Rapport

Rådet for
Offentlig-Privat Samarbejde

Private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet

2015

Private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet

On-line ISBN
ISBN 978-87-7029-607-6

Design: Liebling A/S

Redegørelsen er udarbejdet af
Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde.

Marts 2015

Indhold

Kapitel 1
Resumé og konklusioner 4

1.1 Resumé 4
1.2 Baggrund 6
1.3 Analysens struktur 7

Kapitel 2
Baggrunden for analysen 8

2.1 Beslutningen om at igangsætte analysen 8
2.2 Casestudierne 8

Kapitel 3
Kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet 11

3.1 Overblik over kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet 11
3.2 Markederne for kommunale ældre- og sundhedsydelser 15
3.3 Forskellige måder at inddrage ikke-offentlige aktører 18

Kapitel 4
Oplevede virkninger af at integrere opgaverne 19

4.1 Forskellige virkninger fra case til case 19
4.2 Virkninger for borgerne 20
4.3 Virkninger for leverandørerne 21
4.4 Virkninger for personalet 22
4.5 Virkninger for kommunerne 23

Kapitel 5
Andre erfaringer, der kan give inspiration 25

5.1 Andre erfaringer er case-specifikke 25
5.2 Incitamenter 25
5.3 Samarbejde 27
5.4 Udvikling af offentlige ydelser 30
5.5 Udbud 31
5.6 Andre erfaringer fra integrerede løsninger 34

Kapitel 1
Resumé og konklusioner

1.1 Resumé

Kommunerne har gode muligheder for at lave sammenhængende løsninger af nogle af opgaverne om hjemmepleje, genoptræning, hjemmesygepleje og drift af plejecentre. Og det kan give fordele for både borgere, leverandører, personalet og kommuner, når flere forskellige opgaver sammentænkes i fælles løsninger.

Det viser denne analyse, som er baseret på seks casestudier, hvor kommuner har inddraget private leverandører i løsningen af integrerede opgaver på ældre- og sundhedsområdet. Casestudierne er gennemført af KORA for Rådet for Offentlig Privat Samarbejde. Analysen indeholder også en række andre læringspunkter, der kan give inspiration til andre myndigheder, som overvejer at integrere løsningen af forskellige opgaver.

Kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet er i udvikling. Der er kommuner, der er i gang med at indtænke muligheder for at integrere og opnå synergier i løsningen af deres opgaver. Nogle kommuner har i den seneste periode sendt fritvalgsopgaver i udbud. Der er desuden forskellige justeringer af reglerne på vej, og der er fx lige kommet nye regler om rehabilitering. Der foreligger derfor ikke omfattende erfaringer med at inddrage private leverandører i integrerede opgaver, og analysen indeholder fx også cases, hvor opgaveløsningen ikke i udgangspunktet var tilrettelagt med sigte på at opnå synergier m.v.

Det generelle billede på tværs af de seks undersøgte cases er, at både leverandører og kommuner oplever at have fået synergier ved at integrere løsningen af opgaver på ældre- og sundhedsområdet. Casene viser, at der kan være mulighed for at opnå følgende typer af virkninger.

Boks 1.1
Mulige virkninger ved at inddrage private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet

- For *borgerne* kan en integrering af opgaverne give mere sammenhængende forløb, bedre overgange fra en ydelse til en anden, og at der skal færre leverandører og medarbejdere ind i borgernes hjem.
- For *leverandøren* kan det give bedre muligheder for at udnytte faciliteter, medarbejdere og ledelse på tværs af opgaverne. Det kan blandt andet ske ved opgaveglidning, hvor medarbejdere løser flere opgaver ud over egne fagområder.
- For *personalet* kan en integreret løsning af flere opgave give bedre muligheder for uddannelse, kompetenceudvikling, nye opgaver uden for fagområdet, jobrotation og bedre arbejdsmiljøer m.v.
- For *kommunen* kan det også i nogle tilfælde føre til en mere effektiv drift og besparelser på budgetterne, især hvis opgaverne har en vis volumen.

Der er forskel på, hvilke opgaver der integreres i de forskellige cases, hvordan løsningerne er tilrettelagt, og hvilke vilkår opgaverne skal løses under. Og der er derfor også forskelle i, hvilke synergier og virkninger der opleves som resultater af de integrerede løsninger fra case til case.

Integrering af kommuners opgaver på ældre- og sundhedsområdet giver derfor ikke automatisk de virkninger, der fremgår af boks 1.1. Om der kan opnås synergier, og hvilke synergier der kan opnås, afhænger blandt andet af, hvordan inddragelsen af de private leverandører og de integrerede løsninger er tilrettelagt, og hvilke vilkår og muligheder der samlet set er for at opnå synergier i opgaveløsningen.

Mulighederne for at opnå synergier afhænger således af, hvad kommunerne gør, og hvordan de gør det. Det er helt det samme som for udbud eller udliciteringer, som heller ikke altid giver samme resultater. Godt tilrettelagte udbud med god konkurrence om opgaver af en vis volumen kan ofte give gode resultater, mens dårligt forberedte og tilrettelagte udbud kan give dårlige resultater. Tilsvarende giver integrering af opgaver på ældre- og sundhedsområdet heller ikke altid samme resultater.

Ud over de virkninger, der er opnået for borgerne, leverandørerne, personalet og kommunerne, indeholder de undersøgte cases også en række forskellige yderligere erfaringer, der kan give inspiration til andre myndigheder.

Mange af disse erfaringer er case-specifikke, og de omhandler således konkrete forhold i den konkrete case. De erfaringer, som i punktform er sammenfattet i boks 1.2, skal derfor ikke opfattes som generelle konklusioner, der kan uddrages på tværs af de seks undersøgte cases, men altså som case-specifikke forhold der kan give inspiration til myndigheder, som overvejerat inddrage private leverandører i løsningen af integrerede opgaver.

Boks 1.2
Andre erfaringer og inspirationspunkter

Incitamenter

» Visitation i pakker (i stedet for præcist afsat tid) har givet leverandører mere fokus på opgaven og bedre muligheder for fleksibel tilrettelæggelse af opgaveløsningen.

» I konkrete cases har det ikke givet incitamentsproblemer, at samme leverandør både varetager opgaver, som skal nedbringe plejebehovet, og plejeopgaver.

» I en case overlader kommunen opgaverne for de borgere, der ikke aktivt vælger leverandør på fritvalgsydelserne, til den leverandør, som har afgivet det økonomisk mest fordelagtige tilbud i udbuddet.

Samarbejde

» I længerevarende leverandørforhold kan der udvikles tillidsbaserede og velfungerende samarbejder.

» Faglighed, klare kontrakter, servicebeskrivelser og kontraktbestemmelser om organisering kan udgøre et godt fundament for et velfungerende samarbejde.

» Flere cases viser, at lokal ledelseskompetence hos leverandøren ofte er vigtig for et godt løbende samarbejde mellem leverandør og kommune.

» Samarbejde om udviklingsprojekter kan være udfordrende og kræver god tid, tillid parterne imellem og politisk opbakning.

Udvikling af ydelser

» Udviklingsprojekter bør være klart prioriteret, så fokus på driftsopgaven ikke kommer til at overskygge udviklingsdelen.

» Private leverandører kan have særlige forudsætninger for at udfordre den kommunale virkelighed.

» Kompetencerne hos kommune og private leverandører kan komplementere hinanden i udviklingssamarbejder og give grobund for langsigtede strategiske partnerskaber.

Udbud

» Et samlet udbud af mange ydelser på ældre- og sundhedsområdet kan spare ressourcer i forvaltningen, men er også en omfangsrig opgave. Hvis der ikke er erfaringer at bygge videre på, kan man starte med udbud i mindre skala.

» Det er vanskeligt at udbyde og lave kontrakter om ydelser, hvor der forventes stor udvikling og forandring i kontraktperioden.

» Kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet er bilag B-ydelser, som kan udbydes i en mere fleksibel proces, end der normalt bruges i EU udbud. I en af casene har disse muligheder givet gode resultater.

Andre erfaringer

» Der kan opnås gode resultater ved at overlade løsningen af plejeopgaver for de mest plejekrævende borgere til en privat leverandør.

» Brug af velfærdsteknologi kan være med til at udvikle opgaveløsningen til gavn for borgere og medarbejdere – og det kan også i nogle tilfælde give en bedre totaløkonomi.

De virkninger ved at integrere opgaver på ældre- og sundhedsområdet, som fremgår af boks 1.1 ovenfor, og de erfaringer og inspirationspunkter fra casestudierne, som fremgår af boks 1.2, er uddybende beskrevet og forklaret i rapportens kapitel 4 og 5.

1.2 Baggrund

Den offentlige sektor skal forvalte skatteborgernes penge effektivt og sikre, at opgaverne løses bedst til prisen. Erfaringer viser, at der er et betydeligt potentiale for at opnå økonomiske og kvalitetsmæssige fordele, når offentlige myndigheder skaber konkurrence og samarbejder med private om opgaveløsningen.

Når der første gang skabes konkurrence om offentlige opgaver, fører det ofte til en optimering af arbejdsgange og udstyr, bedre overblik og styring af området samt større fokus på at opnå et ønsket kvalitets- og serviceniveau. Herefter kan der bygges videre på erfaringerne ved genudbud, og når opgaverne løbende udbydes, kan konkurrencen blive en drivkraft for kontinuerlig udvikling, effektiviseringer og innovation. Hvis der derimod ikke er konkurrence om opgaverne, er der heller ikke et markedspres, som løbende tilskynder til effektivitet, innovation og at yde god service til borgerne.

Rådet for Offentlig-Privat Samarbede har blandt andet til opgave at bidrage til, at den offentlige opgaveløsning sker effektivt, innovativt og på et kvalitetsmæssigt niveau, der matcher det konkrete behov. Det er her ikke væsentligt, om det er offentlige eller private leverandører, der løser opgaven. Men det er væsentligt at sikre, at potentialer for effektivitet, kvalitetsudvikling og nytænkning bliver udnyttet.

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde har derfor til opgave at understøtte konkurrencen om de offentlige opgaver og fremme samarbejdet mellem offentlige myndigheder og private virksomheder. Det skal ske ved at tilvejebringe ny viden, målrettet formidling og fremme af dialog

med parterne på området. Rådet skal dermed bidrage til, at mulighederne for at skabe konkurrence og samarbejde om de offentlige opgaver styrkes og sker på et solidt videns- og erfaringsgrundlag.

Mere konkret har rådet til opgave at analysere effekterne af konkurrenceudsættelse og andre former for offentlig-privat samarbejde i forhold til parametre som eksempelvis effektivitet, kvalitet og innovation på baggrund af nationale og internationale erfaringer. Desuden skal rådet informere og vejlede om resultaterne af rådets arbejde for at sikre, at den nye viden på området hurtigt finder anvendelse i praksis, eksempelvis gennem udgivelse af konkrete vejledninger og anbefalinger til nye initiativer.

