b>		
Borger-karakteristika /segmenter	Udtræk fra andre registre	<p>Med opgjorte CPR-nummer på de borgere, der har modtaget en §83a ydelse, vil det give adgang til en række data om borgergruppen fra andre datakilder. Det kan fx være karakteristika, der kan have betydning for, hvilke befolkningsgrupper, der modtager denne ydelse samt, om der er sammenhæng mellem specifikke karakteristika og den realiserede effekt af forløbet. Sådanne karakteristika kan fx være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alder</li> <li>• Køn</li> <li>• Civilstand</li> <li>• indtægtsforhold</li> <li>• Sundhedsdata</li> </ul> <p>Valg af disse data kan med fordel fastlægges på baggrund af hypoteser om, hvilke forhold der vurderes, kan have betydning, som i selve analysen så be- eller afkræftes.</p>
Kommer borger fra en indlæggelse	Samkørsel med data fra landspatientregistret	<p>Som det fremgår af ovenstående kapitler, kommer en del af de borgere, der modtager §83a direkte fra en indlæggelse, hvor det af sygehusets udskrivningsadvis fremgår, om sygehuset vurderer at borgeren har et funktionstab/støttebehov. Med borgerens CPR-nummer vil det via data fra landspatientregistret være muligt at indhente data om borgerens tidligere indlæggelser. Dette kan bidrage til en segmentering af den gruppe af borgere, der kommer fra en indlæggelse.</p> <p>Det vil skulle fastlægges, hvor lang tid der kan gå fra en indlæggelse til en §83a indsats før det rubriceres som værende, at "borgeren kommer fra en indlæggelse"</p>
Ny borger eller tidligere §83 sag	Udtræk fra Danmarks Statistik	<p>Her kan målgruppen deles op i nye sager og borgere, der tidligere har haft §83 hjælp.</p> <p>Her skal det klart defineres, hvilken tidsmæssig afstand mellem evt. ophør af §83 indsatsen og opstart af §83a indsatsen, der defineres som henholdsvis eksisterende eller ny sag.</p> <p>Her vil analysen været baseret på data fra Danmarks Statistik. Begrænsningen ift. disse data er dog at de alene beskriver det gennemsnitlige antal visiterede timer i en given måned og ikke en specifik start- og slutdato.</p> <p>Det betyder, at forholdet mellem §83 indsatsen og opstart af §83a indsatsen ikke bliver helt præcis. Ved inddragelse af kommunerne er der muligt at få mere præcise data se kapitel 8.2.</p>
Anden støtte end §83 forud for §83a forløbet	Udtræk fra Danmarks Statistik	<p>Det vil være relevant at afdække om borgeren har haft anden støtte forud for §83a forløbet. Her skal det klart defineres, hvilken typer af støtte, der ønskes belyst. Eksempler herpå kan være §86-træning, hjælpemiddel, §85-støtte, aktivitetstilbud mv.</p> <p>Her vil analysen været baseret på data fra Danmarks Statistik. Ift. Danmarks Statistiks data på de forskellige områder skal man dog være opmærksom på, hvorledes disse data er opgjort. §86 data er alene opgjort ift. om en borger i den pågældende måned har fået en sådan ydelse og ikke oplysninger om tyngden heraf. De fleste handicapdata (fx §85) er opgjort med en start- og slutdato, men ikke med tyngden af indsatsen.</p>

Det betyder, at tyngden af de forudgående indsatser vil være uafklaret og at det tidsmæssige forhold mellem en §86 indsats og en §83a indsats ikke bliver helt præcist. Ved inddragelse af kommunerne er der muligt at få mere præcise data se kapitel 8.2.

#### Hvad har karakteren og omfanget været af den støtte borgeren har modtaget?

Jf. beskrivelsen i kapitel 6 er det vores vurdering, at der ikke datamæssigt kan ske en databaseret systematisk og sammenlignelig afdækning af, hvilke indsatser/ydelser den enkelte borger modtager som led i deres §83a indsats eller omfanget heraf (timer eller kroner) uden, at der vil skulle ske en inddragelse af kommunerne. Se beskrivelse af mulighederne herfor i nedenstående kapitel 8.2.

