

Simon Hartwell Christensen

Organisering og produktivitet på det kommunale træningsområde

Kortlægning og nøgletal



Publikationen "Organisering og produktivitet på det kommunale træningsområde" kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-768-3

10019

Maj 2013

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Denne rapport indgår i et samlet projekt, der har til formål at analysere det kommunale træningsområde og ældreområde samt snitfladerne imellem de to områder. Analyserne gennemføres som caseanalyser i otte kommuner – Rebild, Struer, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Frederiksberg, Nyborg, Aabenraa og Greve.

Det samlede projekt indeholder følgende tre analyser, hvor den førstnævnte afrapporteres i nærværende rapport:

- En kvalitativ kortlægning af de otte casekommuners organisering og tilrettelæggelse af det kommunale træningsområde samt en nøgletalsanalyse af dækningsgrader og produktivitet, herunder udgifter, personaleforbrug og aktivitet.
- En analyse af casekommunernes ressourceforbrug i ældreplejen. Bl.a. opgøres og analyseres den direkte borgertid, øvrig planlagt tid samt samlede tilgængelige personale ressourcer.
- En analyse af kommunernes visitation til henholdsvis permanent og midlertidig hjemmehjælp for borgere udskrevet fra sygehus. Analysen skal også undersøge, i hvilket omfang den bevilligede hjælp revisiteres.

Det samlede projekt har til formål at inspirere kommunerne til en fortsat udvikling og effektivisering af deres opgavegaveløsning på ældreområdet og træningsområdet. Og endvidere give konkret viden om de muligheder og udfordringer, der ligger i snitfladerne imellem de to områder.

Nærværende rapport afrapporterer resultaterne af den første delanalyse. Dataindsamlingen er sket i tæt samarbejde med medarbejdere i de otte deltagerkommuner. Det ville ikke have været muligt at gennemføre analysen uden deres hjælp og tålmodighed.

Simon Hartwell Christensen
Maj 2013

Indhold

Sammenfatning.....	5
1 Indledning	7
1.1 Baggrund og formål	7
1.2 Typer af træning og afgrænsning	7
1.3 Analysedesign	9
2 Analyse.....	13
2.1 Delanalyse 1 – Kortlægning og sammenligning	13
2.1.1 Organisering	13
2.1.2 Tilrettelæggelse	16
2.1.3 Visitationsprocessen	19
2.2 Delanalyse 2 – Nøgletalsanalyse.....	22
2.2.1 Oversigtstabel – Udgifter, personale og aktivitet.....	22
2.2.2 Dækningsgrader	23
2.2.3 Produktivitet	23
3 Bilag 1	27
3.1 Afgrænsning og beskrivelse af data leveret af deltagerkommuner til nøgletalsanalyser.....	27

Sammenfatning

Kommunerne står i dag overfor aktuelle og betydelige styringsmæssige udfordringer på det kommunale træningsområde. Antallet af borgere, der får en genoptræningsplan efter udskrivning fra sygehus og dermed har et krav om genoptræning, er steget med 30 pct. fra 2008 til 2011. Hertil kommer en demografisk udvikling i retning af en stadig ældre befolkning såvel som kortere indlæggelsestider på sygehusene.

Med kommunalreformens ikrafttrædelse i 2007 blev ansvaret for genoptræningsopgaven ændret betydeligt. Med den ændrede ansvarsfordeling og opgaveløsning på området skal kommunerne fortsat tilpasse deres opgaveløsning for bedst muligt at håndtere de udfordringer, som de står overfor.

Denne rapport har kortlagt og analyseret organiseringen af det kommunale træningsområde i otte casekommuner for derigennem at give kommunerne inspiration til en fortsat tilpasning og effektivisering af deres opgaveløsning. Analyserne har været afgrænset til genoptræning efter sundhedslovens § 140 og genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86.

Den detaljerede kortlægning af casekommunernes organisering af træningsopgaven har givet den nødvendige indsigt i området til gennemførelsen af en efterfølgende nøgletalsanalyse af dækningsgrader og produktivitet i de otte kommuner. Selve kvaliteten af kommunernes træningsindsats er selvfølgelig afgørende, men ligger udenfor denne analyses genstandsfelt.

Kortlægningen har fokuseret på følgende delelementer; 1) Organisationsmodeller, 2) Intern organisering af træningsafdelingen, 3) Private leverandører, 4) Samarbejde, 5) Personalesammensætning, 6) Typer af træning samt 7) Visitationsprocessen.

Kortlægningen viste, at de otte deltagerkommuner grundlæggende har benyttet tre forskellige organisationsmodeller. I alle tre modeller er genoptræningsopgaven placeret i en træningsafdeling og leveres primært i regi af et træningscenter. De tre organisationsmodeller adskiller sig i forhold til leveringen af vedligeholdende træning. I fire kommuner leveres den vedligeholdende træning også i regi af træningscentret. I tre kommuner leveres den vedligeholdende træning af personale fra træningsafdelingen, men i regi af kommunens ældrepleje. Endeligt har én kommune placeret den vedligeholdende træning i pleje- og omsorgsafdelingen – altså udenfor træningsafdelingen.

Internt i træningsafdelingen er hovedparten af deltagerkommunerne organiseret i forhold til specialer eller problematikker/"diagnoser" på træningsområdet. Kun tre af de otte kommuner er således i større eller mindre grad internt organiseret i forhold til geografisk afgrænsede områder, som det ofte ses i ældreplejen.

De otte deltagerkommuners brug af private leverandører er meget forskellig. En kommune anvender en egentlig "bestiller-udfører-model" på træningsområdet og køber næsten 25 pct. af sin træning hos private leverandører. To kommuner benytter sig i mindre grad af private leverandører og ofte som følge af en politisk beslutning om brug af konkurrenceudsættelse. Fem kommuner anvender slet ikke eller stort set ikke private leverandører.

De mindste kommuner i analysen har indgået formaliserede samarbejder med andre kommuner om løsningen af komplicerede træningsopgaver af senhjerneskadede borgere, imens de øvrige og større kommuner løser alle træningsopgaver i egen organisation. Hertil kommer et betydeligt, men mere ad hoc samarbejde med både andre kommuner og regioner vedr. særligt udvikling og faglig sparring.

Kortlægningen viste endvidere, at de kommunale træningsopgaver løses af fysioterapeuter (ca. 70 pct. af personalet) eller ergoterapeuter (ca. 30 pct.). To kommuner anvender også i nogen grad social- og sundhedsassistenter i deres opgaveløsning. I den ene af de to kommuner løser social- og sundhedsassistenterne vedligeholdende træningsopgaver jf. servicelovens § 86, stk.

2 i kommunens hjemmepleje, imens social- og sundhedsassistenterne i den anden løser lettere træningsopgaver i forbindelse med plejeopgaver i kommunens døgngenoptræning.

Alle deltagerkommuner har fokus på at prioritere holdtræning fremfor individuel træning. Det understreges imidlertid af alle deltagerkommunerne, at borgere kun trænes på hold, når dette ud fra en faglig vurdering er hensigtsmæssigt. Der vil således ofte ske skift imellem individuel træning og holdtræning for den enkelte borger henover et træningsforløb. Konkret varierer andelen af holdtræning af den samlede leverede træning fra ca. 20 pct. til ca. 50 pct. – heraf leverer fire af de otte kommuner ca. 30 pct. af deres træning som holdtræning.

Analysen af visitationsprocessen undersøgte, i hvilken grad visitationen er centraliseret hhv. decentraliseret. Visitationen på træningsområdet er i alle otte deltagerkommuner generelt meget decentral. Det er således i højere grad den enkelte terapeuts faglige vurdering, der bestemmer indholdet af træningen fremfor vedtagne serviceniveaubeskrivelser, praksisbeskrivelser eller ydelseskataloger.

Der ses dog variation imellem de otte kommuner såvel som variation imellem træning på sundhedslovens område og træning på servicelovens område. Kommunernes centrale visitationsenheder har ingen eller stort set ingen indflydelse på indholdet af træningen på sundhedslovens område, hvor det er genoptræningsplanen fra sygehuset, der bestemmer, om en borger har et træningsbehov eller ej. På servicelovens område yder visitationsenheden indflydelse på visitationen. Her er det imidlertid også i begrænset omfang, om end der er mindre forskelle kommunerne imellem. I kommunen med "bestiller-udfører-modellen" har visitationsenheden en central rolle, og i to andre kommuner visiterer visitationsenheden "træningspakker", der opstiller overordnede rammer for den enkelte borgers træningsforløb.

Nøgletalsanalysen af de otte kommuners dækningsgrader viste stort set ens dækningsgrader i kommunerne. Ca. tre pct. af deltagerkommunernes borgere over 17 år modtager træning efter enten sundhedsloven eller serviceloven. Der er således stort set den samme adgang til træning i de otte kommuner. Dog viste en analyse af andelen af borgere, der både har modtaget træning efter sundhedsloven og serviceloven indenfor et kalenderår betydelige forskelle. I kommunen med den laveste "dobbeltdækning" modtog godt to pct. af de trænede borgere både træning efter sundhedsloven og serviceloven, imens andelen var godt otte pct. i kommunen med den højeste dobbeltdækning. Det skal bemærkes, at det kun har været muligt at lave denne analyse for fire af de otte kommuner.

Analysen af deltagerkommunernes produktivitet viste tydelige forskelle deltagerkommunerne imellem. Der er således ca. 50 pct. i forskel imellem den gennemsnitlige produktivitet for de fire kommuner med "høj" produktivitet sammenlignet med gruppen med "lav" produktivitet. I de mindre produktive kommuner koster det således i gennemsnit ca. 9.000 kr. at få trænet en borger, og én terapeut træner i gennemsnit godt 65 borgere om året. I de mere produktive kommuner koster det gennemsnitligt ca. 6.000 kr., og en terapeut træner i gennemsnit knap 100 borgere. Det skal bemærkes, at kvaliteten af kommunernes træningsindsats ikke er belyst i undersøgelsen, og forskellene kommunerne imellem er således kun udtryk for forskelle i produktivitet.

Sammenholdes de otte deltagerkommuners produktivitet med deres organisering, er det ikke muligt at pege på enkeltstående dele, som klart kan forklare forskellene i produktiviteten. Dog ser det ud til, at de kommuner, der har en mere enkel organisering af træningsområdet, også har en højere produktivitet.

Konkret ses det, at tre af de fem deltagerkommuner i gruppen med høj produktivitet har den mest enkle organisering af træningsområdet. Det vil sige en organisering, hvor al træning organisatorisk er placeret i en træningsafdeling og leveres i regi af et træningscenter til forskel fra en organisationsmodel, hvor dele af træningen leveres i regi af ældreplejen. Det ses endvidere, at de mere produktive af deltagerkommunerne har en visitationsproces, der enten er meget centraliseret eller meget decentraliseret – altså en visitationsproces, hvor enten den enkelte terapeut eller en central visitationsenhed forestår visitationen. I de mindre produktive kommuner er ansvaret for visitationen i højere grad delt imellem terapeut og visitor.

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

Presset på det kommunale træningsområde er vokset betydeligt, siden kommunerne overtog en række træningsopgaver med kommunalreformens ikrafttrædelse i 2007. Antallet af borgere, der får en genoptræningsplan efter udskrivning fra sygehuset og dermed har krav på genoptræning, er steget med knap 30 pct. siden 2008¹.