1.3 Analysens struktur

Foruden dette indledende og sammenfattende kapitel består analysen af fire kapitler.

Kapitel 2 beskriver kort baggrunden for analysen, som er igangsat efter en beslutning i Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde.

I kapitel 3 beskrives de opgaver, som kommunerne har på ældre- og sundhedsområdet. Opgaverne omhandler især pleje, sygepleje og genoptræning af borgere i egne hjem og på plejecentre. Kapitlet indeholder også oplysninger om opgavernes økonomiske omfang og om private leverandører på markedet.

I kapitel 4 ses der på, hvilke virkninger der været ved at integrere løsningen af opgaver på ældre- og sundhedsområdet i de undersøgte cases. Der gennemgås alle de virkninger, som fremgår af casestudierne for hhv. borgerne, leverandørerne, personalet og kommunerne.

Kapitel 5 indeholder en gennemgang af alle de øvrige erfaringer, som fremgår af de seks undersøgte cases, og som kan give inspiration til andre myndigheder. Erfaringer omhandler overvejelser om leverandørers incitamenter, samarbejdet mellem kommune og leverandør, udvikling af de offentlige ydelser, tilrettelæggelse af udbud og andre erfaringer i øvrigt.

KORAs casebeskrivelser fra de seks undersøgte cases er samlet i en datarapporten, som offentliggøres sammen med denne analyse.

Kapitel 2
Baggrunden for analysen

Dette kapitel beskriver kort baggrunden for analysen, som er gennemført af Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde. Analysen er baseret på seks casestudier af erfaringerne med at inddrage private virksomheder i integrerede løsninger af kommunale opgaver på ældre- og sundhedsområdet.

2.1 Beslutningen om at igangsætte analysen

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde besluttede i juni 2014 at igangsætte en analyse af erfaringer med at inddrage private leverandører i integrerede løsninger, som går på tværs af kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet. Analysen skal især skabe viden om, hvordan det er gjort på forskellige måder, og hvordan de pågældende løsninger er indrettet.

Rådet besluttede desuden, at analysen skal baseres på 4-6 konkrete casestudier, der skal danne grundlag for udarbejdelse af et inspirationsmateriale, som kan bruges af myndigheder, der overvejer at inddrage private leverandører i integrerede løsninger, som går på tværs af hidtil fagopdelte aktivitetsområder. Inspirationsmaterialet skal indeholde et overblik over de forskellige løsningsmodeller og incitamentsstrukturer, som fremgår af de undersøgte cases, andre relevante læringspunkter fra casene samt mere udførlige casebeskrivelser.

2.2 Casestudierne

Til brug for analysen har KORA (Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning) i efteråret 2014 gennemført seks casestudier for Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde.

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejdes sekretariat har i samarbejde med en følgegruppe med repræsentanter for en række af rådets medlemmer udarbejdet dels en prioriteret liste over mulige cases for KORAs casestudier, dels en liste over emner og problemstillinger som KORA især skulle undersøge i de seks cases.

Følgende cases er undersøgt:

» *Gribskov Kommune og Aleris*: Gribskov Kommune har gennemført det hidtil største udbud på social- og ældreområdet i Danmark. I casen er der især fokus på, at Aleris skal løse opgaver om både drift af plejecentre og genoptræning.

» *Greve Kommune, Aleris og Attendo*: Greve Kommune har udbudt opgaverne om personlig pleje, praktisk hjælp, delegeret sygepleje og hverdagsrehabilitering i to distrikter. I casen er der især fokus på snitfladen imellem levering af hjemmeplejeydelser og sygepleje samt på muligheder og udfordringer ved også at levere rehabilitering.

» *Odder Kommune og Skovbakkehjemmet*: Danske Diakonhjem driver friplejeboliger og leverer hjemmeplejeydelser i Odder Kommune. I casen fokuseres særligt på betydningen af et langt samarbejde mellem kommune og leverandør samt på snitflader imellem plejecenterområdet og hjemmeplejen.

» *Aalborg Kommune, Fremtidens Plejehjem og Copenhagen Living Lab*: Fremtidens Plejehjem er udviklet, bygget og drevet af Aalborg Kommune i tæt samarbejde med flere forskellige private virksomheder, herunder Copenhagen Living Lab. Casen fokuserer særligt på det kommunale-private udviklingssamarbejde og på anvendelse af velfærdsteknologier på plejecenterområdet.

» *Helsingør Kommune og Stabil Pleje*: Stabil Pleje leverer praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje til borgere i Helsingør Kommune. Casen fokuserer især på synergieffekter ved at kunne levere både hjemmepleje og sygepleje samt på betydningen af leverandørens lokale forankring.

» *Syddjurs Kommune og Forende Care:* Forende Care står for driften af et plejecenter og leverer både praktisk hjælp og personlig pleje indenfor fritvalgsområdet i Syddjurs Kommune. Casen fokuserer især på, at udbuddet af opgaven om plejecenterdrift blev gennemført i en vellykket udbudsproces.

I hver af de seks cases har KORA gennemført interviews med en afdelingschef i kommunen (med strategisk og politisk indsigt), en kommunal konsulent eller fuldmægtig (med viden om udvikling og søsætning af indsatsen/casen), den kommunale driftsansvarlige (fx leder af visitationen, som har viden om casen i praksis) og en eller flere repræsentanter for den private leverandør.

I interviewene har KORA haft til opgave især at spørge ind til følgende emner og problemstillinger:

» *Modellen for den konkrete integrerede løsning*, herunder fx hvilke opgaver løsningen omhandler, den konkrete tilrettelæggelse, evt. ændringer i opgaver og kvalitet, muligheder for udvikling, samarbejdet med leverandøren, det styringsmæssige set-up, dokumentation, kontrakt, vilkår og incitamenter m.v.

» *Inddragelsen af private leverandører*, herunder hvordan inddragelsen er sket, hvordan fx udbuddet har været tilrettelagt, eller hvad der er gjort for at sikre bedst mulige vilkår for kommunen, hvis inddragelsen er sket på anden måde m.v.

» *Oplevede virkninger ved den integrerede løsning*, herunder fordele, synergier, ulemper eller andre former for virkninger ved fx den praktiske organisering af løsningen, samarbejdet, ressourcer, personale, ledelse, økonomi osv.

» *Særlige udfordringer og overvejelser hos kommunen*, herunder fx udfordringer ved indførelse af den integrerede løsning, den økonomiske koordinering af budgetter, håndtering af incitamenter og afregningsmodeller, forventning til udvikling i opgavernes omfang og kvalitet, opgaveglidning osv.

» *Eventuelle barrierer for den integrerede løsning*, herunder fx konkret oplevede barrierer og barrierer for at kunne opnå synergier ved at integrere opgaver m.v.

» *Øvrige erfaringer og læringspunkter*, herunder andre læringspunkter og inspiration som kan gives videre til andre ordregivere samt andre konkrete erfaringer om fx koordination af patientforløb, oplevede kvalitetsændringer, videnoverførsel, brugertilfredshed osv.

KORA har efter gennemførelsen af interviews udarbejdet casebeskrivelser, som har været til kvalitetssikring og godkendelse hos de interviewede. KORAs casebeskrivelser er samlet i en datarapport, som offentliggøres sammen med denne analyse.

Kapitel 3
Kommunernes opgaver på ældre- og sundheds-området

3.1 Overblik over kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet

Kommunerne varetager en række forskellige opgaver på ældre- og sundhedsområdet. De opgaver, som har størst omfang, og som der ses på i denne analyse, omhandler:

» Hjemmepleje, sygepleje og genoptræning af borgere i egne hjem.

» Drift af plejecentre, som omhandler pleje, sygepleje og genoptræning af borgere på plejecentre.

I det følgende gennemgås indholdet af disse opgaver.

Hjemmepleje – praktisk hjælp og personlig pleje
Kommunerne skal efter reglerne i servicelovens § 83 blandt andet tilbyde personlig pleje og praktisk hjælp til borgere, som på grund af nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Kommunerne skal desuden mindst en gang årligt udarbejde kvalitetsstandarder for både den personlige pleje og den praktiske hjælp. Kvalitetsstandarderne skal indeholde konkrete mål og planer for, hvordan politisk vedtagne målsætninger føres ud i livet, og de skal kunne bruges som grundlag for den daglige indsats i den personlige pleje og den praktiske hjælp til borgerne.

Hjemmeplejeydelser er omfattet af fritvalgsreglerne i servicelovens § 91, som fastslår, at borgerne skal kunne vælge mellem to eller flere leverandører, hvoraf den ene kan være kommunal. For borgerne indebærer fritvalgsreglerne en rettighed til at vælge, hvilken af de leverandører kommunen har kontrakt med, de vil have til at levere de visiterede hjemmeplejeydelser. For kommunen indebærer reglerne en pligt til at indgå kontrakt med leverandører til brug for borgernes frie valg eller at tilbyde borgerne et fritvalgsbevis.

Hvis kommunen vælger at tilbyde fritvalgsbeviser, får borgeren mulighed for at vælge mellem alle cvr-registrerede virksomheder, som leverer de ydelser, borgeren er visiteret til at modtage. Borgerne skal i givet fald selv indgå aftale med en virksomhed om udførelsen af de visiterede ydelser iht. kommunens kvalitetsstandarder.

Når kommunen giver borgerne frit valg mellem to eller flere leverandører, hvoraf den ene kan være kommunal, har kommunen muligheder for at tilrettelægge fritvalgsordningen på flere forskellige måder. Kommunen skal ved indgåelse af kontrakter med private leverandører overholde de forvaltningsretlige principper og evt. også udbudsreglerne, hvis der indgås kontrakter omfattet af udbudsreglernes anvendelsesområde. Det giver fx muligheder for at tilrettelæge en fritvalgsordning som

» en godkendelsesordning, hvor fx alle der opfylder kommunens priskrav og kvalitetsstandarder godkendes som leverandører,

» en udbudsordning, hvor en eller flere leverandører udpeges efter udbud (kommunen har her mulighed for at lade en kommunal leverandør indgå i fritvalgsordningen, uden at denne leverandør har været med i udbuddet), eller
» en variation af eller en kombination af godkendelses- og udbudsordninger eller en helt tredje model for udpegning af fritvalgsleverandører.

Kommunen kan også kombinere en ordning med fritvalgsbeviser for fx forskellige ydelser inden for praktisk hjælp og personlig pleje.