Samtidig §83 støtte	Udtræk fra Danmarks Statistik	<p>Da der er forskel mellem kommunerne ift. praksis, er det centralt at belyse, om borgeren modtager samtidig §83 støtte for at kunne sammenligne støtten mellem kommunerne. Det betyder i praksis, hvorvidt forskelle mellem kommunerne skyldes, at man har forskelligt serviceniveau eller om det skyldes, at man tilrettelægger indsatserne forskelligt.</p> <p>Her vil analysen været baseret på data fra Danmarks Statistik. Begrænsningen ift. disse data er dog, at de alene beskriver det gennemsnitlige antal visiterede timer i en given måned og ikke en specifik start- og slutdato.</p> <p>Det betyder, at det kan være uklart hvilke dele af §83 indsatsen, der er leveret før eller under §83a indsatsen og på samme måde under og efter §83a indsatsen. Ved inddragelse af kommunerne er det muligt at få mere præcise data se kapitel 8.2.</p>
---------------------	-------------------------------	---

Anden samtidig støtte (end §83)	Udtræk fra Danmarks Statistik	<p>Det vil være relevant at afdække om borgeren har haft anden støtte (end §83) under forløbet. Her skal det klart defineres, hvilke typer af støtte, der ønskes belyst. Eksempler herpå kan være §86-træning, hjælpemidler, §85-støtte, aktivitetstilbud mv. Herved vil den samlede støtte kunne belyses, ligesom forskelle mellem kommunernes praksis vil kunne afdækkes.</p> <p>Ift. Danmarks Statistiks data på de forskellige områder skal man dog være opmærksom på, hvorledes disse data er opgjort. §86 data er alene opgjort ift. om en borger i den pågældende måned har fået en sådan ydelse og ikke oplysninger om tyngden heraf. De fleste handicapdata (fx §85) er opgjort med en start- og slutdato, men ikke med tyngden af indsatsen.</p> <p>Det betyder tyngden af de forudgående indsatser vil være uafklaret og at det tidsmæssige forhold mellem en §86 indsats og en §83a indsats ikke bliver helt præcist. Ved inddragelse af kommunerne er der muligt at få mere præcise data, se kapitel 8.2.</p>
---------------------------------	-------------------------------	--

#### Hvilken effekt har indsatsen haft?

Jf. beskrivelsen i kapitel 6 er det vores vurdering, at der ikke datamæssigt kan ske en systematisk og sammenlignelig afdækning af den progression borgeren har haft gennem §83a forløbet ved systematisk at sammenstille data om borgers tilstand før og efter forløbet.

Det vil derfor være vigtigt at benytte et andet datapunkt, der kan beskrive den effekt indsatsen har haft.

Det er vores vurdering, at det bedst mulige datapunkt til belysning heraf er en måling på om borgeren er blevet selvhjulpne (ift. §83) eller om borgeren modtager §83 støtte (og eventuelt anden støtte) efter §83a forløbets afslutning samt omfanget heraf. Denne støtte kan ligeledes sættes i forhold til den støtte, borgeren eventuelt modtog før §83a forløbet.

Får borgeren §83 hjælp efter §83a forløbets afslutning?	Udtræk fra Danmarks Statistik	<p>Det foreslås, at der måles på §83 støtten to måneder efter §83a forløbets afslutning. Udfordringen med data fra Danmarks Statistik er, at de alene beskriver det gennemsnitlige antal visiterede timer i en given måned og ikke en specifik start- og slutdato. Det betyder, at der ikke kan måles umiddelbart efter §83a forløbets afslutning (fx ugen efter), da det derved vil være uklart om data vedr. en samtidig §83 støtte eller en efterfølgende §83 støtte.</p>
---	-------------------------------	--

Yderligere vil man skulle være opmærksom på, at data vil skulle afgrænses til §83a forløb, der er afsluttet i de første 10 måneder af 2017, da det ellers ikke vil være muligt at foretage en opfølgende måling to måneder efter. Dette skyldes, at man ellers vil "gå ind i" 2018, hvor data først frigives af Danmarks Statistik medio 2019. Dette skal medtænkes i det endelige design af benchmarkinganalysen.

Ved inddragelse af kommunerne vil det være muligt dels at få mere præcise periodemæssige data og dels at undgå udfordringen med at data "går ind i" 2018. Se kapitel 8.2.