Udviklingen har medført et stigende udgiftspres på det kommunale træningsområde og dermed et voksende krav om en effektiv opgaveløsning. Et krav, der må forventes at vokse yderligere som følge af dels en demografisk udvikling i retning af en ældre befolkning og dels en udvikling, hvor flere og flere borgere får en kronisk sygdom.

Samtidig med, at efterspørgslen efter flere træningsydelser stiger, ses der også voksende krav til indholdet og kvaliteten af de træningsydelser, som kommunerne skal levere. Introduktionen af accelererede patientforløb på sygehusene medfører kortere indlæggelser og nye opgaver i det nære sundhedsvæsen, herunder også på træningsområdet ude i kommunerne.

Nærværende rapport vil i lyset af ovenstående kortlægge og sammenligne kommunernes organisering og produktivitet på træningsområdet for derigennem at give kommunerne inspiration til en mere effektiv opgaveløsning.

1.2 Typer af træning og afgrænsning

Med kommunalreformens ikrafttrædelse i 2007 blev ansvaret for de forskellige offentligt finansierede træningsopgaver ændret betydeligt.

Kommunerne har i dag myndighedsansvaret for al den træning, der ikke foregår stationært på sygehus som en del af en sygehusindlæggelse. Det vil sige ambulant genoptræning jf. sundhedsloven, genoptræning jf. serviceloven, vedligeholdende træning jf. serviceloven, vederlagsfri fysioterapi jf. sundhedsloven samt træning som supplerende indsats til forskellige ydelser jf. serviceloven – fx § 85, der siger, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysik eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer².

Formålet med at placere myndighedsansvaret for størstedelen af træningsindsatsen hos kommunerne var at fremme et koordineret og sammenhængende træningsforløb. Ved at placere opgaven hos kommunerne kunne der også skabes en større sammenhæng i den bredere kommunale rehabiliteringsindsats, hvor træningen kan koordineres med indsatser i fx social lovgivning og lovgivning på arbejdsmarkedsområdet.

Ansvarsfordelingen imellem kommuner og regioner for de centrale træningsopgaver er opsummeret i nedenstående tabel og uddybes i efterfølgende afsnit.

¹ Sundhedsdata på www.ssi.dk

² Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009.

Tabel 1. Ansvarlig myndighed opdelt på træningstype og ansvarsområde

	Henvisnings- eller visitationskompetence	Myndighedsansvar	Driftsansvar	Finansieringsansvar
Stationær genoptræning (Sundl. § 140)	Regionalt	Regionalt	Regionalt	Regionalt (30 %) og Kommunalt (70 %)
Almindelig ambulant genoptræning (Sundl. § 140)	Regionalt	Kommunalt	Kommunalt	Kommunalt
Specialiseret ambulant genoptræning (Sundl. § 140)	Regionalt	Kommunalt	Regionalt	Kommunalt
Genoptræning og vedligeholdelsestræning (Servl. §§ 44 & 86)	Kommunalt	Kommunalt	Kommunalt	Kommunalt
Vederlagsfri fysioterapi (Sundl. § 140a)	Almen praksis	Kommunalt	Kommunalt	Kommunalt

Analyserne i nærværende rapport afgrænses til de primære kommunale træningsopgaver. Det vil sige ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 samt genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86.

Genoptræning efter sundhedslovens § 140

Ifølge sundhedslovens § 140 indebærer kommunernes myndighedsansvar på området, at kommunerne skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet genoptræningsbehov. Det gælder både patienter, der har været indlagt og patienter, der har modtaget ambulant behandling. Kommunerne kan tilbyde almindelig genoptræning ved egne institutioner, eller de kan indgå aftaler med andre om at løse opgaven, fx regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner eller sygehuse m.v.

Genoptræning efter sundhedsloven er en målrettet og tidsmæssigt afgrænset træningsindsats, som har til formål at genoprette patientens tidligere funktionsevne eller, hvis dette ikke er muligt, den bedst mulige funktionsevne. Funktionsevnen vurderes både bevægelsesmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt³.

Det er regionen, der vurderer, om borgeren har et genoptræningsbehov. Hvis patienten har et genoptræningsbehov, skal regionen tilbyde at udarbejde en genoptræningsplan. Det er i praksis en læge eller andet sundhedsfagligt personale, som lægen har uddelegeret ansvaret til, der udarbejder genoptræningsplanen i samarbejde med patienten. Det er således også det ansvarlige regionale sundhedspersonale, som har kompetencen til og ansvaret for at vurdere, om der henvises til almindelig genoptræning leveret af bopælskommunen eller et specialiseret genoptræningsforløb på et sygehus. Kommunerne kan ikke tilsidesætte anvisningerne i den individuelle genoptræningsplan, herunder heller ikke erstatte genoptræningen med anden form for træning.

Den stationære genoptræning, som patienten modtager under indlæggelse, finansierer kommunerne 70 pct. af og regionerne 30 pct. Både den almindelige og den specialiserede ambulante genoptræning er et rent kommunalt finansieringsansvar.

Det er således kommunerne, der har myndigheds-, drifts- og finansieringsansvaret for den almindelige ambulante genoptræning efter udskrivning fra sygehus, mens regionen har visitati-

³ Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009.

ons- eller henvisningskompetencen. I forhold til den specialiserede ambulante genoptræning har regionen foruden henvisningskompetencen også driftsansvaret, mens kommunen har myndigheds- og finansieringsansvaret.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86

Jf. servicelovens § 86 skal kommunerne tilbyde vederlagsfri genoptræning til borgere over 18 år ved fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke er behandlet på sygehus. Formålet med genoptræning efter serviceloven er det samme som efter sundhedsloven jf. ovenfor. Det er kommunerne, der træffer afgørelse om, hvorvidt borgeren skal visiteres til genoptræning efter serviceloven og til hvilket træningstilbud. Afgørelsen skal træffes med baggrund i en individuel vurdering af borgerens træningsbehov, men der kræves ikke en lægefaglig undersøgelse. Genoptræning til borgere under 18 år kan ikke tilbydes jf. § 86, men skal i stedet tilbydes jf. §§ 11 og 52.

Vedligeholdelsestræning skal tilbydes til voksne efter § 86 i serviceloven og til børn og unge efter § 44, der henviser til bestemmelserne i § 86. Vedligeholdelsestræning tilbydes til borgere efter en konkret individuel vurdering med henblik på at vedligeholde psykiske eller fysiske færdigheder. Det er kommunen, der vurderer borgerens behov og forestår visitationen. Vedligeholdelsestræning skal ses i sammenhæng med genoptræning. Ofte vil vedligeholdelsestræning blive tilbudt efter et endt genoptræningsforløb for at fastholde den erhvervede funktionsevne⁴.

1.3 Analysedesign

Der gennemføres to analyser i otte deltagerkommuner. Der gennemføres først en kvalitativ analyse af træningsindsatsens organisering og indhold med henblik på at kortlægge og sammenligne opgaveløsningen på området. Kortlægningen skal endvidere give den nødvendige indsigt i kommunernes organisering og tilrettelæggelse af træningsindsatsen til at udarbejde sammenlignelige nøgletal for dækningsgrader og produktivitet i de otte deltagerkommuner i anden delanalyse.

De otte casekommuner er udvalgt med baggrund i følgende fem baggrundskriterier, der skal være med til at sikre variation imellem deltagerkommuner i forhold til centrale analyseparametre. Baggrundskriterierne er følgende; 1) Spredning i kommunestørrelse, 2) Geografisk spredning, 3) Spredning i udgiftsniveau jf. Danmarks Statistik⁵, 4) Spredning i personaleforbrug jf. Det Fælleskommunale Løndatakontor samt 5) Spredning ift. befolkningstæthed.

De otte deltager kommuner er Rebild, Struer, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Frederiksberg, Nyborg, Aabenraa og Greve.

Delanalyse 1: Kvalitativ analyse af træningsindsatsens organisering

Med baggrund i et gruppeinterview med centrale medarbejdere på træningsområdet i hver af de otte deltagerkommuner (fx funktionsledere af træningsenheden, økonomikonsulenter, udviklingskonsulenter og ledere af visitationen) kortlægges og sammenlignes organiseringen af den kommunale træningsindsats. Delanalysen har til formål at kortlægge og identificere forskelle i deltagerkommunernes organisering, som potentielt kan yde indflydelse på deltagerkommunernes produktivitet.

⁴ Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009.

⁵ Det er vurderingen, at udgifterne til genoptræning og vedligeholdelsestræning ikke er fuldt retvisende, som opgjort af Danmarks Statistik. Udgifterne ses således i udvælgelsen som en indikator for kommunens udgiftsniveau på træningsområdet.

Konkret vil delanalyse 1 fokusere på følgende analyseparametre og -spørgsmål:

Tabel 2. Analyseparametre og -spørgsmål i den kvalitative analyse

Analyseparametre	Analysespørgsmål
Organiseringen	▪ Centralisering og specialisering Har man valgt at samle og specialisere den leverede træning på få større enheder? Eller prioriteres der flere enheder med bredt dækkende tilbud tættere på borgerne? Er der internt i træningsenheden en specialisering blandt det trænende personale, eller prioriteres der bredde og mere fleksibilitet? Er en specialisering styret af diagnoser eller fx samarbejdsrelationer internt og eksternt? ▪ Effektivisering gennem samarbejde I hvilken grad anvendes private leverandører? Søges der produktivits- eller effektiviseringsgevinster gennem samarbejde internt i kommunen eller eksternt med en region eller private terapeuter?
Tilrettelæggelse	▪ Personalesammensætning Hvilke typer af personale anvendes til levering af træning? ▪ Træningsformer I hvilket omfang benyttes mindre ressourcetunge træningsformer som fx holdtræning i stedet for individuel træning? Sker der en løbende tilpasning af de leverede træningsydelser ift. den konkrete efterspørgsel, fx indenfor udvalgte problematikker eller diagnoser? ▪ Aflastning og døgngenoptræning Hvilke træningstilbud er der til borgere, der ikke kan komme hjem i egen bolig efter udskrivning fra sygehus?
Visitation og revisitation	▪ Visitation og revisitation som styringsværktøj Sker visitation og revisitation centralt eller decentralt? Bygger visitationen på kendte kriterier og standarder eller på den enkelte terapeuts skøn? Sker der løbende opfølgning på visitationspraksis? Er der faste procedurer for revisitation og afslutning af træningsforløb?

Delanalyse 2: Centrale nøgletal

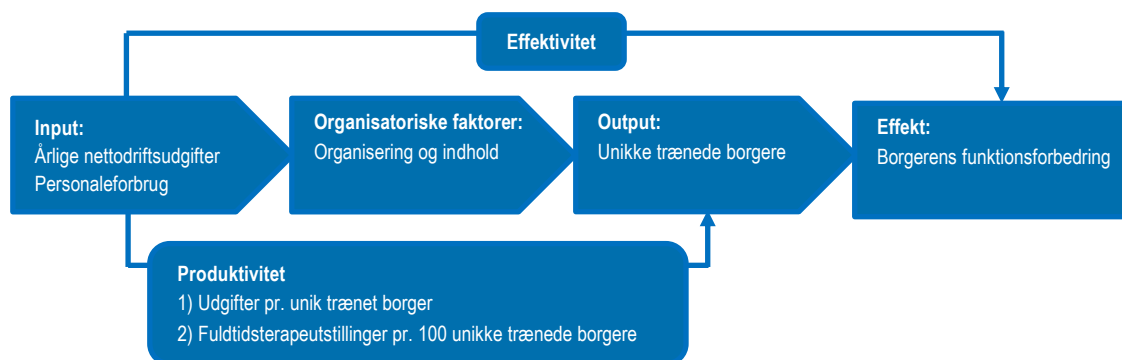
Nøgletalsanalysen indeholder dels en analyse af deltagerkommunernes dækningsgrad og dels en analyse af kommunernes produktivitet, herunder deres udgifter, aktivitet og personaleforbrug.