Når kommunens kontrakt med en privat leverandør i en fritvalgsordning indgås på baggrund af udbud, anvendes de priser, som leverandøren har budt ind med i udbuddet. Hvis den kommunale leverandør har deltaget i udbuddet med et kontrolbud, skal den kommunale leverandørs priser svare til de samlede langsigtede gennemsnitlige omkostninger, opgjort efter reglerne i kontrolbudsbekendtgørelsen.[1] Hvis den kommunale leverandør derimod står uden for udbuddet, skal der afregnes med priser, der afspejler den kommunale leverandørs gennemsnitlige langsigtede omkostninger, opgjort i overensstemmelse med bestemmelserne herom i serviceloven.

Når kontrakter med fritvalgsleverandører indgås, uden at der har været en konkurrence, fastsættes der samme afregningspriser for både de private og den kommunale leverandør. Afregningspriserne skal også her fastsættes på baggrund af de gennemsnitlige langsigtede omkostninger, som den kommunale leverandør har ved at producere og levere ydelsen.[2]

I nogle tilfælde har kommuner også valgt at lade fritvalgsordninger om hjemmepleje omhandle rehabiliteringsydelser, som omtales særskilt i slutningen af dette afsnit.

Sygepleje – og delegeret sygepleje
En kommune skal i henhold til sundhedslovens § 138 yde hjemmesygepleje efter lægehenvisning til personer med ophold i kommunen. Det omfatter en bred vifte af opgaver, herunder sygeplejeopgaver, omsorg, medicinudlevering, kontrol og almen sundhedsvejledning m.v. Opgaverne omhandler den specialiserede sygepleje, der tilbydes efter udskrivelse fra sygehuse (herunder bl.a. akuttilbud, opfølgende hjemmebesøg og medicingennemgang), shared caremodeller om samarbejde med praktiserende læge og/eller sygehuse (fx døgnbemandende enheder i tilknytning til plejecentre, telemedicin og velfærdsteknologi) og plejedelen af patientforløb vedr. kroniske sygdomme.

Det er kommunerne, der skal træffe afgørelser om tildeling af hjemmesygepleje til de borgere, der har modtaget lægehenvisning på hjemmesygepleje. Kommunerne kan tilrettelægge hjemmesygeplejen på flere forskellige måder. En kommune kan selv eller i samarbejde med andre kommuner ansætte personale til sygeplejeopgaverne, men kommunen kan også indgå aftaler

[1] Jf. bekendtgørelse nr. 607 af 24. juni 2008 om kommuners og regioners beregning og afgivelse af kontrolbud.
[2] Det fremgår af vejledningen til serviceloven, afsnit 139, at der for at sikre lige konkurrencevilkår skal afregnes samme priser for samme ydelser af samme kvalitet til private og kommunale leverandører, og at der i medfør af statsstøttereglerne som udgangspunkt ikke må ydes offentlig støtte til kommunale leverandører via eksempelvis en højere afregningspris end den, der ydes til private leverandører. Det fremgår dog ikke af formuleringen, om dette også gælder, når kommunen indgår kontrakter med private leverandører om afregning til de priser, som leverandørerne har budt ind med i udbud.

med private leverandører om varetagelse af opgaver i hjemmesygeplejen. Opgaverne kan også tilrettelægges, så de udføres af både kommunens egne ansatte og af private leverandører.

Kommunen har således blandt andet mulighed for at tilrettelægge hjemmesygeplejen som fritvalgsydelse. I nogle kommuner opdeles sygeplejeopgaverne, således at de mindre komplekse opgaver om sygepleje indgår i fritvalgsordningen og kan leveres sammen med fx personlig pleje i borgers hjem. De mindre komplekse sygeplejeydelser leveres i disse tilfælde efter delegation fra den kommunale sygepleje og omtales derfor som *delegeret sygepleje*.

Træning – genoptræning og vedligeholdelsestræning
Kommunernes opgaver omhandler genoptræning af funktionstab efter sygdom (servicelovens § 86), genoptræning efter udskrivning fra sygehus (sundhedslovens § 140) samt vedligeholdelsestræning for at forhindre funktionstab (servicelovens § 86, stk. 2).

Træningen har til formål at gøre borgere mere selvhjulpne og forebygge behov for øget hjælp. Genoptræning efter servicelovens § 86 gives for at undgå vedvarende eller yderligere svækkelse og for at forebygge behov for øget hjemmepleje eller sygehusindlæggelse. Vedligeholdelsestræningen skal forhindre funktionstab og fastholde det hidtidige funktionsniveau.

Kommunerne skal iht. serviceloven mindst en gang årligt fastsætte kvalitetsstandarder for den kommunale genoptræning og vedligeholdelsestræning. Kvalitetsstandarderne skal indeholde konkrete mål og planer for, hvordan politisk vedtagne målsætninger føres ud i livet, og de skal kunne bruges som grundlag for den daglige indsats om genoptræning og vedligeholdelsestræning til borgerne.

Kommunale træningstilbud gives ofte samtidig med eller i sammenhæng med andre tilbud om fx hjemmeplejeydelser, ligesom træningstilbud også kan indgå som et element i en bredere rehabiliteringsindsats.

Plejecentre
Opgaven om drift af et plejecenter omhandler samlet set alle de ovenfornævnte ydelser om praktisk hjælp, personlig pleje, sygepleje og genoptræning af borgere på plejecentre. Der gælder også på de fleste områder samme regler for ydelserne om fx fastsættelse af årlige kvalitetsstandarder efter reglerne i serviceloven.

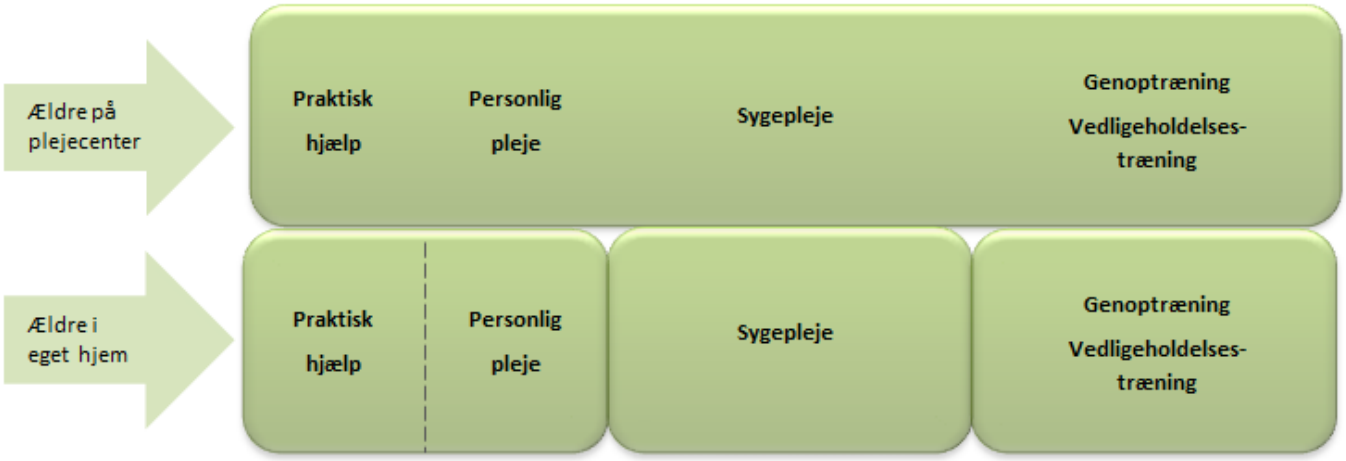
En væsentlig forskel er dog, at borgere på plejecentre ikke er omfattet af fritvalgsreglerne.

Udførelsen af opgaver om drift af plejecentre kan umiddelbart kombineres med opgaver på de tre øvrige opgaveområder omtalt ovenfor. Fx kan drift af plejecentre kombineres med opgaver om hjemmepleje, da det kan give fordele i form af fælles ledelse, fælles bygninger og en mere fleksibel anvendelse af medarbejderne. Tilsvarende kan der fx være mulighed for synergier ved at placere kommunens akutpladser og samling af genoptræningsmiljøer på plejecentre.

Integrerede løsninger
Analysen omhandler cases, hvor flere af de ovenfor nævnte kommunale opgaver er integreret i konkrete løsninger. En sådan integrering af flere opgaver vil fx kunne være begrundet i ønsker om at tilbyde borgerne sammenhængende patientforløb og samtidig kunne opnå en mere effektiv opgavevaretagelse.

Følgende figur illustrerer kommunernes muligheder for at integrere opgaver på ældre- og sundhedsområdet:

Figur 3.1 **Kommunernes muligheder for at integrere opgaver på ældre- og sundhedsområdet**



Kommunernes opgaver om praktisk hjælp, personligpleje, sygepleje og genoptræning kan leveres i en samlet løsning til ældre på plejecentre. Det er i figuren illustreret ved, at opgaverne herom ligger indenfor samme felt. De samme typer af opgaver leveres også til ældre, der bor i egne hjem, men her sker det ofte i separate løsninger. I figuren er det illustreret ved, at opgaverne er placeret i separate felter.

I analysen er der fokus på, om nogle af de opgaver, der ligger i separate felter, kan integreres. Der ses på erfaringer med at integrere opgaver

» for de ældre, der bor i egne hjem (i figuren svarer det til integrering af opgaverne i nederste række i vandret retning)
» for ældre på plejecentre og i egne hjem (i figuren svarer det til integrering af opgaver i lodret retning).

De seks undersøgte cases omhandler forskellige eksempler på, hvordan kommuner har inddraget private leverandører i løsningen af disse typer af opgaver på ældre- og sundhedsområdet.

Rehabilitering
Det skal i forlængelse af figuren også fremhæves, at fokus på rehabilitering for at gøre de ældre mere selvhjulpne også er et vigtigt element i kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet. Der indgår således opgaver om rehabilitering i flere af de undersøgte cases, især i tilknytning til opgaverne om hjemmepleje og genoptræning.

Regeringen og en række af Folketingets partier indgik i 2014 en politisk aftale, som blandt andet skulle medvirke til at styrke kommunernes rehabiliteringsindsats. Det fremgår af aftalen, at selv om stort set alle kommuner allerede er i gang med en rehabiliteringsindsats, er der

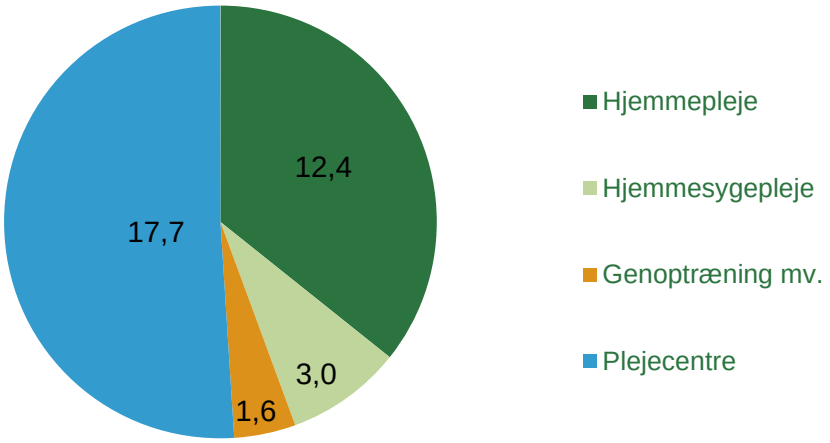
meget stor forskel på tværs af kommunerne. Der er derfor også stor forskel i kvaliteten af den indsats, som den enkelte borger modtager.