Får borgeren anden hjælp (end §83) efter forløbets afslutning?	Udtræk fra Danmarks Statistik	<p>Det vil være relevant at afdække om borgeren har haft anden støtte (end §83) efter forløbet for derigennem at belyse, hvor selvhjulpne borgeren reelt er blevet. Her skal det klart defineres, hvilke typer af støtte, der ønskes belyst. Eksempler herpå kan være §86-træning, hjælpemidler, §85-støtte, aktivitetstilbud mv.</p> <p>Ift. Danmarks Statistiks data på de forskellige områder skal man dog være opmærksom på, hvorledes disse data er opgjort. §86 data er alene opgjort ift. om en borger i den pågældende måned har fået en sådan ydelse og ikke oplysninger om tyngden heraf. De fleste handicapdata (fx §85) er opgjort med en start- og slutdato, men ikke med tyngden af indsatsen. Det betyder, at tyngden af de efterfølgende indsats vil være uafklaret og at det tidsmæssige forhold mellem en §86 indsats og en §83a indsats ikke bliver helt præcist. Ligeledes vil der jf. ovenstående om §83 være udfordringer med at "data går ind i" 2018.</p> <p>Ved inddragelse af kommunerne vil det være muligt dels at få mere præcise periodemæssige data og dels at undgå udfordringen med at data "går ind i" 2018. Se kapitel 8.2.</p>
--	-------------------------------	--

### Opsamling

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, er det muligt gennem en data- og registerbaseret tilgang at indhente en betydelig del af de data, der ønskes ift. gennemførelsen af en benchmarkinganalyse.

Gennemgangen viser dog samtidig, at data på en række områder er udfordret. Det omfatter særligt:

- Hvad har karakteren og omfanget været af den støtte borgeren har modtaget?
- Hvilken effekt har indsatsen haft?
- Præcise start og sluttidspunkter på øvrige indsats ( §83, §86 mv.)

Foruden ovenstående gennemgang af de "mest centrale" datakilder, vil der jf. gennemgangen i kapitel 6 kunne suppleres med yderligere datakilder.

Med udgangspunkt i hvordan der kan kompenseres herfor gennemgås i det følgende kapitel 8.2 mulighederne ved gennemførelse af en supplerende dybdeanalyse i udvalgte kommuner.

## 8.2 Supplerende dybdeanalyse

Datapunkt	Datakilde	Argumenter, potentiale og opmærksomhedspunkter
<b>Hvem har modtaget indsatsen og hvornår?</b>		
Her vil databehovet kunne dækkes af den "rene" data- og registerbaserede analyse		
<b>Hvad kendetegner den enkelte borger?</b>		
Ny borger eller tidligere §83 sag	Udtræk fra omsorgssystemerne	For at få præciseret datagrundlaget ift. start- og sluttidspunkt vil der som alternativ til data fra Danmarks Statistik kunne udtrækkes data fra kommunernes omsorgssystemer. Dette vil yderligere muliggøre en adskillelse af om §83 støtte har været samtidig med §83a forløbet eller ej (hvilket kun i mindre omfang vil være muligt med data fra Danmarks Statistik).
Anden støtte end §83 forud for §83a forløbet	Udtræk fra omsorgssystemerne	For at få præciseret datagrundlaget ift. start- og sluttidspunkt vil der som alternativ til data fra Danmarks Statistik kunne udtrækkes data fra kommunernes omsorgssystemer. Dette vil yderligere muliggøre en adskillelse af om anden støtte har været samtidig med §83a forløbet eller ej (hvilket kun i mindre omfang vil være muligt med data fra Danmarks Statistik).
<b>Hvad har karakteren og omfanget været af den støtte borgeren har modtaget?</b>		
§83a støtten omfang	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer suppleret med terapeutstøtte	Jf. beskrivelsen i kapitel 6 og kapitel 8.1 er det vores vurdering, at der ikke datamæssigt kan ske en systematisk og sammenlignelig afdækning af, hvilke indsats/tydelser den enkelte borger modtager som led i deres §83a indsats. Det vil derfor være vigtigt at benytte et andet datapunkt, der kan beskrive omfanget af den støtte, som den enkelte borger modtager.

Det er vores vurdering, at det bedst mulige datapunkt til belysning heraf er "visiteret tid". Jf. ovenstående beskrivelse i kapitel 6 vil visiteret tid i nogle kommuner kunne opgøres som vejledende tid bag den pakke, som borgeren er blevet tildelt. I andre kommuner vil der være taget stilling til den konkrete visiterede tid. I kommunerne vil der dog som udgangspunkt ikke være data for den tid, som terapeuterne (og andre faggrupper ud over SOSU-assisterter og SOSU-hjælpere) bruger på den enkelte sag (da de er opgjort som en samlet ramme). I de fleste kommuner vil ressourceforbruget hos SOSU-assisterter og SOSU-hjælpere dog være mest omfattende. Her ses to modeller:

- A) Deltagende kommuner foretager en manuel vurdering af terapeuternes ressourceforbrug på den enkelte sag. Dette kan eventuelt ske ved brug af 3 kategorier (Stor svarende til x timer, Mellem svarende til y timer og Lille svarende til z timer).
- B) Ressourceforbruget for terapeuterne fordeles gennemsnitligt ud på alle sager. Dette vil dog betyde, at data bliver mindre præcise.