En analyse og sammenligning af deltagerkommunernes dækningsgrader vil give et billede af, hvor "let" adgangen er til træning og dermed en vinkel på deltagerkommunernes serviceniveau. Analysen af dækningsgraden vil dels belyse dækningsgraden beregnet som den andel, som borgere, der har modtaget træning, udgør af alle borgere ældre end 17 år. Endvidere belyses omfanget af "dobbeltdækning". Det vil sige omfanget af, hvor mange borgere der både har modtaget træning efter sundhedsloven og serviceloven indenfor samme år. Sidstnævnte analyse har kun været mulig for fire af de otte deltagere.

Produktivitet defineres som forholdet imellem centrale inputfaktorer i organisationen og organisationens output. Produktiviteten beregnes på baggrund af opgørelser af de årlige udgifter, den samlede årlige aktivitet samt det gennemsnitlige årlige personaleforbrug.

Nedestående figur viser, hvordan produktivitet opgøres i nærværende analyse samt de enkelte delelementer heraf.

Figur 1. Illustration af overordnet analysedesign – produktivitet og nøgletal



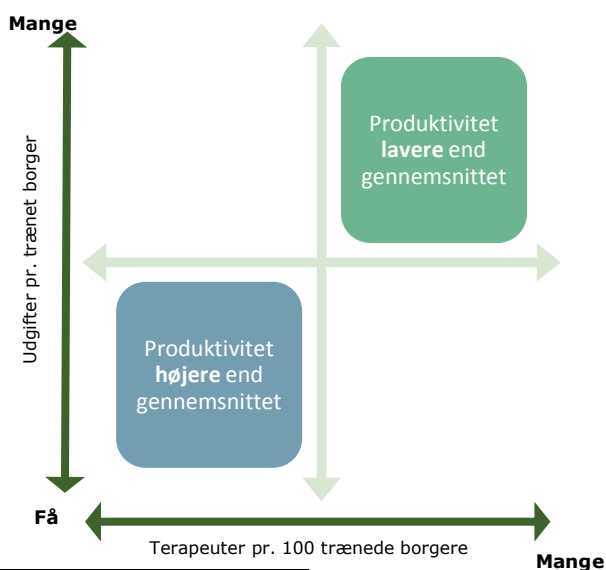
Effekten eller med andre ord kvaliteten af træningsindsatsen er ikke en del af analysen. Udgangspunktet for analyserne er, at deltagerkommunerne lever op til formålene med den kommunale genoptræning og vedligeholdelsestræning, som de fremgår af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses vejledning om træning i kommuner og regioner⁶.

Der anvendes to forskellige mål for produktivitet i analysen. *For det første* sammenlignes de samlede årlige nettodriftsudgifter pr. unik borger, der har modtaget træning. Målet udtrykker således en gennemsnitspris for den træning, der leveres af den samlede træningsenhed. En unik trænet borger er opgjort således, at en borger, der har gennemført mere end et træningsforløb i et kalenderår, kun tælles med i aktiviteten én gang.

For det andet analyseres antal fuldtidsterapeutstillinger pr. 100 borgere, der er trænet af terapeuter. Målet udtrykker en gennemsnitlig produktivitet for en terapeut på træningsområdet, når der fokuseres på kerneopgaven – dvs. træning – og ikke inkluderes andre opgaver som fx udviklingsopgaver⁷.

Med baggrund i de to produktivitmål klassificeres deltagerkommunerne i to grupper – en gruppe med en produktivitet højere end gennemsnittet og en gruppe med en produktivitet lavere end gennemsnittet. Grupperingen er illustreret i nedenstående figur.

Figur 2. Klassificering af kommunerne ift. deres produktivitet



⁶ Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009.

⁷ Da kommunerne benytter social- og sundhedsassistenter meget forskelligt i deres vedligeholdende træning afgrænses opgørelsen til antal terapeuter pr. 100 træned borgere for at sikre sammenlignelighed.

Analysen af deltagerkommunernes produktivitet afsluttes med overvejelser om eventuelle sammenhænge imellem deltagerkommunernes organisering og tilrettelæggelse af deres træningsindsats, som analyseret i delanalyse 1, og deres produktivitet.

Der er betydelige forskelle i kommunernes registrerings- og konteringspraksis på træningsområdet, når man kigger på tværs af alle landets kommuner. Det er således ikke muligt at lave en benchmarkanalyse af alle 98 kommuner, da tilgængelige nationale data ikke vurderes tilstrækkeligt valide.

Forskellene i registreringspraksis genfindes i nogen grad blandt de otte deltagerkommuner. Caseanalysen giver imidlertid mulighed for en tæt dialog med deltagerkommunerne om opgørelsen af nøgletallene, så der sikres så ensartede opgørelser som muligt og dermed sammenlignelige nøgletal⁸.

Analysen er et øjebliksbillede af produktiviteten i deltagerkommunerne. Det betyder, at analysen giver mulighed for at sige noget om forskelle i deltagerkommunernes produktivitet på observationstidspunktet. Derimod kan analysen ikke sige noget om marginale ændringer i output ved ændringer i input, da produktiviteten ikke nødvendigvis er den samme for andre niveauer af input.

⁸ Se metodebilag for en detaljeret beskrivelse af nøgletal mm.

2 Analyse

2.1 Delanalyse 1 – Kortlægning og sammenligning

Delanalysen struktureres i forhold til de emner, som blev beskrevet i analysedesignet ovenfor: Organisering, tilrettelæggelse samt visitation og revisitation. Emnerne analyseres særskilt og sættes i forhold til produktivitetsanalysen i delanalyse 1.

2.1.1 Organisering

Analysen af deltagerkommunernes organisering fokuserer dels på den overordnede organisering og placering af de forskellige typer af træningsopgaver, dels på den interne organisering af opgaveløsningen blandt de trænende terapeuter. Endelig belyses anvendelsen af private leverandører af træning og samarbejdsrelationer imellem deltagerkommunerne og andre kommuner hhv. regioner.

Organisationsmodeller

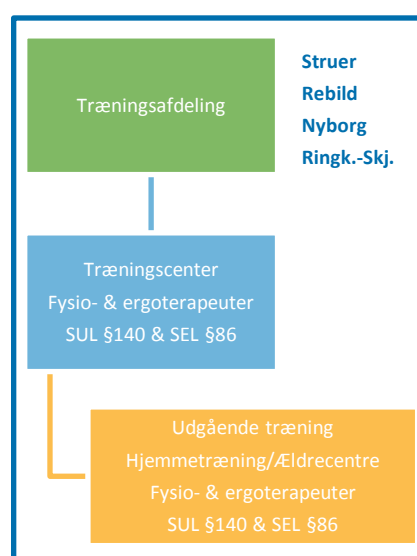
Når man kigger på tværs af deltagerkommunernes overordnede organisering og placering af forskellige typer af træning, er det tydeligt, at der er stor variation i de organisationsmodeller, der anvendes. Variationen ses i forhold til den organisatoriske og fysiske placering af forskellige typer af træning såvel som personalesammensætning. Den organisatoriske placering sker i enten en træningsafdeling eller en pleje- og omsorgsafdeling, og den fysiske placering er enten i træningscentre, borgernes hjem eller på ældrecentre.

Med baggrund i ovenstående kan der identificeres tre overordnede typer af organisationsmodeller, der beskriver den faktiske organisering af træningsindsatsen i deltagerkommunerne.

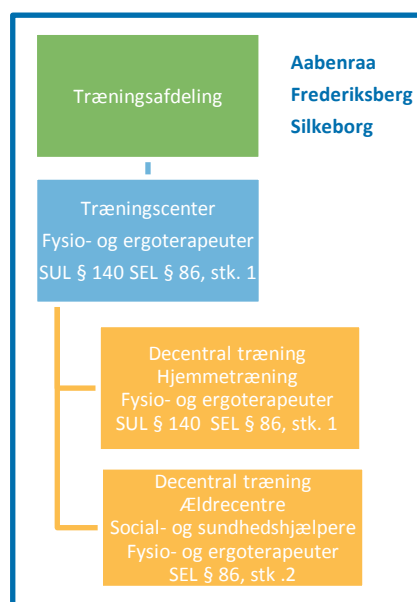
Den første organisationsmodel er den mest enkle model af de tre og den mest centraliserede. Al træning er organisatorisk placeret i en egentlig træningsafdeling med en ansvarlig leder og leveres i regi af et træningscenter. Hovedparten af træningen leveres i selve træningscentret, og en mindre del af træningen leveres af udgående træningsterapeuter i enten borgerens eget hjem eller på et ældrecenter. Al træning efter sundhedsloven og servicelovens § 86 varetages af enten fysio- eller ergoterapeuter. Fire af deltagerkommunerne har organiseret deres træningsindsatser på en måde, der ligger indenfor model 1s overordnede rammer, jf. figur 3.

Den anden organisationsmodel (figur 4), der kan identificeres, har flere fællestræk med model 1 og er således i overvejende grad også en centraliseret model. Hele træningsindsatsen er organisatorisk placeret i en træningsafdeling med en leder. Genoptræning efter såvel serviceloven som sundhedsloven leveres primært på et eller

Figur 3. Organisationsmodel 1



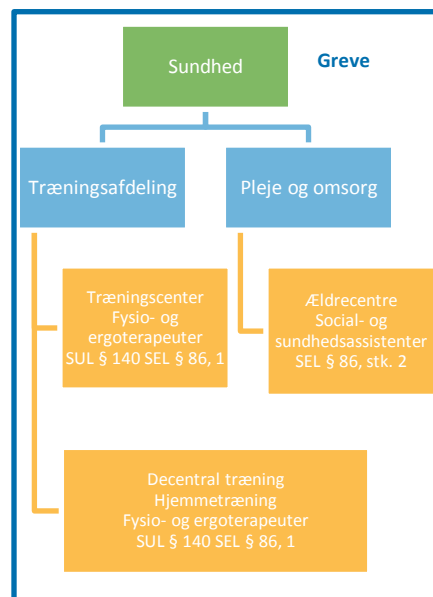
Figur 4. Organisationsmodel 2



flere træningscentre og i mindre grad af udgående terapeuter i borgerens eget hjem. Til forskel fra model 1 leveres al vedligeholdende træning efter serviceloven imidlertid enten i borgerens eget hjem eller på et ældrecenter. Den vedligeholdende træning varetages enten af fysio- og ergoterapeuter eller af social- og sundhedsassistenter under terapeutfaglig vejledning. Tre af deltagerkommunernes organisering kan i overvejende grad karakteriseres som beskrevet af organisationsmodel 2, figur 4.

Den tredje organisationsmodel (figur 5) adskiller sig fra model 1 og 2 ved. Genoptræningen er organisatorisk placeret i træningsafdelingen, imens den vedligeholdende træning er placeret i en pleje- og omsorgsafdeling. Den vedligeholdende træning leveres af hjemmeplejen i borgernes eget hjem af social- og sundhedsassistenter under lokal ledelse. Ser man på genoptræning efter såvel sundhedslov som servicelov er organiseringen meget lig model 1. Det vil sige, at træningen forestås af terapeuter i regi af et træningscenter med en udgående del, der leverer træning i borgerens eget hjem. Organisationsmodel 3 beskriver én kommunes organisering af træningsindsatsen.