Den politiske aftale og kommunernes nye opgaver om rehabiliteringsforløb er efterfølgende implementeret i bestemmelser i serviceloven med virkning fra 1. januar 2015. Kommunerne skal derfor nu, forud for vurderingen om hjemmepleje, vurdere, om et rehabiliteringsforløb vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmepleje. Forløbet skal baseres på en individuel, helhedsorienteret og tværfaglig vurdering af borgerens samlede situation, og de skal have typisk af 8-12 ugers varighed. Det bliver op til kommunerne at tilrettelæggelse rehabiliteringsforløbene, herunder også om der skal inddrages private leverandører i rehabiliteringsopgaverne.

3.2 Markederne for kommunale ældre- og sundhedsydelser

Kommunernes udgifter til opgaverne om hjemmepleje, hjemmesygepleje, genoptræning og vedligeholdelsestræning samt drift af plejecentre fordeler sig således:

Figur 3.2 **Kommunernes udgifter på ældre- og sundhedsområdet (mia. kr.)**



Kilder: Opgørelsen er baseret på oplysninger fra Quartz+Co og Rambøll, Udbudsportalen, Danske Kommuner og Danmarks Statistik. Den nærmere opgørelse af de enkelte beløb fremgår forklaringer og fodnoterne på de følgende sider.

Som det fremgår af figuren udgør kommunernes omkostninger til drift af plejecentre godt halvdelen af kommunernes samlede omkostninger til de pågældende opgaveområder. Og mere end en tredjedel af omkostninger går til hjemmeplejeopgaverne, mens det økonomiske omfang af opgaverne om hjemmesygepleje og genoptræning m.v. fylder væsentligt mindre.

I det følgende er oplysningerne i figuren kort beskrevet og uddybende forklaret i det omfang, der foreligger yderligere oplysninger. Sidst i afsnittet gives et overblik over de private leverandører, som udfører opgaver for kommunerne på ældre- og sundhedsområdet.

Hjemmepleje
Omkring 150.000 danskere modtager hjemmepleje. Nogle får kun en smule hjælp til rengøring en gang om ugen, mens andre har brug for hjemmepleje døgnet rundt. I gennemsnit modtager de visiterede borgere 3,7 timers hjemmepleje pr. uge.[3]

I 2013 udgjorde kommunernes samlede udgifter til hjemmeplejeområdet (inkl. madservice) 12,4 mia. kr. Heraf gik 10,4 til opgaver udført af de kommunale hjemmeplejeafdelinger, mens private leverandører af personlig pleje, praktisk hjælp og madservice udførte opgaver for en samlet værdi af 2 mia. kr.[4]

På landsplan stod de private leverandører for omkring 45 pct. af den praktiske hjælp og omkring 5 pct. af den personlige pleje i 2012.[5] De private leverandørers markedsandele kan ses i sammenhæng med, at den praktiske hjælp udgjorde ca. 18 pct. og den personlige pleje ca. 82 pct. af de samlede timeantal i hjemmeplejen i 2012.[6] Samlet stod kommunale leverandørvirksomheder derfor for omkring 88 pct. og private leverandører for omkring 12 pct. af opgavevaretagelsen i hjemmeplejen i 2012.

Hjemmesygepleje
I 2012 var udgifterne til de kommunale opgaver om hjemmesygepleje på 3 mia. kr.[7] Der foreligger ikke umiddelbart oplysninger om, hvordan beløbet er fordelt mellem offentlig og privat opgavevaretagelse.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning
I 2012 var udgifterne til de kommunale opgaver om genoptræning og vedligeholdelsestræning i alt på 1,6 mia. kr.[8] I alt har kommunerne gennemført knap 1,5 mio. ambulante genoptræningsbesøg i omkring 140.000 genoptræningsforløb.[9]

Der foreligger heller ikke her umiddelbart oplysninger om omfanget af private virksomheders varetagelse af de kommunale opgaver om genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Plejecentre
I Danmark findes cirka 1.300 plejecentre med godt 44.000 boliger. Blot 11 af de ca. 1300 plejecentre drives af private virksomheder (Forenede Care, Aleris og Attendo). Herudover driver fonde og selvejende institutioner omkring 1 pct. af de 44.000 boliger som friplejeboliger[10] og

---

[3] Jf. oplysninger fra *Quartz+Co og Rambøll: Analyse af offentlig-privat samarbejde* (december 2014), afsnit 6.2.
[4] Jf. oplysninger fra *Quartz+Co og Rambøll: Analyse af offentlig-privat samarbejde* (december 2014), afsnit 6.2.
[5] Jf. oplysninger fra Udbudsportalens projekt om strategisk forankring af konkurrenceudsættelse.
[6] I 2012 blev der leveret 465.000 timers personlig pleje og 105.000 timers praktisk hjælp, jf. artiklen *Flere udbud af hjemmeplejen* på s. 50-51 i nyhedsmagasinet Danske Kommuner, nr. 14, 1. maj 2014.
[7] Jf. Danmarks Statistik, nettodriftsudgifter til hjemmesygepleje.
[8] Jf. Danmarks Statistik, udgifter til genoptræning og vedligeholdende træning.
[9] Jf. Danmarks Statistik, Genoptræning og vedligeholdende træning, udgifter og effekt, baseret på tal for 2010.
[10] Jf. oplysninger fra *Quartz+Co og Rambøll: Analyse af offentlig-privat samarbejde* (december 2014), afsnit 6.2.

yderligere 8-9 pct. af boligerne gennem driftsoverenskomster.[11] Kommunerne står selv for driften af de restende 90 pct. af boligerne på plejecenterområdet i Danmark.

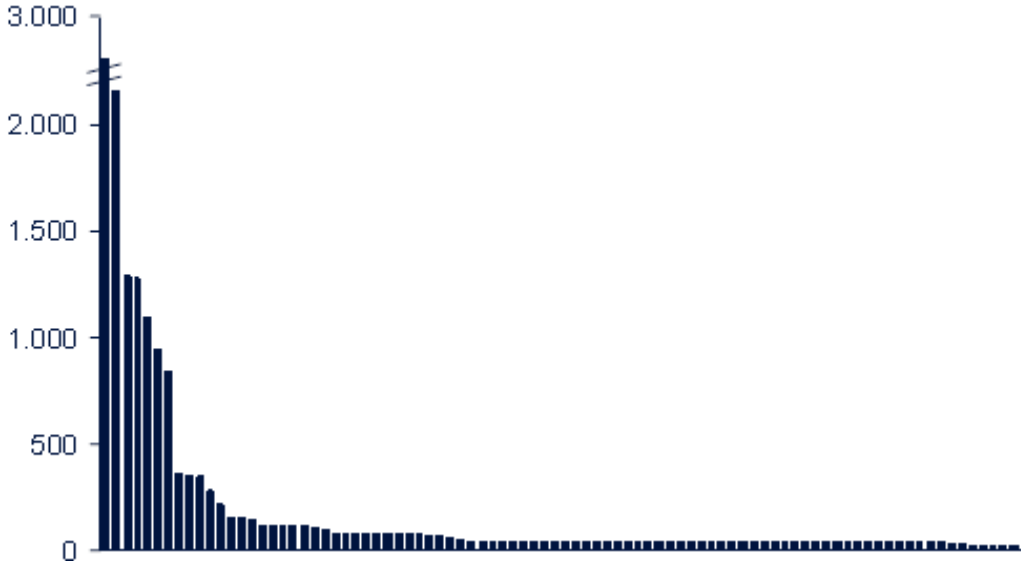
De kommunale udgifter til plejecentre var i 2013 på ca.17,7 mia. kr.[12]

De private aktører

Som det fremgår ovenfor, skal kommunerne give borgerne frit valg mellem to eller flere leverandører på hjemmeplejeydelserne, og det er derfor også på disse ydelser, at der inddrages flest private leverandører i varetagelse af de kommunale opgaver. Det er imidlertid ofte de samme leverandører, som også inddrages i de øvrige kommunale opgaver på ældre- og sundhedsområdet om sygepleje, genoptræning og drift af plejecentre. Det gælder især for de større leverandører.

På fritvalgsområdet har der tidligere været op mod 400 aktive private leverandører i Danmark. Det samlede antal af private leverandører er dog formentlig faldet efter, at flere kommuner har sendt fritvalgsopgaver i udbud og dermed også reduceret antallet af leverandører i de pågældende kommuner. Der findes i dag ca. 20 virksomheder, som har mere end 100 ansatte. Disse fordeler sig størrelsesmæssigt opgjort efter antallet af ansatte sådan, som det fremgår af følgende figur.

Figur 3.3 **Antal ansatte hos leverandører af fritvalgsydelser**



Anm.: Opgørelsen omfatter kun virksomheder med over 20 ansatte i 2013.

Kilde: Quartz+Co og Rambøll: *Analyse af offentlig-privat samarbejde* (december 2014), figur 6.5. Opgørelsen er baseret på oplysninger fra fritvalgsdatabasen.dk, NNMarkedsdata, Quartz+Co og Rambøll analyse.

[11] Jf. oplysninger fra Dansk Erhverv, som Rådet for Offentlig-Privat Samarbejdes sekretariat har modtaget til brug for nærværende analyse.

[12] Jf. oplysninger fra *Quartz+Co og Rambøll: Analyse af offentlig-privat samarbejde* (december 2014), afsnit 6.2.

Ses der på et lidt bredere samlet marked for alle ydelserne om hjemmepleje, sygepleje, genoptræning og drift af plejecentre fordeler leverandørerne sig i følgende grupperinger:

» Tre store private leverandører – Attendo, Aleris og Forenede Care
» En gruppe af selvejende institutioner og fonde – Danske Diakonhjem, Diakonissestiftelsen, Mariehjemmene, OK-fonden m.fl.
» En mindre gruppe af mellemstore leverandører – Kærkommen, Cura Pleje, Privatplejen m.fl.
» Mange små private leverandører

3.3 Forskellige måder at inddrage ikke-offentlige aktører

Kommunerne kan inddrage private leverandører på forskellige måder på de forskellige opgaver inden for ældre- og sundhedsområdet. Inddragelsen kan fx ske ved udbud,[13] godkendelsesordninger, driftsoverenskomster og friplejeboliger m.v.