Samtidig §83 støtte	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	For at få præciseret datagrundlaget ift. start- og sluttidspunkt vil der som alternativ til data fra Danmarks Statistik kunne udtrækkes data fra kommunernes omsorgssystemer. Dette vil yderligere muliggøre en adskillelse af om §83 støtte har være samtidig med §83a forløbet eller ej (hvilket kun i mindre omfang vil være muligt med data fra Danmarks Statistik).
Anden samtidig støtte (end §83)	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	For at få præciseret datagrundlaget ift. start- og sluttidspunkt vil der som alternativ til data fra Danmarks Statistik kunne udtrækkes data fra kommunernes omsorgssystemer. Dette vil yderligere muliggøre en adskillelse af om §83 støtte har være samtidig med §83a forløbet eller ej (hvilket kun i mindre omfang vil være muligt med data fra Danmarks Statistik).
Hvem leverer ydelsen? Privat eller kommunen	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	Med henblik på at få belyst de forskellige leverandørbilleder og om dette har betydning vil det være relevant at få en belysning heraf.
<b>Hvilken effekt har indsatsen haft?</b>		
Får borgeren §83 hjælp efter §83a forløbets afslutning?	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	For at få præciseret datagrundlaget ift. start- og sluttidspunkt vil der, som alternativ til data fra Danmarks Statistik, kunne udtrækkes data fra kommunernes omsorgssystemer. Dette vil yderligere muliggøre en adskillelse af om §83 støtte har være samtidig med §83a forløbet eller ej (hvilket kun i mindre omfang vil være muligt med data fra Danmarks Statistik). Endelig vil det muliggøre data fra hele 2017, hvilket det (jf. kapitel 8.1) ikke er muligt med data fra Danmarks Statistik.
Får borgeren anden hjælp (end §83) efter forløbets afslutning?	Udtræk fra kommunernes omsorgssystemer	For at få præciseret datagrundlaget ift. start- og sluttidspunkt vil der som alternativ til data fra Danmarks Statistik kunne udtrækkes data fra kommunernes omsorgssystemer. Dette vil yderligere muliggøre en adskillelse af om §83 støtte har været samtidig med de øvrige indsatser eller ej (hvilket kun i mindre omfang vil være muligt med data fra Danmarks Statistik). Endelig vil det muliggøre data fra hele 2017, hvilket det (jf. kapitel 8.1) ikke er muligt med data fra Danmarks Statistik.

### Opsamling

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, er det muligt ved at supplere med dybdeanalyse af udvalgte kommuner at kompensere for dele af de mangler, der er i den rene data- og registerbaserede analyse. Dette omhandler primært data ift., hvad omfanget har været af den støtte, borgeren har modtaget, hvem der har været leverandører samt muligheden for at få mere præcise data for start og sluttidspunkter på øvrige indsatser (§83, §86 mv.). Ift. den præcise effekt af §83a indsatsen er det dog ej heller via denne model muligt at indhente data, der kan vise borgerens progression (ud over omfanget af §83 indsatse mv. efter forløbets afslutning, som kan indikere en effekt).

Ved at først at gennemføre en ren data- og registerbaseret analyse og efterfølgende supplere denne med en dybdeanalyse i udvalgte kommuner vil det tillige muliggøre at særlige områder, der fremkommer i den rene data- og registerbaserede analyse, kan uddybes og perspektiveres.

## 9. Kvalitativ rammeanalyse af kommunernes brug af §83a

Grundet den manglende viden om forskellene mellem kommunernes organisering af og praksis på §83a området anbefaler vi, at der som led i en efterfølgende benchmarkinganalyse gennemføres en indledende kvalitativ analyse af kommunernes organisering og praksis på området.

Denne analyse skal bidrage til at skabe et mere kvalitativt overblik og indsigt i kommunernes forskelle i organisering og brug af §83a og dermed kunne dele denne viden med andre kommuner.

Det er vores anbefaling, at denne kvalitative rammeanalyse gennemføres, uanset om der vælges alene at gennemføre en ren data- og registeranalyse eller om der vælges at gennemføre en kombineret analyse, hvori der også indgår en dyberegående analyse af udvalgte kommuner.