Figur 5. Organisationsmodel 3



Organiseringen i træningsafdelingen

Der er i de otte deltagerkommuner identificeret tre måder at organisere sig på internt i træningsafdelingen; 1) i forhold til faglige specialer, 2) geografisk afgrænsede områder eller 3) en kombination af de to. Kommunernes interne organisering af de trænende terapeuter i træningsafdelingen fremgår af tabel 3.

Tabel 3. Den interne organisering af træningsområdet

Specialeopdelt	Speciale og område	Områdeorganisering
• Frederiksberg • Struer • Greve • Nyborg • Ringkøbing-Skjern	• Silkeborg • Aabenraa	• Rebild

I syv af de otte deltagerkommuner organiseres træningsindsatsen blandt de trænende terapeuter med udgangspunkt i en række afgrænsede specialer, som definerer et team af terapeuter. Specialerne er defineret enten i forhold til specialer i mere traditionel forstand som fx ortopædkirurgi, neurologi, medicinske patienter og gynækologi eller i forhold til den kropslige placering af problematikken, fx skulder, arme, hænder (overekstremiteter), knæ og hofte (underekstremiteter).

Det gælder ligeledes i alle syv deltagerkommuner, at hver enkelt terapeut dækker flere specialer eller problematikker. Dette skyldes dels, at terapeuterne skal have en tilstrækkelig faglig bredde til at kunne dække for hinanden i tilfælde af fravær. Og dels, at der i forhold til flere problematikker er en for lille volumen til, at en terapeut kun kan arbejde indenfor ét speciale.

En enkelt kommune er internt organiseret i forhold til geografiske områder og to i forhold til både faglige specialer og område. I Rebild Kommune er der kun et ledelseslag i træningsafdelingen, og den interne områdeorganisering er således udelukkende en måde at organisere tera-

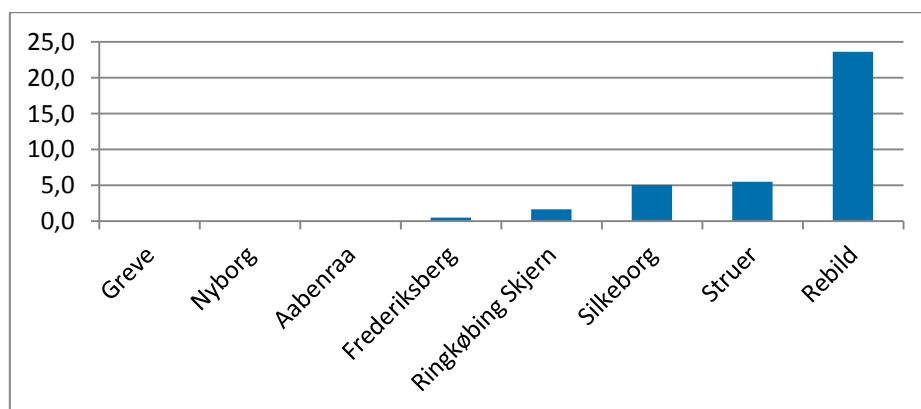
peuterne i teams. I Aabenraa Kommune er der ansat to funktionsledere med ansvar for hver deres geografiske områder, imens områdeorganiseringen i Silkeborg Kommune er en måde at organisere den udgående træning under egen ledelse i lokalteams.

For alle otte kommuner gælder det, at størrelsen af kommunen har betydning for graden af specialisering af terapeuterne. Alle deltagerkommuner arbejder på en faglig specialisering af deres terapeuter, men mulighederne er mindre i de små deltagerkommuner, da det samlede antal træningsforløb og særligt antallet af komplicerede træningsforløb er mindre her, fx genoptræning af senhjerneskadede og genoptræning efter amputationer. I de større deltagerkommuner dækker én terapeut således to til tre specialer, imens hver enkelt terapeut i de mindre deltagerkommuner dækker alle typer af problematikker, men har videreuddannet sig indenfor udvalgte problematikker, så de kan bidrage med en øget faglighed i hele træningsafdelingen i forhold til disse.

Brugen af private leverandører

De otte deltagerkommuners udgifter til køb af træning hos private leverandører fremgår af figur 6.

Figur 6. Andel udgifter til private leverandører (ekskl. kørsel) af samlede nettodriftsudgifter



Det fremgår af figuren, at Rebild Kommune køber betydeligt flere ydelser hos private leverandører sammenlignet med de øvrige deltagerkommuner. Rebild er samtidig den eneste af de medvirkende kommuner, der har en "bestiller-udfører model", hvor en visitationsenhed bestiller træning hos enten den offentlige leverandør (den kommunale træningsafdeling) eller en godkendt privat leverandør og afregner pr. time til en fast takst. Private leverandører indgår således, som en central del af opgaveløsningen på træningsområdet i denne kommune.

I Greve, Nyborg, Aabenraa, Frederiksberg og Ringkøbing-Skjern købes der jf. figur 6 ingen eller stort set ingen ydelser hos private leverandører. Struer og Silkeborg køber i nogen grad træning hos private leverandører. Det gælder for alle fire kommuner, at køb af træning hos private leverandører er resultatet af en politisk beslutning om, at en vis del af træningsopgaven skal udliciteres. Det gælder endvidere, at man har udliciteret træning af bestemte problematikker. Det kan fx være alle knæ, konservativ rygbehandling eller nakke. Der er således ikke tale om, at private leverandører indgår i den mere generelle opgaveløsning, men derimod løser en konkret og klart afgrænset opgave for kommunen.

Samarbejde med andre kommuner og regionerne

Samarbejde om løsningen af opgaver på det kommunale træningsområde foregår såvel gennem formaliserede samarbejdsaftaler som mere ad hoc og uformaliseret. Nedenstående tabel opsummerer de otte deltagerkommuners formaliserede samarbejdsrelationer på træningsområdet.

Tabel 4. Formaliserede samarbejder om opgaveløsningen

Samarbejde med/køb hos anden kommune	Samarbejde med/køb hos regionen	Løser træningsopgaver internt
• Nyborg om senhjerneskedede og multihandicappede • Struer om senhjerneskedede og amputationer	• Rebild om senhjerneskedede (indtil 2014)	• Frederiksberg • Silkeborg • Aabenraa • Greve • Ringkøbing-Skjern

Det fremgår af tabel 4, at de tre mindste kommuner af de otte deltagerkommuner har etableret formaliserede samarbejdsrelationer om løsningen af den kommunale træningsopgave. Af de tre kommuner samarbejder to med andre kommuner og en enkelt med en region. Det fremgår endvidere, at de mindre kommuner har etableret samarbejde om løsningen af de mest komplicerede genoptræningsopgaver, herunder særligt genoptræningen af senhjerneskedede borgere. Det er forskelligt, hvad et samarbejde mere præcist indeholder. Et samarbejde kan være køb af hele eller dele af et genoptræningsforløb, køb af råd og vejledning, abonnementsordninger, udredningsforløb mm.

I forhold til det mere uformelle samarbejde giver alle deltagerkommunerne udtryk for, at de har en løbende dialog med regionerne om opgaveløsningen på træningsområdet. Dialogen imellem kommune og region finder i overvejende grad sted på ledelsesplan og omhandler særligt snitflader imellem den regionale og kommunale opgaveløsning og i mindre grad det konkrete indhold af træningen ved fx drøftelse af forløbs- og praksisbeskrivelser. Hertil kommer selvfølgelig en formaliseret dialog imellem kommuner og regioner i forbindelse med udarbejdelsen af de obligatoriske sundhedsaftaler.

Der finder også en løbende dialog sted imellem trænende terapeuter i kommuner og regioner. Denne dialog er mere ad hoc og bygger ofte på personlige relationer imellem medarbejdere. Et eksempel på samarbejde i flere deltagerkommuner er "fælles skolebænk" eller lignende forløb, hvor terapeuter fra kommuner og regioner afholder kortere seminarer, hvor man drøfter træning af forskellige problematikker eller deltager i egentlige fælles efteruddannelsesforløb. I en enkelt deltagerkommune samarbejder specialeteams i kommunen med terapeuter på et regionssygehus, der arbejder med tilsvarende diagnoser.

2.1.2 Tilrettelæggelse

Deltagerkommunernes tilrettelæggelse af træningsopgaven analyseres i forhold til tre centrale elementer. For det første sammenlignes de otte deltagerkommuner i forhold til deres brug af forskelligt sundhedsfagligt personale. For det andet kommunernes brug af holdtræning og individuel træning, herunder også hjemmetræning. For det tredje beskrives deltagerkommunernes tilbud til borgere med et træningsbehov, som ikke er klar til at komme hjem efter udskrivning fra sygehus.

Personalesammensætning

Deltagerkommunernes forbrug af sundhedsfaglige personaleressourcer og sammensætningen af forskellige personaletyper på træningsområdet fremgår af tabel 5 nedenfor.

Tabel 5. Personaleressourcer og -typer på træningsområdet (2011, fuldtidsstillinger og procent)

	Fysioterapeuter	Ergoterapeuter	SOSU m.fl.	Samlet antal
Struer	4,2 (71 %)	1,72 (29 %)	0 (0)	5,9 (100 %)
Rebild	3,2 (80 %)	0,8 (20 %)	0 (0)	4 (100 %)
Ringkøbing-Skjern	11,5 (70 %)	5 (30 %)	0 (0)	16,5 (100 %)
Aabenraa	16,3 (34 %)	6,9 (14 %)	25,2 (52 %) ¹	48,4 (100 %)
Silkeborg	29,7 (49 %)	10,4 (17 %)	20,4 (34 %) ²	60,6 (100 %)
Nyborg	7,3 (76 %)	1,9 (20 %)	0,4 (4 %)	9,6 (100 %)
Greve	9 (75 %)	3 (25 %)	- ³	12 (100 %)
Frederiksberg	23,8 (86 %)	4 (14 %)	0 (0)	27,8 (100 %)

Noter: 1) SOSUer der løser SEL § 86, stk. 2 træning på lokalcentre. 2) SOSU m. fl. der er tilknyttet døgngenoptræning. 3)

Det har ikke været muligt at opgøre SOSUer i plejedelen, som leverer SEL § 86, stk. 2 træning.

Anm.: Personaleressourcer kommenteret i note 1-3 er ikke inkluderet i produktivitetsopgørelser jf. databeskrivelse.

Det fremgår af tabel 5, at træningsopgaven i overvejende grad løses af fysio- og ergoterapeuter. I fem af de otte deltagerkommuner varetager terapeuter al eller stort set al træning efter sundhedsloven og serviceloven. I de fem kommuner ses det endvidere, at mellem 70 og 80 pct. af personalet er fysioterapeuter.

I de resterende tre kommuner varetages en del opgaver på træningsområdet også af social- og sundhedsassistenter. I Aabenraa og Greve kommune forestås vedligeholdende træning efter servicelovens § 86, stk. 2 i alt overvejende grad af social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere, imens social- og sundhedsassistenter i Silkeborg Kommune er ansat i kommunens døgngenoptræningstilbud til varetagelse af plejeopgaver.

Endelig gælder det, at de største kommuner også har ansat en til to medarbejdere med en anden sundhedsfaglig baggrund. Det kunne fx være diætister, sygeplejersker eller psykologer.