I udvælgelsen af cases og i analysen har det ikke været afgørende, hvordan inddragelse af private aktører og selvejende fonde m.v. i opgaveløsningen er foretaget, og casene omhandler derfor også forskellige offentlig-private samarbejder, hvor det er sket på forskellige måder.

[13] Kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet omhandler de såkaldte bilag IIB ydelser, som giver mulighed for mere fleksible udbud, hvilket også er illustreret i en af de undersøgte cases.

Kapitel 4
Oplevede virkninger af at integrere opgaverne

4.1 Forskellige virkninger fra case til case

I dette kapitel ses der på, hvilke virkninger der har været ved at integrere løsningen af opgaver på ældre- og sundhedsområdet i de undersøgte cases.

Det generelle billede på tværs af case-materialet er, at både leverandører og kommuner oplever at have fået synergier ved at integrere løsningen af opgaver på ældre- og sundhedsområdet.

De undersøgte cases viser, at der kan være mulighed for at opnå følgende typer af virkninger:

» For *borgerne* kan en integrering af opgaverne give mere sammenhængende forløb, bedre overgange fra en ydelse til en anden, og at der skal færre leverandører og medarbejdere ind i borgernes hjem

» For *leverandøren* kan det give bedre muligheder for at udnytte faciliteter, medarbejdere og ledelse på tværs af opgaverne. Det kan blandt andet ske ved opgaveglidning, hvor medarbejdere løser flere opgaver ud over egne fagområder

» For *personalet* kan en integreret løsning af flere opgave give bedre muligheder for uddannelse, kompetenceudvikling, nye opgaver uden for fagområdet, jobrotation og bedre arbejdsmiljøer m.v.

» For *kommunen* kan det også i nogle tilfælde føre til en mere effektiv drift og besparelser på budgetterne, især hvis opgaverne har en vis volumen.

Der er forskel på, hvilke opgaver kommunerne har valgt at integrere i de forskellige cases, hvilke vilkår de private leverandører har haft for at løse opgaverne, og hvordan kommunerne i det hele taget har tilrettelagt de pågældende løsninger. Og der er derfor også forskelle i, hvilke synergier og virkninger der opleves som resultater af de integrerede løsninger fra case til case.

Integrering af kommuners opgaver på ældre- og sundhedsområdet giver således ikke automatisk de nævnte virkninger. Om der kan opnås synergier, og hvilke synergier der kan opnås, afhænger blandt andet af, hvordan inddragelsen af de private leverandører og de integrerede løsninger er tilrettelagt, og hvilke vilkår og muligheder der samlet set er for at opnå synergier i opgaveløsningen.

Mulighederne for at opnå synergier afhænger således af, hvad kommunerne gør, og hvordan de gør det. Pointen er helt den samme som for udbud eller udliciteringer, der heller ikke altid giver samme resultater. Godt tilrettelagte udbud med god konkurrence om opgaver af en vis volumen kan ofte give gode resultater, mens dårligt forberedte og tilrettelagte udbud kan give dårlige resultater. Tilsvarende giver integrering af opgaver på ældre- og sundhedsområdet heller ikke altid samme resultater.

De følgende afsnit indeholder lidt mere udførlige forklaringer af de virkninger, der i de undersøgte cases er opnået for hhv. borgerne, leverandørerne, personalet og kommunerne.

4.2 Virkninger for borgerne

De undersøgte cases viser eksempler på, at integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet kan give følgende typer af virkninger for borgerne:

» Mere sammenhængende forløb
» Færre leverandører og medarbejdere i borgernes hjem.
» Bedre overgange fra en ydelse til en anden

De to første punkter om mere sammenhængende forløb og færre medarbejdere i borgernes hjem kan opnås, når der integreres nogle af de opgaver på ældre- og sundhedsområdet, som leveres til borgere i egne hjem.

Det fremgår især af de to cases fra Helsingør og Greve kommuner, hvor opgaver om hjemmepleje er integreret med opgaver om hjemmesygepleje.

I Helsingør Kommune var et af formålene med at gøre sygepleje til en del af fritvalgsområdet at opnå bedre sammenhæng i opgaveløsningen set fra borgerens perspektiv. Det er kommunens opfattelse, at det er lykkedes.

Den private leverandør (Stabil Pleje) forklarer, at det især opnås via fagglidning, hvor medarbejdere også løser opgaver på andre fagområder end deres eget, når det er fagligt forsvarligt. Fx kan en sygeplejerske give en borger et bad i forbindelse med sårpleje, eller en sosu-assistent kan støvsuge efter, at medarbejderen har hjulpet borgeren i tøjet om morgenen. Virkningerne er, at borgerne får mere sammenhængende ydelser, og at der ikke kommer unødigt mange forskellige mennesker i deres hjem.

I casen fra Greve ser både kommune og de to private leverandører (Aleris og Attendo) det som en fordel, at den samme leverandør kan levere både hjemmepleje, rehabilitering og sygepleje til borgeren. Også i denne case fremhæves, at det giver mere sammenhængende forløb. I nogle tilfælde kan forskellige ydelser komprimeres til ét besøg hos borgeren, i stedet for flere besøg fra flere forskellige leverandører. Derved undgås, at borgerens hjem bliver en ”banegård” for sundheds- og plejepersonale.

I forlængelse heraf kan det nævnes, at en privat leverandør af hjemmeplejeydelser i en af de øvrige cases (Skovbakkehjemmet i Odder Kommune) også tilkendegiver gerne at ville kunne tilbyde både hjemmesygepleje og rehabilitering, så leverandøren ville kunne dække hele opgavepaletten og dermed have bedre mulighed for at give borgeren en sammenhængende indsats i borgerens eget hjem.

Det tredje punkt i punktopstillingen ovenfor om, at borgeren kan få bedre overgang fra en ydelse til en anden, kan især opnås, når den samme leverandør står for løsningen af opgaver, som leveres både til borgere i egne hjem og til borgere på plejecentre. Det fremgår af de to cases fra Gribskov og Odder kommuner.

I casen fra Gribskov Kommune står den private leverandør (Aleris) for opgaver om genoptræning, rehabilitering og drift af to plejecentre. Leverandøren kan derfor levere genoptræning og rehabilitering til plejecenterbeboere på plejecentrene samt til ældre borgere, som har en tilknytning til centrene, fx bruger cafeen eller dagcentret. Disse borgere har allerede deres daglige gang på centrene, kender personalet og får mindre transporttid, når de ikke skal ind til et andet træningscenter. Integreringen af opgaverne giver derfor leverandøren mulighed for at tilbyde træning tæt på borgeren og for at lave smidige overgange fra genoptræning og rehabilitering til den daglige aktivering i plejen.

Skovbakkehjemmet i Odder Kommune er leverandør af både hjemmeplejeydelser til borgere i egne hjem og af friplejeboliger, der omhandler de samme typer af ydelser som leveres til borgere på plejecentre. Også i denne case fremhæver leverandøren, at varetagelsen af flere opgaver på ældre- og sundhedsområdet gør det muligt at give borgeren en smidig overgang fra hjemmepleje i eget hjem til pleje i friplejeboliger. Når borgeren er kendt af leverandøren, giver det bedre muligheder for at lave en god flytning fra hjemmeplejen over i friplejeboligerne og dermed så vidt muligt at mindske den utryghed, der ofte følger af at flytte fra egen bolig til plejecenter.

Ud over de virkninger for borgerne, som er nævnt ovenfor, og som er opnået ved at integrere opgaver, indeholder en af de undersøgte cases også eksempler på andre virkninger for borgerne. I denne case skyldes virkningerne dog ikke en integrering af opgaver, men derimod at brug af velfærdsteknologi kan gøre borgerne mere selvhjulpne.

Casen fra Aalborg Kommune viser således flere eksempler på, at velfærdsteknologien kan være til gavn for borgerne. Et eksempel er automatiske toiletter med indbygget vaske- og tørrefunktion, hvor det kan give borgene øget selvværd at kunne klare et toiletbesøg på egen hånd. Et andet eksempel er trivselsskærme, som giver plejecenterbeboere mulighed for at styre lys og varme i deres bolig, skype med familie og personale og danne sig et overblik over plejecenterets aktiviteter via en iPad. Og et tredje eksempel er automatiske trådløse døråbningssystemer, som kan hjælpe fx kørestolsbrugere og demente nemmere rundt på bestemte arealer. De forskellige velfærdsteknologier er således med til at gøre borgerne mere selvhjulpne og trygge og derigennem også øge deres livskvalitet.

4.3 Virkninger for leverandørerne

Flere af de undersøgte cases illustrerer, at integrering af flere opgaver kan give fordele for leverandørerne. Det kommer især til udtryk på to måder. Denne ene er, at løsning af flere opgaver giver bedre muligheder for at udnytte faciliteter, medarbejdere og ledelse på tværs af opgaverne, fx ved opgaveglidning hvor medarbejdere løser opgaver ud over egne fagområder. Den anden virkning er, at løsning af flere opgaver giver en større samlet volumen, som kan danne grundlag for stordrift og mere effektivitet i opgaveløsningen.

Integreringen af opgaver giver i casen fra Gribskov Kommune den private leverandør (Aleris) mulighed for at udnytte faciliteter og kapacitet på plejecentre til træning af både beboere på centrene og borgere med tilknytning til centrene, fx brugere af dagcentre. Det giver også bedre muligheder for udnyttelse af personaleressourcerne, hvor der i et vist omfang kan flyttes medarbejderressourcer mellem områder i spidsbelastningsperioder eller ved akutte situationer. Der kan desuden spares personaleressourcer ved fælles administration og ledelse på tværs af opgaveområderne. Endeligt giver løsningen af flere opgaver også leverandøren et mere solidt forretningsgrundlag, hvor der i perioder kan være bedre indtjening på nogle ydelser end andre.

Casen fra Helsingør Kommune viser nogenlunde samme billede. Leverandøren (Stabil Pleje) opnår to typer af fordele ved at udføre flere opgaver for kommunen. Den ene er en så stor samlet volumen i opgaverne, at det giver mulighed for stordriftsfordele. Den anden er, at medarbejdersammensætning og fagglidning giver muligheder for en mere effektiv forretning.

Leverandøren vil derfor også gerne varetage yderligere opgaver for kommunen, særligt opgaver om rehabilitering og drift af plejecentre. Det ville give yderligere volumen, der giver muligheder for både stordriftsfordele og synergieffekter ved levering af flere ydelser.