Såfremt der også gennemføres en supplerende dyberegående analyse af udvalgte kommuner, vil denne kvalitative rammeanalyse af ressourcemæssige årsager med fordel gennemføres i sammenhæng med den supplerende dybdeanalyse.

## 10. Sammenfatning

### Potentiale i en benchmarkinganalyse af kommunernes brug af §83a

Den gennemførte foranalyse viser, at der er stor interesse hos kommunerne i at få øget viden og læring på området for rehabilitering efter §83a i serviceloven. Dette gælder særligt ift., hvilke kommuner der lykkedes med at skabe særlig god effekt af deres indsatser samt hvilke kommuner, der formår at skabe en god sammenhæng mellem investering og effekt. Samtidig er §83a-området præget af forskellige kommunespecifikke organisationsmodeller og praksis, der er blevet udviklet over tid, og hvor kommunerne kun har begrænset viden om de andre kommuners tilgange, indsatser og resultater. Der er derfor stor interesse for at blive klogere på forskellige måder at organisere og udføre §83a-hjælpen. Den manglende viden i kommunerne tilsiger, at der vil være væsentlig interesse i gennemførelsen af en benchmarkinganalyse af praksis på området, også selvom ikke alle ønskede data vil være fuldt tilgængelige.

Foranalysen viser, at der fortsat er væsentlige forskelle i faglig tilgang, organisering, ressourcetildeling, medarbejdersammensætning mv. mellem kommunerne, som kan anspore til at afdække, hvilke modeller der har størst effekt og dermed øge viden om god praksis.

Foranalysen viser, at området er umodent i forhold til den datamæssige understøttelse. De styringsmæssige data er pt. meget begrænsede, hvorfor flere kommuner supplerer med mere håndholdte analyser. Denne manglende databaserede viden om området tilsiger tillige, at området analyseres yderligere og forskelle i kommunernes praksis og resultater søges belyst.

### Analyseperiode

Analysen viser, at området pt. er præget af, at alle kommuner er midt i en flerårig overgang mellem forskellige omsorgssystemer, herunder overgangen fra FSII til FSIII. Analysen viser tillige, at denne overgang har indflydelse på mulighederne for at indhente retvisende og sammenlignelige data i kommunerne. I forbindelse med foranalysen har vi undersøgt, om der vil være væsentlige fordele ved at udskyde analysen til fx 2019 for derigennem at undgå overgangsår ifm. kommunernes udskiftning af omsorgssystemer og overgang fra FSII til FSIII. Det er dog vores vurdering at disse udfordringer også vil være gældende i de kommende år, og først kan forventes reduceret om flere år.

### Kvalitativ rammeanalyse af kommunernes brug af §83a

Med henblik på at sikre et kvalitativt overblik og indsigt i kommunernes forskelle i organisering og praksis ift. brugen af §83a anbefales det, at der gennemføres en kvalitativ rammeanalyse (jf. ovenstående kapitel 9). Det anbefales ligeledes, at denne analyse gennemføres uanset om der vælges alene at gennemføre en ren data- og registerbaseret analyse eller om der vælges at gennemføre en supplerende dybdeanalyse af udvalgte kommuner.

### Fordele og ulemper ved en ren data- og registerbaseret datamodel

Den opstillede data- og registerbaserede datamodel viser, at det er muligt at gennemføre en ren dataanalyse, der kan benchmarke interessante forskelle mellem kommunernes brug af §83a. Datamodellen vil kunne belyse, hvem der har modtaget §83a indsatsen i den enkelte kommune, hvad der kendetegner borgergruppen (fx indlæggelser, forudgående støtte mv.), og hvilken støtte de modtager efter §83a forløbets afslutning.

Fordelen ved den rene data og registerbaserede analyse er, at den baseres på konkrete data, som muliggør en større bredde i analysen (flere kommuner), samt at den er mindre følsom (da den er data- og registerbaseret). Yderligere vil analysen kunne belyse en række interessante forhold og forskelle mellem kommunerne.

Udfordringen med den "rene" data- og registerbaserede model er, at der er en række områder, hvor data ikke har den ønskede præcision eller er fraværende. Her er det mest afgørende datapunkt omfanget af den støtte den enkelte borger har modtaget. Yderligere vil analysen ikke kunne belyse leverandørbilledet. Med den rene data- og registerbaserede model vil start- og slutdatoer på øvrig støtte (§83, §86, §85) være mindre præcise (opgjort på måned og ikke dato), men vil dog være tilgængelige.