Holdtræning eller individuel træning

Alle deltagerkommuner har fokus på at prioritere holdtræning fremfor individuel træning – herunder også hjemmetræning – når det er fagligt muligt. Det understreges imidlertid af alle deltagerkommunerne, at borgere kun trænes på hold, når dette ud fra en faglig vurdering er hensigtsmæssigt. Der vil således ofte ske skift imellem individuel træning og holdtræning for den enkelte borger henover et helt træningsforløb. Det vil fx ofte være relevant for en borger at starte sin træning i et individuelt forløb og skifte til holdtræning, når der ikke længere er behov for, at terapeuten følger træningen helt tæt.

Følgende delelementer vil blive belyst i forhold til deltagerkommunernes organisering af deres træning:

- Hvor stor er andelen af hhv. holdtræning og individuel træning?
- Er der faste hold eller oprettes de efter behov?
- Sker der løbende optag, eller er holdtræning afgrænsede forløb?
- Tilbydes der træning efter både SEL og SUL på samme hold?

Nedenstående tabel viser andelen af hhv. holdtræning og individuel træning leveret i de otte deltagerkommuner. Det skal bemærkes, at det er vanskeligt at opgøre andelen ens i de otte kommuner. Der kan være betydelige forskelle i andele internt i kommunen fx afhængigt af, om det er træning leveret af kommunal eller privat leverandør samt, om der er tale om træning efter SEL § 86 eller SUL § 140.

Tabel 6. Fordelingen af træning på holdtræning og individuel træning

	Holdtræning	Individuel
Struer	14	86
Rebild ¹	20/59	80/41
Ringkøbing-Skjern	30	70
Nyborg	28	72
Greve	30	70
Aabenraa ²	25/82	75/15
Silkeborg	50	50
Frederiksberg	54	46

Noter: 1) Privat leverandør/kommunal leverandør, 2) SUL § 140 hhv. SEL § 86.

Anm.: Andelen angivet i tabellen er estimeret af kommunerne med baggrund i enten træningsdata eller gennemgang af terapeuternes kalendere i en afgrænset periode.

Det ses af tabellen, at andelen af holdtræning ligger imellem 20 og 30 pct. for seks af de otte kommuner og således – usikkerheden i tallene taget i betragtning – relativt tæt. To kommuner skiller sig ud – Struer med en andel på kun 14 pct. og Frederiksberg med en meget høj andel på 54 pct. Struers lave andel kan forklares med, at der i kommunen på nuværende tidspunkt ikke er lokaler til, at der kan gennemføres holdtræning. Der kan ikke umiddelbart identificeres helt konkrete forklaringer på den høje andel i Frederiksberg Kommune. Dog fremgår det af udleverede holdoversigter, at kommunen tilbydes holdtræning på en lang række af faste hold, hvilket må forventes at hænge sammen med den større volumen, der er på træningsområdet i Frederiksberg Kommune som følge af kommunestørrelsen.

Går man lidt dybere ned i deltagerkommunernes arbejde med holdtræning, ses det, at volumen på træningsområdet i de mindre kommuner i undersøgelsen betyder, at det kan være en udfordring at få etableret holdtræning. De mindre kommuner har derfor ingen eller kun få faste hold. De opretter i stedet løbende hold, når der er borgere nok til, at det giver mening. Holdtræningen i de mindre kommuner er således i høj grad efterspørgselsstyret. Endvidere arbejder kommunerne med samtræning – dvs. træning af flere borgere på samme tid, men med forskellige problematikker og træningsprogrammer.

De øvrige kommuner har alle fast hold og jo større kommune jo flere faste hold. Eksempler på faste hold er ryghold, knæhold, geatrisk hold og bryst hold. Alle faste hold har løbende optag for at fylde så mange pladser som muligt på holdene.

Det gælder for både de faste hold og ad hoc holdene, at deltagerkommunerne så godt som ikke skelner imellem genoptræning efter SEL § 86, stk. 1 og SUL § 140. Der optages således både borgere, der er visiteret efter serviceloven og sundhedsloven på samme hold. Det er altså problematikken og ikke lovgivningen, der er afgørende for, hvilket hold man kommer på. Alle deltagerkommunerne fortæller, at der ikke skelnes imellem træning efter sundhedsloven hhv. servicelovens, da det sikrer et bedre flow på holdene og en større volumen, så holdene så vidt muligt fyldes op. Der er i forlængelse heraf eksempler på, at der på udvalgte hold også tilbydes træning til kronikere, der indgår i et patientrettet forebyggelsesforløb jf. SUL § 119.

I forhold til den vedligeholdende træning efter SEL § 86, stk. 2 foregår træningen generelt i alle deltagerkommuner i højere grad på hold sammenlignet med genoptræningen.

Aflastningspladser, døgngenoptræning o. lign.

Deltagerkommunernes træningstilbud til særligt svage borgere, der ikke kan være i eget hjem – fx efter udskrivning fra sygehus – er meget forskellige. Der er således også stor forskel på, om tilbuddene og det tilknyttede personale og budget er placeret i en ældreafdeling eller sundhedsafdeling. Deltagerkommunernes træningstilbud til denne afgrænsede målgruppe er derfor ikke en del af produktivitetsanalyserne nedenfor. Tilbuddene beskrives som en del af den samlede kortlægning af deltagerkommunernes opgaveløsning på træningsområdet.

De otte deltagerkommuners udvidede træningstilbud falder overordnet i tre forskellige grupper eller modeller.

Model 1) Silkeborg Kommune har et døgngenoptræningstilbud organisatorisk placeret i træningsenheden sammen med kommunes øvrige træningstilbud. Døgngenoptræningspladserne benyttes som aflastningspladser af plejen, hvis de ikke er fyldte.

Model 2) Frederiksberg og Greve kommune har begge udvidede døgntilbud placeret i regi af kommunernes rehabiliterende indsats, som er placeret udenfor selve træningsenheden. Fælles for de tre døgngenoptræningstilbud er, at der er ansat terapeuter til kun at forestå træning i de udvidede døgntilbud samt andet sundhedsfagligt personale, som dels varetager omsorgsopgaver og dels følger op på terapeuternes træning og sørger for at integrere yderligere træning i den resterende del af døgnet. I Greve Kommune er det kun ergoterapeuterne, der er ansat direkte i døgngenoptræningstilbuddet, imens den fysioterapeutiske opgave varetages af træningsafdelingen.

Model 3) De øvrige deltagerkommuners tilbud til særligt svage borgere kombinerer døgnpladser i ældreomsorgen med træning leveret af træningsafdelingen. Døgnpladserne har forskellige navne i de fem deltagerkommuner (aflastningspladser, midlertidige pladser og døgnafsnit), men dækker i overvejende grad over ens tilbud. Omsorgs- og plejeopgaver løses af ældreafdelingen, imens terapeuter fra træningsafdelingen tager ud og tilbyder et udvidet træningstilbud til borgeren i døgntilbuddet. Flere af de fem kommuner planlægger egentlig døgngenoptræning, hvor træningen kan integreres i hele borgerens hverdag i døgntilbuddet.

2.1.3 Visitationsprocessen

Analysen af visitationsprocessen vil undersøge, i hvilken grad visitationen er centraliseret hhv. decentraliseret. Vurderingen vil ske med baggrund i dels, hvilken enhed i organisationen der forestår visitationen og dels grundlaget for visitationen. Analysen vil fokusere på dels beslutningen om, hvorvidt en borger skal modtage træning⁹ og dels på konkretisering af 1) målsætninger for træningsforløbet, 2) indholdet af den træning den enkelte borger modtager samt 3) varigheden og hyppigheden af træningen.

Visitation og revisitation foregår organisatorisk set ét af tre forskellige steder i de otte deltagerkommuner; 1) i en central visitationsenhed, 2) af en afdelingsleder eller koordinator i træningsafdelingen eller 3) af den trænende terapeut. Visitationen vil i udgangspunktet være mest centraliseret, når det primært er en ekstern visitationsenhed, der forestår (re)visitationen, imens den vil være mere decentral, når den enkelte trænende terapeut også er med til at konkretisere indhold, målsætninger og omfang af træningen.

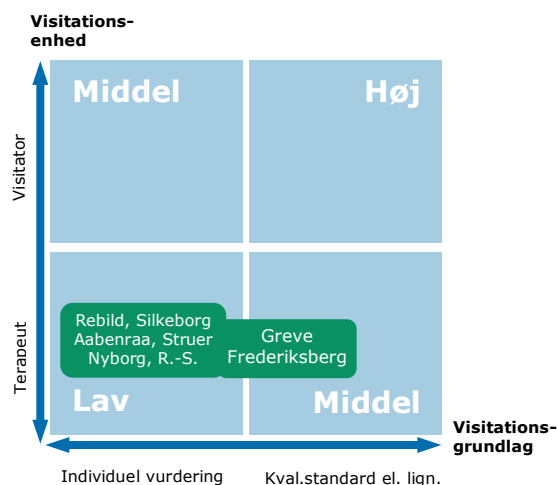
Derudover er graden af centraliseret visitation også afhængig af, i hvilken grad grundlaget for visitationen beror på en individuel faglig vurdering eller kriterier i kvalitetsstandarder, praksisbeskrivelser el. lign. I udgangspunktet vil visitationen betragtes som centraliseret, når den beror på kvalitetsstandarder el. lign.

Figur 7 nedenfor illustrerer i hvilken grad visitationsprocessen er centraliseret i de otte deltagerkommuner vurderet i forhold til de to beskrevne kriterier. Graden af centralisering er vurderet separat i forhold til *indhold* hhv. *målsætninger*, *varighed* og *hyppighed*. Indplaceringen af deltagerkommunerne i figurene er vanskelig, og den skal følgelig tages med forbehold.

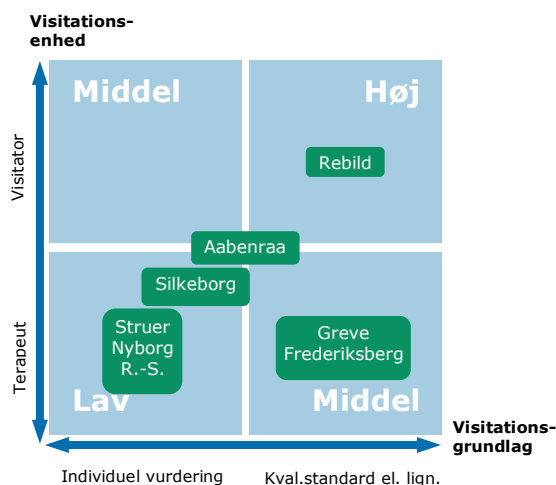
⁹ Denne del er mindre interessant ift. træning efter sundhedsloven, da det er sygehuset, der vurderer om borgeren har et træningsbehov efter udskrivning.

Figur 7. Graden af centraliseret visitationsproces – opdelt på visitation af indhold hhv. målsætninger, varighed og hyppighed

Figur 7A. Indhold



Figur 7B. Målsætninger, varighed og hyppighed



Konkretisering af indholdet af træningen

Det fremgår af figur 7A, at alle deltagerkommunerne har en meget decentral visitering af indholdet af den leverede træning – det gælder for såvel træning efter serviceloven som træning efter sundhedsloven. I seks kommuner er det de trænende terapeuter, der fastlægger indholdet af træningsindsatsen – fx tests, øvelser og metoder – ud fra en individuel faglig vurdering. I de to sidste kommuner er det ligeledes de trænende terapeuter, der fastlægger indholdet af træningen, men den individuelle faglige vurdering sker indenfor nogle rammer fastsat af praksisbeskrivelser eller ydelsesbeskrivelser.