Casen fra Greve tegner et ikke helt så entydigt billede. Den omhandler to leverandører (Aleris og Attendo). Denne ene leverandør oplever synergieffekter ved at varetage opgaver om hjemmepleje, delegeret sygepleje og rehabilitering. Det sker blandt andet ved have glidning mellem faggrupper i opgaveløsningen, hvor fx en sygeplejerske både giver medicin til borgeren og hjælper borgeren med at tage tøj på eller sætte kaffen frem, frem for at der skulle komme en social- og sundhedshjælper og gøre dette efterfølgende. Den anden leverandør tilkendegiver også i et vist omfang at opnå synergier ved at udføre flere opgaver, men peger samtidig på, at disse kan komme på bekostning af muligheder for specialiseringsgevinster ved kun at varetage hovedydelsen om hjemmepleje. Begge leverandører er imidlertid interesserede i at løse yderligere opgaver om sygepleje, drift af plejecentre, akutpladser og genoptræning i kommunen. Særligt sygepleje ser leverandørerne som oplagt at kombinere med løsningen af hjemmeplejeopgaver og i et vist omfang også med driften af plejecentre. Der kan dog være en udfordring om opdeling af sygeplejen om natten på flere leverandører, da det vil give for små og dermed urentable natruter.

Endeligt kan det nævnes, at casen om Skovbakkehjemmet fra Odder Kommune omhandler ydelser om hjemmepleje og om friplejeboliger, hvor reglerne om friplejeboliger sætter begrænsninger i leverandørens muligheder for at udnytte faciliteter og medarbejdere på tværs af opgaverne. I denne case er synergien for leverandøren begrænset til at omhandle en fælles centerleder.

4.4 Virkninger for personalet

For personalet kan en integreret løsning af flere opgave give bedre muligheder for uddannelse, kompetenceudvikling, nye opgaver uden for fagområdet, jobrotation og bedre arbejdsmiljøer m.v. Dette billede går igen i forskelligt omfang på tværs af de undersøgte cases.

Casen fra Gribskov indeholder de mest udførlige beskrivelser af virkningerne for personalet. Den private leverandør oplever her, at integreringen af opgaverne giver gode muligheder for kompetenceudvikling af medarbejderne, bedre og mere spændende arbejdsmiljøer, tættere samarbejder mellem forskellige opgaveområder og bedre rekrutteringsmuligheder.

Mere konkret opnår den private leverandør disse virkninger ved blandt andet at samle alle terapeutkompetencerne et sted og så derfra bruge kompetencer og personaleressourcer strategisk lokalt ude på centrene. Integreringen af opgaver har også givet bedre muligheder for interessante kompetenceudviklingsforløb for den enkelte medarbejder, mens den større volumen i opgaverne har givet mulighed for specialisering af medarbejderne og for at udpege ressourcepersoner med afgrænsede ansvarsområder. Integreringen af opgaver giver ifølge leverandøren også tættere samarbejder, hvor terapeuterne fra træningsopgaverne i højere grad kommer ud og ser, hvordan det fungerer på plejecentrene og taler med plejepersonalet. Og alle disse virkninger for personalet giver samlet set bedre muligheder for rekruttering af

nye medarbejdere, når leverandøren kan tilbyde et mere spændende arbejdsmiljø med mulighed for kompetenceudvikling og specialisering.[14]

I casen fra Greve skal de private leverandører (Attendo og Aleris) ud over hjemmepleje og delegeret sygepleje også levere rehabilitering. En integreret løsning af både rehabilitering og pleje har ifølge leverandørerne bevirket, at medarbejderne er blevet bedre til at tage udgangspunkt i borgerens samlede behov. Det har givet leverandørerne bedre muligheder for til at tænke interessant kompetenceudvikling ind i opgaveløsningen til gavn for både borgere, den enkelte medarbejder og arbejdsmiljøet.

Varetagelsen af flere opgaver på ældre- og sundhedsområdet har i casen fra Odder ifølge leverandøren (Skovbakkehjemmet) givet personalet fordele i form af bedre arbejdsmiljø og videreuddannelse. Det sker konkret ved, at der afholdes fælles kursusdage for personalet på begge delområder, og at personalet har muligheder for jobrotation, når leverandøren varetager flere forskellige opgaver i kommunen.

I casen fra Aalborg er der især fokus på udvikling og anvendelse af velfærdsteknologier på plejecenterområdet. Casen viser, at velfærdsteknologier ifølge kommunen også kan give fordele for personalet. Fx kan teknologier hjælpe personalet til at klare rutineprægede og praktiske opgaver, aflaste personalet for fx tunge løft og effektivisere arbejdsgange. Og teknologierne medvirker også til at skabe en fagligt udviklende og attraktiv arbejdsplads.

Endeligt fremgår det af casen fra Syddjurs Kommune, at den private leverandør (Forende Care) også bruger de muligheder, der følger af at levere flere forskellige ydelser i kommunen, til optimering af kurser og efteruddannelsesforløb for medarbejderne på tværs af opgaveområderne. Desuden benytter leverandøren sig af, at medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentrene kan vikariere for hinanden. Det sker dog kun i begrænset omfang for at undgå, at der kommer for mange nye ansigter i borgernes hjem.

4.5 Virkninger for kommunerne

Når kommuner inddrager private leverandører i løsningen af integrerede opgaver på ældre- og sundhedsområdet, kan det i nogle tilfælde føre til en mere effektiv drift og besparelser på de kommunale budgetter. Det forudsætter dog typisk, at opgaverne har en vis volumen.

Leverandørerne peger således på tværs af de undersøgte cases på, at opgaverne skal have en vis volumen for, at de kan tilrettelægge en effektiv opgavevaretagelse. Og der kan kun komme besparelser, hvis opgaverne løses mere effektivt end tidligere.

Konkret viser casen fra Greve, at kommunens udbud at de samlede opgaver om personlig pleje, praktisk hjælp, delegeret sygepleje og hverdagsrehabilitering har givet en mere effektiv opgavevaretagelse og besparelser på kommunens budgetter. I Greve Kommune står de private leverandører (Attendo og Aleris) for en betydelig andel af opgavevaretagelsen. I det ene distrikt varetages opgaverne udelukkende af de to private leverandører, da udbuddet viste, at de private leverandører kunne udføre opgaverne til en lavere pris. I det andet distrikt er løsningen af opgaverne delt mellem den kommunale leverandør og en privat leverandør (Aleris).

[14] Aleris var – ud over at være leverandør af ydelserne om genoptræning og drift af plejecentrene, som den undersøgte case omhandler – også en af flere leverandører af fritvalgsydelser i hjemmeplejen i Gribskov Kommune indtil februar 2015, og virksomheden har således tidligere varetaget yderligere et opgaveområde i kommunen, som den kunne tilbyde sit personale ansættelse indenfor.

Casen fra Aalborg indeholder et eksempel på effektiviseringer og kommunale besparelser, som skyldes brugen af velfærdsteknologi. Kommunen har her i samarbejde med en række forskellige private leverandører udviklet forskellige velfærdsteknologiske indretninger, som er taget i brug på et nyopført plejecenter. Et eksempel er trykfølsomme gulve, som via sensorer i gulvet kan registrere, om en beboer er faldet i sin lejlighed. Udover den tryghed, det giver beboere og personale, giver de trykfølsomme gulve også en årlig driftsbesparelse på en nattevagt og en halv aftenvagt svarende til ca. 1 mio. kr. årligt. Dette skyldes, at nattevagterne, grundet de trykfølsomme gulve, kun skal holde fysisk øje med de ældre, der er i en problematisk sundhedstilstand. Da investeringen i de trykfølsomme gulve har været på ca. 3,2 mio. kr., er tilbagebetalingstiden for de trykfølsomme gulve på ca. 3,3 år.

Kapitel 5
Andre erfaringer, der kan give inspiration

5.1 Andre erfaringer er case-specifikke

Ud over de virkninger, der er opnået for borgerne, leverandørerne, personalet og kommunerne, indeholder de undersøgte cases også en række forskellige yderligere erfaringer, der kan give inspiration til andre myndigheder.

Mange af disse erfaringer er case-specifikke, og de omhandler således konkrete forhold i den konkrete case. De erfaringer, som omtales i det følgende, skal derfor ikke opfattes som generelle konklusioner, der kan uddrages på tværs af de seks undersøgte cases, men altså som case-specifikke forhold der kan give inspiration til myndigheder, som overvejer at inddrage private leverandører i løsningen af integrerede opgaver.

5.2 Incitamenter

I især to af de undersøgte cases fra Gribskov og Greve har kommunerne overvejet, hvordan opgaver eller udbud kan tilrettelægges, så leverandøren har de rette incitamenter. De erfaringer, som de to cases indeholder om leverandørers incitamenter, er samlet i dette afsnit.

Boks 5.1
Visitation i pakker

Visitation i pakker (i stedet for præcist afsat tid) har givet leverandører mere fokus på opgaven og bedre muligheder for fleksibel tilrettelæggelse af opgaveløsningen.

Både Greve og Gribskov kommuner har valgt at foretage visitation i pakker for at give leverandørerne bedre muligheder for en fleksibel tilrettelæggelse af deres løsning af opgaverne.

I Greve Kommune foretages visitationen på fritvalgsområdet i ydelsespakker baseret på en funktionsvurdering og således ikke i minutter pr. ydelse. Visitationen i pakker omfatter også opgaverne om hverdagsrehabilitering, hvor der er etableret et rehabiliteringsteam med medarbejdere fra begge de private leverandører (Aleris og Attendo) og kommunen, som skal sikre ens praksis hos alle leverandører i udførerdelen.

Begge de private leverandører ser positivt på visitationen af pakker, som giver bedre muligheder for en effektiv tilrettelæggelse af opgaveløsningen. Pakkerne lægger op til at have medarbejdere, der kan tænke selv og se borgerens behov i stedet for kun at holde øje med minutterne. Leverandørerne foretrækker således den fleksibilitet, som pakkerne giver, selv om en visitation i minutter ville kunne give både mere præcision og i nogle tilfælde også være forretningsmæssigt mere attraktiv, da fx meget 'tunge' borgere opleves at kunne blive en dårlig forretning for leverandøren i et pakkesystem.

Gribskov Kommune visiterer ligeledes i ydelser, som afregnes i pakker både i hjemmeplejen og på plejecenterområdet. Systemet er opbygget, så der afregnes for forskellige pakker, som udtrykker en gennemsnitlig omkostning af antallet af ydelser, der er visiteret til en borger. Kommunen har valgt dette system, fordi det er gennemsigtigt, og fordi det giver leverandøren mere fokus på indholdet af sammenhængende plejeforløb, frem for fokus på den tid der leveres pleje i.

Boks 5.2
Nedbringe plejebehov

I konkrete cases har det ikke givet incitamentsproblemer, at samme leverandør både varetager opgaver, som skal nedbringe plejebehovet, og plejeopgaver.

Gribskov Kommune har ikke oplevet incitamentsproblemer i at lægge opgaver om både træning, rehabilitering og pleje hos samme leverandør, når der er fastlagt konkrete målsætninger for rehabiliteringen og træningen.