En sidste ulempe ved den rene data- og registerbaserede model er, at den ikke muliggør en efterfølgende uddybning og kvalificering af de resultater, som analysen frembringer. Dette bør der kompenseres for i analysedesignet.

### Fordele og ulemper ved gennemførelse af en supplerende dybdeanalyse

Det opstillede forslag til en supplerende dybdeanalyse (i fx 10-15 kommuner) viser, at det er muligt at kompensere for dele af de mangler, der er i den rene data- og registerbaseret model.

Fordelen ved den supplerende dybdeanalyse er særligt, at den kan supplere med data ift., hvad omfanget har været af den støtte den enkelte borger har modtaget (om end denne datakilde ikke er optimal), leverandørbilledet

og dels muligheden for at indhente mere præcise data for start- og sluttidspunkter på øvrige indsatser (§83, §86 mv.). Yderligere er fordelene, at den muliggør en efterfølgende kvalificering og perspektivering af resultaterne af den rene data- og registerbaserede analyse. Endelig er det med denne analyse muligt at foretage en samtidig belysning af rammevilkårene (organisering og praksis i kommunerne) jf. anbefalingen om, at der gennemføres en rammeanalyse heraf.

Ulempen ved den supplerende dybdeanalyse er, at data er mere følsomme og mindre "hårde" databaserede. Yderligere vil den naturligvis medføre et større ressourceforbrug. Endelig vil den supplerende dybdeanalyse ej heller kunne fremskaffe data, der kan vise borgerens progression (ud over omfanget af §83 indsatse mv. efter forløbets afslutning, som kan indikere en effekt).

Ift. den supplerende dybdeanalyse vil det endelig være muligt at skalere denne i størrelse.

#### **Samlet vurdering**

Samlet set er det vores vurdering, at det er muligt (med ovenstående begrænsninger taget i betragtning) at opstille et kvalificeret datagrundlag for en relevant benchmarkinganalyse, der vil give ny og relevant viden om kommunernes brug af §83a.

Det er yderligere vores vurdering, at man som supplement til den rene data- og registerbaserede analyse bør overveje at supplere med et vist omfang af dybdeanalyse i udvalgte kommuner, med henblik på at supplere den rene data- og registerbaserede analyses data samt for at perspektivere og kvalificere dens resultater.

## 11. Bilag



## Bilag 1

### FSIII Funktionsevnetilstande og indsatser (Servicelov), version 1.11 (19.04.16)

Klassificerede  
& strukturerede  
data

#### FUNKTIONSEVNETILSTANDE

##### Egenomsorg

Vaske sig  
Kropspleje  
Af- og påklædning  
Drikke  
Fødeindtagelse  
Spise  
Varetage egen sundhed  
Gå på toilet

##### Praktiske opgaver

Lave husligt arbejde  
Lave mad  
Udføre daglige rutiner  
Skaffe sig varer og tjenesteydelser

##### Mobilitet

Løfte og bære  
Bevæge sig omkring  
Bruge transportmidler  
Færden i forskellige omgivelser  
Forflytte sig  
Ændre kropsstilling  
Muskelstyrke  
Gå  
Udholdenhed

##### Mentale funktioner

Anvende kommunikationsudstyr og  
-teknikker  
Hukommelse  
Orienteringsevne  
Overordnede kognitive funktioner  
Følelsesfunktioner  
Energier og handlekraft  
Tilegne sig færdigheder  
Problemløsning

##### Samfundsliv

Have lønnet beskæftigelse

#### INDSATSER

Aflastningsophold uden for hjemmet  
Afløsning i hjemmet  
Ernæring  
Genoptræning af funktionsnedsættelse  
Hverdagens aktiviteter  
Indkøb  
Madservice  
Midlertidig ophold  
Mobilitet  
Personlig hygiejne  
Praktisk hjælp efter §84  
RH Ernæring  
RH Hverdagens aktiviteter  
RH Indkøb  
RH Mobilitet  
RH Personlig hygiejne  
RH Rengøring  
RH Tilberede/anrette mad  
RH Tilsyn/omsorg  
RH Tøjvask  
RH Udskillelser  
Rengøring  
Tilberede/anrette mad  
Tilsyn/omsorg  
Tøjvask  
Udskillelser  
Vedligehold af færdigheder

Kilde: <http://www.fs3.nu/>