Konkretisering af målsætninger, varighed og hyppighed

Ser man på konkretisering af målsætninger, varighed og hyppighed, tegner der sig et mere differentieret billede, hvilket også fremgår af figur 7B. I Rebild Kommune ses en høj grad af centralisering, Silkeborg, Aabenraa, Greve og Frederiksberg en middel grad og Struer, Nyborg og Ringkøbing-Skjern en lav grad.

Rebild Kommune har som den eneste af de otte deltagere en egentlig bestiller-udfører-model på træningsområdet. BUM-modellen inkluderer træning efter både SEL § 86 og SUL § 140. BUM-modellen betyder, at Rebild Kommune som den eneste af de otte deltagerkommuner har en visitationsproces, der kan karakteriseres som central i forhold til visiterende enhed og visitationsgrundlaget jf. ovenstående figur. I Rebild Kommune udarbejder en visitator konkrete og målbare målsætninger for borgeren og tildeler et konkret antal træningstimer ud fra et ydelseskatalog. Ydelseskataloget redigeres jævnligt med udgangspunkt i bl.a. to årlige dialogmøder med både private og kommunale leverandører af træning. Der er endvidere en fast procedure for revisitation. Ønsker den trænende terapeut at fortsætte træningen efter, at det oprindelige antal visiterede træningstimer er leveret, skal terapeuten udfylde en standardanmodning til visitator med oplysninger om bl.a. status, nye målsætninger og muligheder for selvtræning.

Struer Nyborg og Ringkøbing-Skjern kommuner har ensartet visitation efter sundhedsloven. Genoptræningsplaner fra sygehusene sendes direkte videre til de trænende terapeuter af enten leder eller administrativ medarbejder i træningsafdelingen. Terapeuten foretager en individuel vurdering af borgerens træningsbehov og bestemmer på baggrund heraf målsætninger, indhold og omfang af træningsindsatsen. I Struer og Nyborg eksisterer der kvalitetsstandarder hhv. faglige standarder, men de anvendes ikke aktivt i det daglige arbejde med borgeren. I

Ringkøbing-Skjern sætter en kvalitetsstandard i dag en helt overordnet tidsramme for træningsforløbet på maksimum tre måneder.

I forhold til træning efter serviceloven arbejder de tre kommuner med forskellige modeller, men fælles for modellerne er terapeuternes centrale placering i visitationen. I Struer og Ringkøbing-Skjern er visitationsprocessen vedrørende træning efter serviceloven grundlæggende den samme som for træning efter sundhedsloven. Anmodningen om træning kommer blot fra fx en borger eller andet kommunalt sundhedspersonale og ikke fra et sygehus. Dog foretager den centrale visitation en foreløbig vurdering af, om der tilbydes træning, og hvis det er tilfældet, om den tilbydes efter stk. 1 eller stk. 2 i servicelovens § 86, som terapeuterne i træningsenheden kan vælge at ændre, hvis det vurderes hensigtsmæssigt.

I Nyborg Kommune er processen en anden end i de andre deltagerkommuner. Træningsenheden har i Nyborg en mere central rolle i visitationen til træning efter serviceloven. Træningsenhedens terapeut udfører et "vurderingsbesøg" hos den enkelte borger. På baggrund af vurderingsbesøget beslutter den enkelte terapeut, om borgeren tilbydes træning og i givet fald fastsættes målsætninger, indhold og omfang af træningen.

Revisitationen i de tre kommuner ligner hinanden. Det er den enkelte terapeut, der vurderer, om et træningsforløb skal forlænges ud over det planlagte. Dog involveres leder ved særligt komplicerede forløb, hvor det vurderes, at træningen vil tage særligt lang tid. Det er således også den enkelte terapeut, der afslutter et forløb, hvis målsætningerne nås før planlagt.

Når man ser på Greve, Silkeborg, Aabenraa og Frederiksberg er der flere forskelle i deres visitationsproces i forhold til træning efter sundhedsloven hhv. serviceloven.

I Aabenraa og Frederiksberg er visitationsprocessen i forhold til genoptræning efter *sundhedsloven*, at genoptræningsplanen fra sygehuset først sendes til en visitationsenhed i myndighedsafdelingen. I Silkeborg og Greve sendes planen derimod direkte til træningsafdelingen.

Når genoptræningsplanen er i træningsafdelingen, visiteres der i Silkeborg og Aabenraa en "træningspakke" til borgeren. I Silkeborg er pakkerne i en indkøringsperiode. Pakkerne fastlægger - med udgangspunkt i en række forskellige målgrupper - om der tilbydes døgngenoptræning, ambulant genoptræning eller træning i borgerens hjem samt formålet med træningen og muligt indhold. I Aabenraa Kommune visiteres der ligeledes en pakke, men det er de to funktionsledere for genoptræning, som sætter en pakke på træningsforløbene. Pakkerne visiteres med baggrund i borgerens problematik og funktionsevneniveau og fastlægger hyppighed og varighed af træningen samt muligt indhold. I Silkeborg og Aabenraa er den enkelte terapeuts individuelle faglige vurdering således stadig helt central, men de visiterede pakker sætter nogle rammer herfor.

I Frederiksberg og Greve videresender en administrativ medarbejder i træningsafdelingen planen til den relevante trænende terapeut. I begge kommuner er der udarbejdet deltaljerede praksisbeskrivelser/kliniske retningslinjer i et samarbejde imellem ledelsen i træningsafdelingen, udviklingsterapeuter og de trænende terapeuter. Praksisbeskrivelser og retningslinjer anvendes aktivt af terapeuterne, når de foretager deres individuelle faglige vurderinger af borgernes træningsbehov. Målsætninger, indhold og omfang af træningsindsatsen bunder således både i en individuel vurdering og deltaljerede retningslinjer. Revisitation i forhold til træning efter sundhedsloven foretages i overvejende grad af den enkelte terapeut. Dog involveres leder i de tilfælde, hvor træningsforløbet bliver meget langt - fx ved genoptræning efter neurologiske problematikker.

Ser man på træning efter *serviceloven* er arbejdsgangen stort set den samme i de fire kommuner som den, der er beskrevet for genoptræningsplanen. Her tager visitationsenheden dog mere aktiv del i visitationen. Det er visitationsenheden, der modtager den første henvendelse om træning fra fx en borger eller andet sundhedspersonale i kommunen. Herefter tager visitorator stilling til, om en borger er berettiget til træning efter serviceloven, og i Aabenraa og Silkeborg er det visitorator, der visiterer "træningspakkerne". Der er således nogle borgere, der afvises af myndighedssektionen. Flere af de interviewede terapeuter i forskellige deltagerkommuner giver

dog udtryk for, at visitationsenheden ofte sender borgere videre, som ikke har et egentligt træningsbehov og derfor afvises af træningsenheden. Visitationsenheden sætter endvidere nogle tidsrammer for træningsindsatsen.

Revisitation i forhold til træning efter serviceloven er lig den, der sker vedrørende træning efter sundhedsloven. Det er den enkelte terapeut, der i høj grad vurderer, om der er behov for træning ud over det først planlagte. Dog yder visitationsenheden i de fire deltagerkommuner på forskellig vis indflydelse på revisionen. Fx ved at fastsætte overordnede vejledende rammer for træningens varighed og hyppighed – der gives træning en til tre gange ugentligt i tre måneder. Eller ved at kræve dokumentation for status i forhold til målopfyldelse og borgerens potentiale for at forbedre sit funktionsniveau ved yderligere træning, før der bevilliges mere træning.

2.2 Delanalyse 2 – Nøgletalsanalyse

2.2.1 Oversigtstabel – Udgifter, personale og aktivitet

Tabel 7 er en oversigtstabel med data vedrørende de otte deltagerkommuner, som er indsamlet til nærværende nøgletalsanalyse. Dataene behandles særskilt i de efterfølgende analyser.

Det fremgår af tabel 7, at kommunerne er meget forskellige, når man ser på indbyggertal, andel ældre borgere og forekomsten af langvarig sygdom. Det fremgår endvidere, at deltagerkommunerne er meget forskellige "butikker". Antallet af borgere, der modtager træning, udgifterne til træning og personalesammensætning og -normering er meget forskellige kommunerne imellem.

Tabel 7. Oversigtstabel – Udgifter, personaleressourcer, aktivitet og øvrige data

	Struer	Rebild	Ringkøbing-Skjern	Aabenraa	Silkeborg ¹	Nyborg	Greve	Frederiksberg
Udgifter (i 1000 kr.)								
Samlede netto driftsudgifter	3.399	3.509	9.277	21.837	23.005	7.476	7.638	16.532
Personaleressourcer (fuldtidsstillinger)								
Fysioterapeuter	4,2	3,2	11,5	16,3	29,7	7,3	9,0	23,8
Ergoterapeuter	1,7	0,8	5,0	6,9	10,4	1,9	3,0	4,0
Andre	-	-	0,0	25,2	-	0,4	-	-
I alt	5,9	4,0	16,5	48,4	40,1	9,6	12,0	27,8
Aktivitet (Unikke borgere)								
SUL § 140	481	521	1.110	1.372	1.794	924	1.000	1.554
SEL § 86 stk. 1	63	19	302	14	428	107	153	162
SEL § 86 stk. 2	65	67	- ²	565	-	36	30	120
I alt	609 ⁴	607	1.412	1.951	2.222	1.067	1.183	1.836
Øvrige kommunedata								
Indbyggertal (borgere)	22.190	28.940	58.068	59.795	88.913	31.499	47.978	98.782
Andel m. langvarig sygdom (%)	35,2	31,7	33,7	33,3	35,2	35,9	35,4	28,7
Andel +65 årige (%)	19,0	16,3	17,8	18,6	15,8	20,1	17,2	16,0

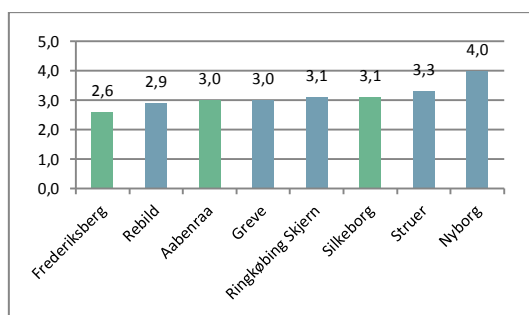
Noter: 1) Tallene er eksklusiv plejedelen til døgnoptræning. 2) Kan ikke opgøres særskilt.

2.2.2 Dækningsgrader

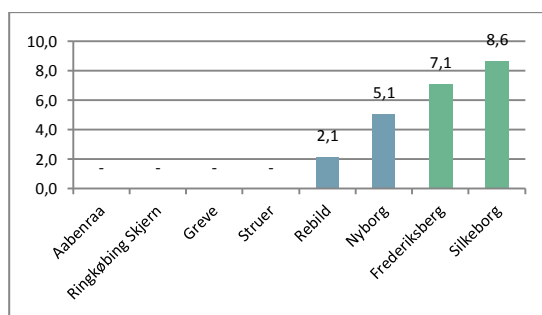
Der er beregnet to dækningsgrader, fremgår af figur 8 nedenfor. Den første er beregnet som andelen af borgere, der har modtaget træning, af alle borgere ældre end 17 år (figur 8A). Andelen er kontrolleret for forekomsten af langvarig sygdom i kommunen. Den anden dækningsgrad belyser omfanget af "dobbeltdækning". "Dobbeltdækningen" er beregnet som andelen af borgere, der både har modtaget træning efter sundhedsloven og serviceloven indenfor samme år (figur 8B).