Både kommunen og leverandøren (Aleris) har været bevidste om de eventuelle incitamentsproblemer, der ville kunne være i at udføre både opgaver, der skal nedbringe plejebehovet, og plejeopgaver – dvs. risikoen for, at leverandøren nedprioriterer genoptræning og rehabilitering for i stedet at kunne levere mere pleje og omsorg.

Kommunen har derfor lagt overordnede krav om målopfyldelse for træning og rehabilitering ind i aftalerne med leverandørerne. Desuden har kommunen fokus på problemstilingen i den faglige dialog med leverandørerne og har visitatorerne ude i plejegrupperne for at holde fast i den rehabiliterende tilgang.

Leverandøren mener ikke, at der reelt er et problem. Leverandøren har således fokus på den rehabiliterende tilgang i den måde, som pleje- og omsorgsopgaverne løses på, uanset om opgaverne også omfatter rehabilitering eller ej. Kombinationen af pleje og rehabilitering kræver en sundhedsfaglig indsigt, som leverandøren netop mener at have. Desuden er både rehabilitering og træning forretningsområder, der kan vokse i takt med, at leverandøren leverer gode resultater.

I Greve Kommune udføres opgaver om rehabilitering og hjemmepleje af de samme leverandører (Attendo, Aleris og den kommunale hjemmepleje) i et tillidsbaserede samarbejde, uden at det ifølge både leverandørerne og kommunen giver de store incitamentsproblemer.

Kommunen overvejede før udbuddene, om der skulle laves en incitamentsordning, der belønnede leverandørerne for at hæve borgernes funktionsevne gennem rehabilitering, og som derved nedbragte behovet for pleje. Kommunen vurderede dog, at det ville være unødvendigt, og valgte i stedet en tillidsbaseret model.

Begge leverandører mener, at bekymringen for uheldige incitamenter er ubegrundet. For det første efterspørger kommunen rehabilitering, og hvis de ikke leverer det, bliver de ikke ved med at være leverandører i kommunen. Derudover har både leverandørerne og deres medarbejdere en faglighed, der tilsiger, at de skal levere gode ydelser til borgerne. En rehabiliterende tilgang er således ifølge leverandørerne et centralt element i deres pleje og omsorg.

Hertil kommer desuden, at rehabiliteringsopgaverne er en del af fritvalgsordningen i Greve, og at borgerne derfor kan vælge en leverandør fra, hvis de ikke er tilfredse med fx den rehabiliterende indsats, der leveres.

Boks 5.3
Borgere, der ikke aktivt bruger frit valg

I en case overlader kommunen opgaverne for de borgere, der ikke aktivt vælger leverandør på fritvalgsydelserne, til den leverandør, som har afgivet det økonomisk mest fordelagtige tilbud i udbuddet.

Ved fritvalgsydelserne skal borgerne kunne vælge mellem mindst to leverandører, jf. omtalen af reglerne i kapitel 3. De borgere, som ikke selv aktivt foretager et valg mellem leverandørerne, tildeles i mange kommuners fritvalgsordninger til den kommunale leverandør.

Greve Kommune har imidlertid valgt en anden model, hvor borgere, der ikke aktivt vælger leverandør på fritvalgsydelserne, går til den leverandør, som har afgivet det økonomisk mest fordelagtige tilbud i udbuddet. I begge distrikter i kommunen var det en privat leverandør, som afgav det mest fordelagtig tilbud.

Kommunens ordning vil umiddelbart kunne have to virkninger. For det første kan udsigten til større volumen i opgaven for den leverandør, der afgiver det økonomisk mest fordelagtige tilbud, give tilbudsgiverne ekstra incitamenter til at byde ind med konkurrencedygtige priser i udbuddet. Og for det andet vil kommunen kunne opnå en besparelse, når opgaverne om fritvalgsydelser til de pågældende borgere skal leveres til prisen i det økonomisk mest fordelagtige tilbud.

5.3 Samarbejde

Alle de seks undersøgte cases omhandler erfaringer om samarbejdet mellem kommuner og leverandører. Disse erfaringer er beskrevet i det følgende.

Boks 5.4
Lange samarbejder

I længerevarende leverandørforhold kan der udvikles tillidsbaserede og velfungerende samarbejder.

Det fremgår af fire af de seks undersøgte cases, at der i længerevarende leverandørforhold kan udvikles velfungerende samarbejder.

Casen fra Odder Kommune omhandler et samarbejdsforhold, som indtil videre har eksisteret i mere end 40 år. Gennem årene er der udviklet et tillidsbaseret samarbejde, hvor kommunikation og samarbejde både på ledelsesniveau og i det daglige praktiske arbejde foregår gnidningsfrit mellem kommunen og leverandøren (Skovbakkehjemmet). Det gode tillidsbaserede samarbejde mindsker ifølge kommunen behovet for kontrol af den private leverandør, og det giver en smidig håndtering af klagesager.

Kommunen oplyser at arbejde meget med samarbejde og koordinering i forhold til alle kommunens leverandører, og leverandørerne inddrages også i beslutninger og overvejelser på ældreområdet. Det gælder fx i forhold til udviklingsopgaver, hvor der tages hensyn til leverandørers behov og ideer. Kommunen forsøger desuden at skabe gode tillidsrelationer til sine leverandører. Det er lykkedes i forhold til Skovbakkehjemmet, men har været vanskeligere i forhold til nogle andre af kommunens leverandører.

Casen fra Aalborg omhandler også længerevarende samarbejde, der har udviklet sig til at blive meget velfungerende. I starten af samarbejdet var den private leverandør (Copenhagen Living Lab) hyret som rådgiver. Efterfølgende har det udviklet sig til, at samarbejdet og informationsstrømmene i samarbejdet flyder begge veje. I dag er der således i højere grad tale om et langsigtet partnerskab, hvor kommune og leverandør supplerer hinandens kompetencer.

Casene fra Greve og Gribskov tegner nogenlunde samme billede: Det er en klar fordel at have et længerevarende samarbejde mellem kommune og leverandør, men samarbejdet skal ifølge de to kommuner også baseres på professionalisme, faglighed, klare kontrakter, servicebeskrivelser og en organisering af det løbende samarbejde, sådan som det fremgår afsnittende nedenfor.

Boks 5.5
Kontraktbestemmelser

Faglighed, klare kontrakter, servicebeskrivelser og kontraktbestemmelser om organisering kan udgøre godt fundament for et velfungerende samarbejde.

I casen fra Gribskov er en lang historik og kendskab mellem kommune og leverandør (Aleris) med til at sikre et godt samarbejde, men professionalisme, klare kontrakter og servicebeskrivelser udgør de afgørende rammer for det gode samarbejde. Der er beskrevet en konkret samarbejdsstruktur i servicebeskrivelserne til kommunens forskellige delaftaler, og der bliver afholdt møder imellem bestiller og udfører på både strategisk, taktisk og operationelt niveau. På opperationelt niveau er der fx møde på centrene hver uge, hvor centerlederen mødes med visitation og drøfter beboerne og driften generelt. Disse møder udgør et solidt fundament for samarbejdet og dialogen. På de øvrige niveauer drøftes fx udviklingsindsatser, og der udveksles erfaringer.

I Greve tilskrives de gode samarbejdsrelationer mellem kommune og leverandører (Attendo og Aleris) især betydningen af både leverandørers og kommunens faglighed, historikken i samarbejdet og organisering af det løbende samarbejde. Fagligheden kommer til udtryk i form af leverandørernes størrelse og professionelle set up, som har været vigtige i kommunens valg af leverandører. Leverandørerne ser det tilsvarende som vigtigt med en professionel og faglig stærk kommune. De konkrete rammer for samarbejde og kommunikation er beskrevet i kontrakterne, herunder at samarbejdet er organiseret i form af en styregruppe og et daglig samarbejde imellem myndigheden og alle leverandører i udførerdelen.

Et andet element i samarbejdet er, at nogle af de private leverandørers medarbejdere tidligere er blevet virksomhedsoverdraget fra kommunen, og der er flere af de privatansatte medarbejdere, som tidligere har været kollegaer med medarbejdere i kommunen. Og et tredje element er forpligtelser i kontrakten til at indgå i et udviklingspartnerskab, som også er vigtig for samarbejdet. Partnerskabstankegangen medfører ifølge en af leverandørerne (Aleris) et tættere og mere givende samarbejde, fordi man er i dialog om mere end kun den daglige drift.

I casen fra Odder oplyser kommunen i øvrigt, at kommunen fremadrettet vil sikre, at der kommer til at stå mere i kontrakterne om samarbejdet mellem kommunen og den private leverandør. Dette er blandt andet begrundet i erfaringer fra samarbejde med private leverandører, som ikke havde strategisk ledelse lokalt i kommunen.

Boks 5.6
Lokal ledelse

Flere cases viser, at lokal ledelseskompetence hos leverandøren ofte er vigtig for et godt løbende samarbejde mellem leverandør og kommune.

I fire af de seks cases fremhæves det som væsentligt for samarbejdet, at leverandøren selv har ledelseskompetence i kommunen, så der hurtigt og smidigt kan tages vare på klager og træffes beslutninger.

I casen fra Helsingør oplever både kommunen og leverandøren (Stabil Pleje), at leverandørens lokale forankring har stor betydning for det gode og tætte samarbejde. Det er en del af leverandørens strategi at forankre sig lokalt i de kommuner, leverandøren arbejder i, for at skabe tryghed for borgerne. Det kan fx ske ved at starte et kontor op i kommunen, ved at ansætte lokal arbejdskraft og ved at lave en aftale med den lokale bilforhandler om levering af hjemmeplejebiler. Det er desuden Helsingør Kommunes erfaring, at der ofte mangler lokal ledelseskraft, hvis leverandøren ikke er forankret i kommunen. Og ifølge både kommunen og leverandøren ser borgerne også den lokale forankring som en fordel, da de gerne vil støtte et lokalt firma og føler sig trygge ved personale, de kender fra lokalområdet.

Casen fra Syddjurs illustrerer også, at lokal ledelseskompetence er vigtigt for et godt løbende samarbejde mellem leverandør og kommune. Selv om der generelt er god kommunikation mellem kommunen og leverandøren (Forenede Care), har samarbejdet i en kortere periode været udfordret af et stigende antal klagesager. I den pågældende periode var det kommunens opfattelse, at leverandøren ikke lykkedes med ledelsesmæssigt at håndtere klager og opfølgning lokalt. Udfordringen om klagesagerne, som nu er løst, illustrerede ifølge kommunen, at tilstedeværelsen af en lokal ledelseskompetence er meget væsentlig i samarbejdet med de private leverandører.