Figur 8. Dækningsgrader

8A Dækningsgrad 1. Antal trænede borgere af indbyggere i kommunen over 17 år (pct., kontrolleret for forekomsten af langvarig sygdom¹⁰)



8B Dækningsgrad 2. Borgere der modtager træning efter både serviceloven og sundhedsloven af alle trænede borgere (pct.)



Anm.: Dækningsgrad 2 er ikke "0" i fire kommuner. Det har ikke været muligt at opgøre denne for de fire kommuner.
Anm. 2: De grønne søjler er de mindre produktive kommuner og de grå de mere produktive jf. nedenfor.

Det fremgår af figur 8A, at dækningsgraderne er stort set ens i de otte deltagerkommuner. Seks af de otte kommuner har dækningsgrader på ca. 3 pct. Frederiksberg Kommune har en lidt lavere dækningsgrad på 2,6 pct., imens Nyborg har den højeste dækningsgrad på 4 pct.

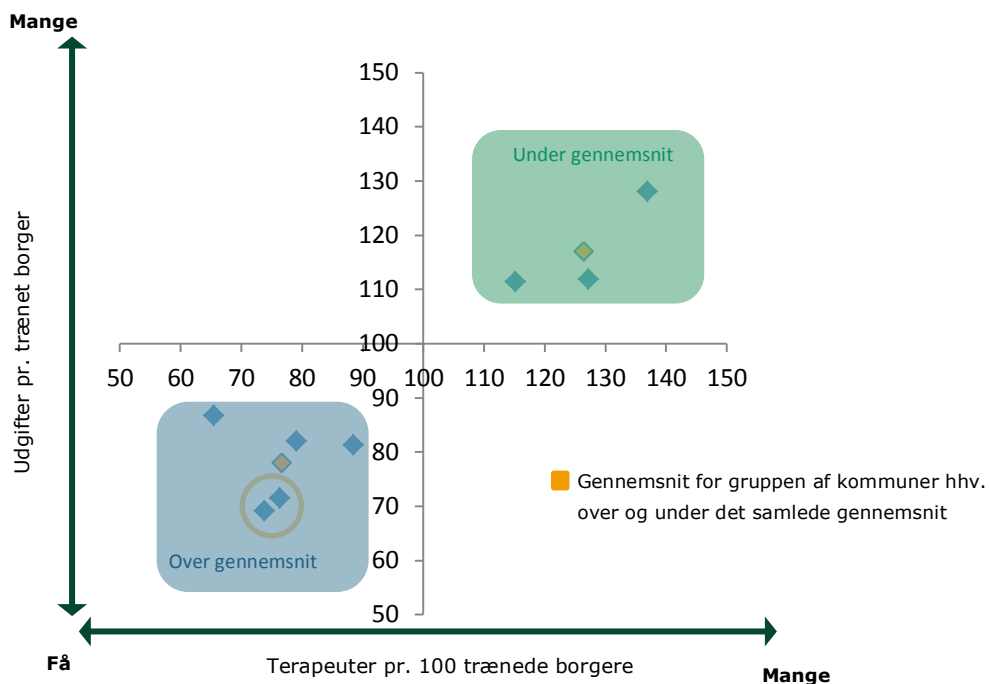
I figur 8B vises det for fire deltagerkommuner, hvor stor en andel af trænede borger, der har modtaget træning efter både sundhedsloven og serviceloven. Det kan fx være en borger, der modtager genoptræning efter sundhedsloven efter indlæggelse på et sygehus og efter endt genoptræning visiteres til vedligeholdende træning efter serviceloven. Det fremgår af figuren, at der i Silkeborg og Frederiksberg er 8,6 hhv. 7,1 pct. af de trænede borgere, der modtager træning efter både sundheds- og serviceloven. I Rebild og Nyborg er andelen 2,1 hhv. 5,1 pct.

2.2.3 Produktivitet

Figur 9 illustrerer de otte deltagerkommuners produktivitet i forbindelse med deres levering af træning efter sundhedslovens § 140 samt servicelovens § 86. Figuren illustrerer kommunernes produktivitet opgjort dels som nettodrifudsudgifter pr. unik trænet borger og dels som antal terapeuter (fuldtidsstillinger) pr. 100 unikke trænede borgere. Deltagerkommunernes produktivitet er indekseret i forhold til de otte kommuners gennemsnitlige produktivitet, som er sat til indeks 100.

¹⁰ Der er kontrolleret for forekomsten af langvarig sygdom jf. www.sundhedsprofil2010.dk

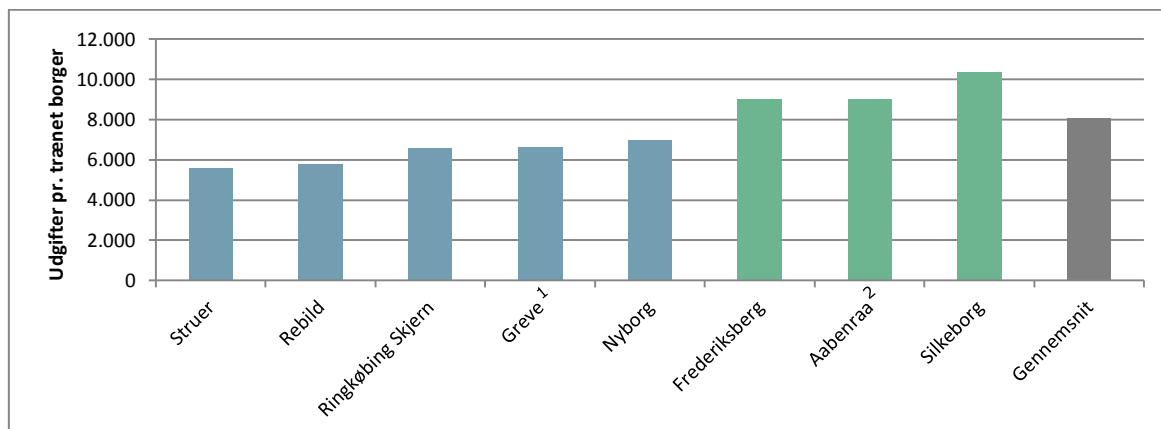
Figur 9. Deltagerkommunernes produktivitet målt som udgifter pr. trænet borger hhv. terapeuter pr. 100 trænede borgere (2011, Indekseret, Gns.=100)



Det fremgår af figur 9, at tre kommuner har en produktivitet, der ligger under gennemsnittet, imens fem kommuner har en produktivitet, der ligger over gennemsnittet for de otte deltagerkommuner. Det fremgår endvidere af figuren, at der er tydelig forskel i produktiviteten imellem de to grupper af kommuner. Der er således ca. 50 pct. i forskel imellem den gennemsnitlige produktivitet for de to grupper, hvilket spænder over forskelle imellem enkelte kommuner på mellem 30 og 70 pct. Endeligt ses det, at der er nogen variation indenfor de to grupper. To kommuner skiller sig ud i gruppen med en produktivitet over gennemsnittet ved at have en produktivitet, der ligger over de øvrige i gruppen (markeret med en cirkel).

Figur 10 sammenligner produktiviteten for de otte deltagerkommuner for det ene produktivitetsmål – de samlede nettodrifudsudgifter pr. unik trænet borger i 2011.

Figur 10. Deltagerkommunernes produktivitet målt som samlede nettodriftsudgifter pr. unik trænet borger (2011, kr.)

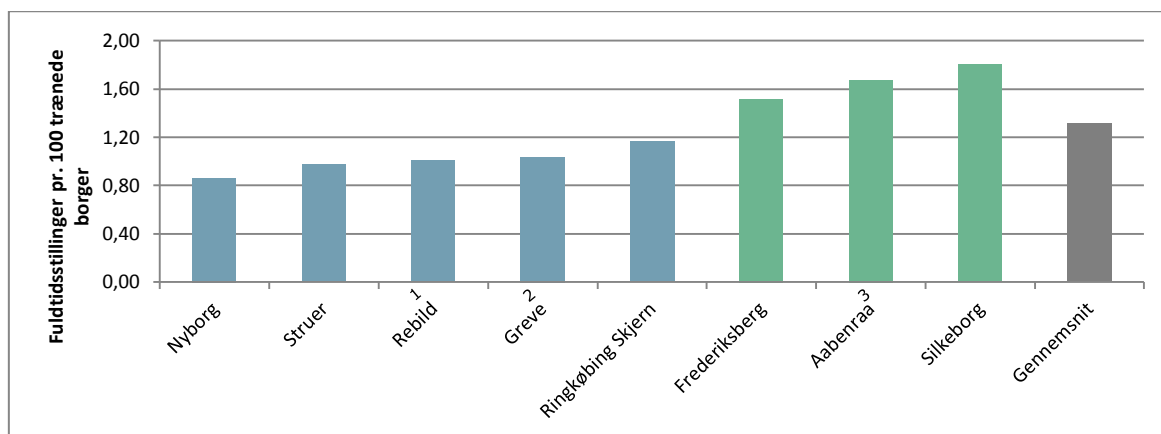


Anm. 2: De grønne søjler er de mindre produktive kommuner og de grå de mere produktive jf. nedenfor.

Noter: 1) Opgørelsen er eksklusiv udgifter og personaleressourcer vedr. den vedligeholdende træning leveret i ældreplejen. 2) Andre personale typer end terapeuter og aktiviteten leveret heraf vedr. SEL § 86, stk. 2 er ikke inkluderet i produktivitetsopgørelsen.

Det fremgår af figur 10, at det i de mest produktive kommuner koster knap 6.000 kr. at træne en borger, imens det for de mindst produktive koster imellem 9.000 og 10.000 kr. De gennemsnitlige udgifter ligger på ca. 8.000 kr. pr. trænet borger.

Figur 11. Deltagerkommunernes produktivitet målt som antal ansatte terapeuter pr. 100 unikke trænede borgere (2011, fuldtidsstillinger)



Noter: 1) 398 borgere trænes af kommunal leverandør og indgår i opgørelsen. 2) Opgørelsen er eksklusiv udgifter og personaleressourcer vedr. den vedligeholdende træning leveret i ældreplejen. 3) Andre personale typer end terapeuter og aktiviteten leveret heraf vedr. SEL § 86, stk. 2 er ikke inkluderet i produktivitetsopgørelsen.

Figur 11 viser de otte deltagerkommuners produktivitet opgjort som antal fuldtids terapeutstillinger pr. 100 unikke trænede borgere. Det fremgår af figuren, at der bruges imellem 0,9 og 1 fuldtidsstilling til at træne 100 borgere i de mest produktive kommuner og imellem 1,6 og 1,8 fuldtidsstillinger i de mindst produktive.

Kommunerne fordeler sig på samme måde på de to produktivetsmål. Dog med undtagelse af Nyborg Kommune, der er den mest produktive målt i forhold til antal terapeuter pr. 100 trænede borgere, imens kommunen er middel-produktiv målt med baggrund i netto driftsudgifterne.

Det skal bemærkes, at forskellene i dækningsgrader kan have betydning for den beregnede produktivitet. Er en lav dækningsgrad udtryk for, at man i overvejende grad træner borgere med et meget lavt funktionsniveau, vil ressourceforbruget pr. trænet borger alt andet lige blive højere og produktiviteten lavere. Forskellene i dækningsgraden imellem kommunerne er imid-

lertid begrænset. Endvidere foretages visitationen til træning efter sundhedsloven og dermed vurderingen af et evt. træningsbehov af sygehuset og altså ikke af de enkelte kommuner.

Organisering og produktivitet

Analysen af den overordnede organisering af træningsopgaven i de otte deltagerkommuner identificerede tre organisationsmodeller. Tre af de fem deltagerkommuner, der har en produktivitet over gennemsnittet for de otte deltagere, har en enkel og centraliseret organisering af træningsområdet – dvs. organisationsmodel 1, jf. ovenfor. De tre kommuner med en produktivitet lavere end gennemsnittet har alle en organisering, der ligner organisationsmodel 2.

I forhold til den interne organisering af træningsopgaven er hovedparten af deltagerne organiseret i forhold til en række afgrænsede faglige specialer og kun en enkelt kommune alene i forhold til geografisk afgrænsende områder. Der er således både kommuner med en produktivitet over og under gennemsnittet, der har organiseret sig internt i forhold til faglige specialer.

Ser man på deltagerkommunernes brug af private leverandører, er der ingen klar systematik i forhold til kommunernes produktivitet. Kun Rebild Kommune skiller sig ud med en betydelig højere andel udgifter til private leverandører og en høj produktivitet.

Endelig har afsnittet analyseret deltagerkommunernes samarbejdsrelationer på træningsområdet. Her ses det, at de mest produktive og mindste kommuner alle samarbejder med enten andre kommuner eller en region om løsningen af de mest komplicerede træningsforløb.

Analysen af tilrettelæggelsen af træningsindsatsen belyste personalesammensætningen på træningsområdet i de otte deltagerkommuner. Analysen viste, at kommunerne i alt overvejende grad anvender fysio- og ergoterapeuter til løsning af træningsopgaverne – det gælder både træning efter SUL § 140 og SEL § 85, stk. 1 og 2¹¹. Der tegner sig således ingen eventuelle sammenhænge imellem det anvendte personale og produktiviteten.

Brugen af holdtræning hhv. individuel træning blev også analyseret som en del af træningens tilrettelæggelse. Andelen af træning, der gennemføres som holdtræning, ligger imellem 20 og 30 pct. for seks af deltagerkommunerne. Usikkerheder i opgørelsen taget i betragtning er andelen relativt ens. Struer havde en andel på 14 pct. grundet særligt lokalemæssige udfordringer. Endeligt skilte Frederiksberg og Silkeborg sig ud med andele på ca. 50 pct. De to kommuner har begge en produktivitet lavere end gennemsnittet for de otte deltagerkommuner.

Endeligt er visitationsprocessen i de otte kommuner blevet analyseret. De otte deltagerkommuner blev indplaceret i tre grupper afhængigt af, i hvilken grad visitationen blev vurderet som centraliseret. Rebilds visitation blev vurderet til i høj grad at være centraliseret, Silkeborg, Greve, Frederiksberg og Aabenraas visitation blev vurderet middel, imens Nyborg, Ringkøbing-Skjern og Struers visitation blev vurderet som lidt centraliseret. De mest produktive af deltagerkommunerne har således en visitationsproces, der enten er meget centraliseret eller meget decentraliseret, imens de mindre produktive af deltagerkommunerne ligger ind imellem.

¹¹ I Aabenraa Kommune leveres den vedligeholdende træning udelukkende af social og sundhedsassistenter, imens social og sundhedsassistenter løser plejeopgaverne i Silkeborg Kommunes døgngenoptræningstilbud. Social og sundhedsassistenterne indgår ikke i produktivetsopgørelserne jf. overvejelser i metodebilaget.

3 Bilag 1

3.1 Afgrænsning og beskrivelse af data leveret af deltagerkommuner til nøgletalsanalyser

Analysen afgrænses til de primære kommunale træningsopgaver. Det vil sige almindelig genoptræning efter sundhedslovens § 140 samt genoptræning og vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86, stk. 1 og stk. 2.

Træning efter servicelovens § 86 stk. 2 inkluderes i opgørelserne, hvis der er tale om et tilbud, som man skal visiteres til. Det vil fx sige, at almindelig daglig fysisk aktivitet ikke inkluderes.

Træning til børn og unge er kun inkluderet i det omfang, at træningen leveres som almindelig genoptræning efter sundhedslovens § 140. Træning til børn er derudover ikke inkluderet. Det gælder fx træning som en del af en foranstaltning givet efter servicelovens §§ 50 og 52 eller træning givet i særlige dagtilbud efter § 32.

Træning leveret af kommunerne som en del af sociale indsatser jf. øvrige bestemmelser i serviceloven er således ikke inkluderet i analysen.

Endeligt inkluderes den vederlagsfrie fysioterapi jf. Sundhedslovens § 140a ikke i analysen.

Tabel 1 nedenfor viser den overordnede dataafgrænsning i forhold til lovgrundlaget.

Bilagstabel 1. Overordnet afgrænsning af data

Træningstype	Lovgrundlag	Afgrænsning
Genoptræning (almindelig)	Sundhedsloven § 140	Inkluderet
Genoptræning og vedligeholdende træning (ikke børn)	Serviceloven § 86	Inkluderet
Træning i form af socialpædagogisk bistand og behandling	Serviceloven § 85	Ikke inkluderet
Vederlagsfri fysioterapi	Sundhedsloven § 140 a	Ikke inkluderet
Træning af behandlingsmæssig karakter	Servicelovens § 102	Ikke inkluderet
Træning af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat funktionsevne	Servicelovens § 11	Ikke inkluderet
Træning som anden hjælp og støtte efter servicelovens	Servicelovens §§ 50 og 52	Ikke inkluderet
Træning i bl.a. særlige dagtilbud og hjemmetræning af børn og unge	Servicelovens § 32	Ikke inkluderet

Udgifter

Deltagerkommunerne opgør de samlede nettodriftsudgifter (regnskabstal) i forbindelse med levering af almindelig genoptræning jf. sundhedslovens § 140 og træning jf. servicelovens § 86. Det vil sige udgifter inklusiv fx løn til terapeuter, løn til administrativt personale, udgifter til kørsel, udgifter til kontorhold mv.

Følgende forhold i opgørelsen af udgifter skal bemærkes for udvalgte kommuner i analysen:

Bilagstabel 2. Datajustering vedr. opgørelsen af udgifter

Silkeborg Kommune	Udgifter til plejepersonale på kommunens døgngenoptræning er ikke inkluderet, da der ikke tilbydes døgngenoptræning i de øvrige deltagerkommuner.
Aabenraa Kommune	Udgifter til vedligeholdende træning efter SEL § 86, stk. 2 er ikke inkluderet. Analyserne tyder på, at Aabenraa tilbyder vedligeholdende træning af en betydelig anden karakter end i de øvrige deltagerkommuner.
Struer Kommune	2/3 af udgifterne konteret under vederlagsfri fysioterapi indgår, da kommunens ledende fysioterapeut vurderer, at de bruges til træning efter sundhedsloven og serviceloven.
Ringkøbing-Skjern Kommune	Der er trukket udgifter ud til 2 fuldtidsstillinger, der varetager opgaver efter sundhedslovens § 119.

Personaleforbrug

Antallet af fuldtidsstillinger opgøres både samlet og separat for terapeuter og andet sundhedspersonale.

Der inkluderes kun personale, der leverer træning og kun efter sundhedslovens § 140 eller servicelovens § 86.

Administrativt personale, ledelse og teknisk service personale skal ikke inkluderes i opgørelsen.

Følgende forhold i opgørelsen af personaleforbrug skal bemærkes:

Bilagstabel 3. Datajustering vedr. opgørelsen af personaleforbruget

Silkeborg Kommune	Udgifter til plejepersonale på kommunens døgngenoptræning er ikke inkluderet, da der ikke tilbydes døgngenoptræning i de øvrige deltagerkommuner.
Aabenraa Kommune	Det personale, der leverer vedligeholdende træning efter SEL § 86, stk. 2 er ikke inkluderet, jf. ovenfor

Aktivitet

Både aktivitet leveret efter serviceloven og sundhedsloven inkluderes i opgørelsen.

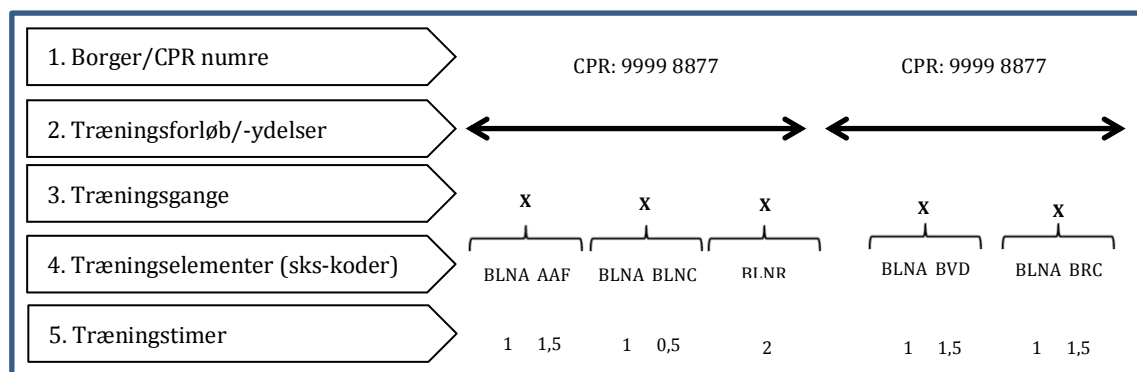
Der inkluderes både aktivitet leveret til egne borgere og borgere fra andre kommuner.

Der inkluderes kun aktivitet, der defineres som genoptræning jf. de sks-koder Sundhedsstyrelsen definerer som genoptræning. Det vil sige følgende koder, som ikke inkluderer behandlingskoder eller kontekstkoder; BRA, BRB, BRC, BTP, BTR, AAF6, BLNA, BLNC, BLNR og BLKZ0.

Muligheden for at anvende flere forskellige aktivitetsmål i analyserne er blevet afsøgt gennem dialog med deltagerkommunerne. Det har vist sig, at der er store forskelle i hvilke data, der er tilgængelige i de otte kommuner. På den baggrund vurderes det, at det vil give det mest valide sammenligningsgrundlag at anvende unikke borgere (cpr-numre), der har modtaget træning som aktivitetsmål. Når antallet af unikke personer skal opgøres, må hver borger, der har modtaget træning, kun inkluderes én gang i opgørelsen. Har en borger modtaget både træning efter sundhedsloven og serviceloven inkluderes borgerne kun en gang.

Nedenstående figur illustrerer de forskellige aktivitetsmål på træningsområdet, der er forsøgt anvendt i analysen. Figuren illustrerer fem forskellige aktivitetsmål – eller mao. fem forskellige niveauer – og deres indbyrdes relation.

Bilagfigur 1. Forskellige aktivitetsmål/opgørelser



Følgende forhold i opgørelsen af aktivitet skal bemærkes:

Bilagstabel 4. Datajustering vedr. opgørelsen af aktiviteten

Aabenraa Kommune	Aktivitet vedr. vedligeholdende træning efter SEL § 86, stk. 2 er ikke inkluderet, jf. ovenfor.
Ringkøbing-Skjern Kommune	Antallet af unikke borgere, der har modtaget træning, er beregnet med udgangspunkt i antallet af genoptræningsplaner. Det er justeret med 10 pct.