I Odder Kommune har kommunen haft flere forskellige leverandører end den leverandør, som casen omhandler (Skovbakkehjemmet), men disse har haft svært ved at få fodfæste i kommunen og dermed skabe forretning på ældreområdet. Efter kommunens opfattelse har det været uhensigtsmæssigt, at de pågældende leverandører ikke har haft strategisk ledelse lokalt i kommunen. Fx har kommunen oplevet ikke at få tilfredsstillende tilbagemeldinger og reaktioner i forbindelse med kvalitetsfald og klagesager. Fremadrettet vil kommunen derfor som nævnt sikre, at der kommer til at stå mere i kontrakterne om samarbejdet mellem kommunen og den private leverandør.

Endeligt viser casen fra Aalborg, at der er blevet et både tæt og uformelt samarbejde, efter at leverandøren (Copenhagen Living Lab) har etableret et lokalt kontor på samme gang som de administrative medarbejdere fra det plejecenter, som parterne samarbejder om at udvikle velfærdsteknologier til.

Boks 5.7
Udviklingsprojekter

Samarbejde om udviklingsprojekter kan være udfordrende og kræver god tid, tillid parterne imellem og politisk opbakning.

Det fremgår af flere af de undersøgte cases, at kommuner ofte ønsker at bruge inddragelsen af private leverandører i udviklingen af de offentlige ydelser, men også at der ofte kan være udfordringer i at få skabt et velfungerende partnerskab om udviklingssamarbejde. Dette fremgår fx af casen fra Syddjurs Kommune. Desuden fremgår det af casen fra Helsingør, at kommunen gerne vil inddrage leverandørerne mere i udviklingsprocesser, og det i kommende udbud vil være et krav, at leverandører skal deltage i forskellige udviklingsfora.

Casen fra Aalborg omhandler netop et samarbejde mellem en kommune og en række private leverandører om udvikling af velfærdsteknologier og således også en række erfaringer om inddragelse af private leverandører i udviklingen af offentlige ydelser. De samlede erfaringer fra casen er, at udviklingsprojekter kan være udfordrende, og at de kræver god tid at løbe i gang, tillid mellem parterne og en vedvarende politisk opbakning.

Både kommunen og den private leverandør (Copenhagen Living Lab), som samarbejdet i casen beskriver, giver udtryk for, at en gradvis indfasning af samarbejdet har været med til at skabe tillid parterne imellem, som har været vigtig for det videre samarbejde. Det samme gælder for den vedvarende politiske tillid og opbakning til projektet, som ikke mindst har været vigtig, når konkrete udviklingsprojekter ikke er blevet driftsmodne og må lægges i skraldespanden.

I det konkrete projekt har der således været en stor politisk velvilje, som har været med til at skabe et klima, hvor det er tilladt at fejle. Desuden har den politiske velvilje afspejlet sig i alt fra en placering af plejecentret på en meget attraktiv byggegrund til at give stort spillerum til at afprøve og implementere nye tiltag. Et eksempel på det er en privat drevet restaurant, der leverer mad til plejecenterets beboere, men som også fungerer som ganske almindelig frokostrestaurant.

5.4 Udvikling af offentlige ydelser

Som det fremgår ovenfor, omhandler især casen fra Aalborg Kommune et samarbejde mellem et nyopført kommunalt plejecenter (Fremtidens Plejehjem) og især en af de private leverandører (Copenhagen Living Lab) om udvikling af offentlige ydelser. Dette afsnit indeholder de væsentligste læringspunkter om tilrettelæggelse af udviklingsprojekter.

Boks 5.8
Klar prioritering

Udviklingsprojekt bør være klart prioriteret, så fokus på driftsopgaven ikke kommer til overskygge udviklingsdelen.

Et vigtigt læringspunkt i casen fra Aalborg er, at det er vigtigt for et udviklingsprojekts succes, at det er klart prioriteret i kontrakten imellem kommune og leverandør, så fx fokus på en driftsopgave ikke kommer til at overskygge udviklingsdelen.

Både kommunen og leverandøren fremhæver, at det rendyrkede udviklingsfokus i det konkrete projekt har haft stor betydning for samarbejdets succes. Ved udbud af driftsopgaver indenfor ældre- og sundhedsområdet kan der være en tendens til, at fokus ofte er for ensidigt på kerneopgaven, så det udviklingsmæssige perspektiv ender med at få en perifer rolle. En klar prioritering af udviklingsarbejdet kan derfor medvirke til at sikre, at det ikke bliver perifert i forhold til driftsopgaverne.

Boks 5.9
Udfordre vanetænkning

Private leverandører kan have særlige forudsætninger for at udfordre den kommunale virkelighed.

En anden væsentlig erfaring fra Aalborg-casen er, at private virksomheder har gode forudsætninger for at udfordre den kommunale virkelighed.

Kommuner har ofte fokus på at få driften til at fungere bedst muligt og kan derfor have svært ved at finde de overskydende ressourcer, der kræves for et godt udviklingsarbejde. I modsætning hertil kan private virksomheder være bedre til at "tænke at ud af boksen" og til ikke lade sig begrænse af de rammer, som normalt gælder for den kommunale drift.

Den private leverandør i Aalborg-casen (Copenhagen Living Lab) har flere års erfaring med innovation og udvikling i den offentlige sektor med udgangspunkt i en kompetence- og uddannelsesmæssig sammensætning, som er forskellig fra den, der findes i kommunen.

Boks 5.10
Kompetencer

Kompetencerne hos kommune og private leverandører kan komplementere hinanden i udviklingssamarbejder og give grobund for langsigtede strategiske partnerskaber.

Casen viser, at det i starten af samarbejdet især var kommunen og plejecentret, der nød godt af leverandørens kompetencer og viden. Nu er situationen den, at kompetencerne hos kommunen og den private leverandør i højere grad komplementerer hinanden, og der sker en løbende erfarings- og idéudveksling mellem kommune og leverandør.

5.5 Udbud

Flere af de undersøgte cases indeholder erfaringer om udbud af opgaver på ældre- og sundhedsområdet, som kan give inspiration til andre myndigheder. Disse erfaringer omtales i det følgende.

Boks 5.11
Store udbud

Et samlet udbud af mange ydelser på ældre- og sundhedsområdet kan spare ressourcer i forvaltningen, men er også en omfangsrig opgave. Hvis der ikke er erfaringer at bygge videre på, kan man starte med udbud i mindre skala.

Flere af de undersøgte cases illustrerer, at der kan være fordele for både kommuner og leverandører ved at foretage større udbud, som omhandler opgaver af en vis volumen, og hvor der kan blive god konkurrence om opgaverne.

Det er klarest illustreret i casen fra Gribskov, som omhandler til hidtil største samlede udbud af opgaver på social- og sundhedsområdet for samlet 2,6 mia. kr. over seks år samt en mulig forlængelse på yderligere tre år. Kommunen traf en strategisk beslutning om, at hele området skulle ud til markedsafprøvning, hvor den kommunale leverandør også kunne byde på dele af opgaveløsningen.

Det er kommunens vurdering, at det var en fordel at lave en stor samlet udbudsproces. Det sparer ressourcer i forvaltningen, da man undgår at skulle gentage de samme processer flere gange på forskellige områder spredt ud over en længere tidsperiode. Det gav også gode muligheder for at tænke strategisk på tværs af ydelser og at sammensætte delaftalerne i udbuddet, så man opnår størst mulig konkurrence og får integreret områder, hvor det vurderes hensigtsmæssigt. Fx var det et valg at udbyde hjemmepleje og sygepleje i en delaftale, så den samme leverandør kom til at levere begge ydelser i en integreret løsning i borgerens eget hjem.

Et af elementerne i udbuddet var, at leverandørerne skulle kunne byde ind med en rabat i deres tilbud, hvis de vandt opgaver på mere end en delaftale. På denne måde ville kommunen kunne få del i leverandørens synergieffekter og stordriftsfordele ved at vinde flere delaftaler. I praksis kom dette dog ikke til at fungere efter hensigten, da udbuddets opdeling i ni delaftaler gav for mange kombinationsmuligheder og dermed et for komplekst system med rigtig mange rabatmuligheder af mere eller mindre gennemskuelige størrelser.

Et så stort udbud på social- og sundhedsområdet, som det Gribskov Kommune nu har gennemført, er i høj grad en ny vej at gå i forhold til levering af kommunale velfærdsydelser. Det var derfor vigtig med bred politisk opbakning til udbuddet, så der var sikkerhed og stabilitet i

processen. Den brede politiske opbakning gav ro og sikkerhed om processen for både borgere, potentielle leverandører og forvaltningen.

Udbuddets store omfang giver også udfordringer. Det kræver følgelig en stor indsats af både kommune og leverandører – både i udbudsprocessen, i den efterfølgende opstart og ved implementeringen. Og det er derfor også Gribskov Kommunes råd til andre myndigheder, at de bør overveje at starte med udbud i mindre skala, hvis de ikke har erfaringer med udbud på ældre- og sundhedsområdet.

Casen fra Greve indeholder også strategiske overvejelser om, hvordan større udbud kan tilrettelægges for at opnå de fordele, som kommunen ønsker med udbuddene. Greve Kommune valgte således en strategi for sine udbud, hvor der dels var fokus på at opnå effektiviseringsgevinster gennem konkurrence om opgaverne, dels at opnå synergieffekter og sammenhængende plejeforløb for borgerne ved at integrere opgaverne om hjemmepleje, delegeret sygepleje og rehabilitering.

Det er kommunens opfattelse, at den bedste konkurrence fås, når man har flere udbudsrunder, der indeholder tilstrækkeligt med opgaver til, at fagligt solidt funderede leverandører kan lave et sammenhængende plejeforløb. Efter kommunens opfattelse bør et udbud ikke være så omfangsrigt, at man risikerer at tømme markedet for leverandører, fordi de, der ikke bliver valgt, går ned, eller man kan ende med kun at få tilbud fra ganske få leverandører, som er store nok til at kunne løfte opgaven. Mindre omfangsrige og hyppigere udbud kan derfor give bedre konkurrence.

Baggrunden for udbuddene var blandt andet, at den tidligere anvendte godkendelsesmodel på fritvalgsområdet efter kommunens opfattelse ikke gav økonomisk gevinst. Ved denne model var der mange godkendte leverandører, som alle blev afregnet til den samme kommunale pris, uden at der var priskonkurrence mellem leverandørerne. Kommunen ønskede færre leverandører, evt. kun en enkelt effektiv privat leverandør til at udfordre den kommunale leverandør.

Det var desuden kommunens strategi at konkurrenceudsætte en integreret pakke af ydelser på området. Dermed ville man som minimum få én privat leverandør, der kunne tilbyde en bredere ydelsespallette, som gav borgeren et reelt leverandøralternativ til den samlede pakke om personlig pleje, praktisk hjælp, delegeret sygepleje og hverdagsrehabilitering i kommunen.

Yderligere et par af de undersøgte cases indeholder også overvejelser om det størrelsesmæssige omfang af eventuelle udbud fremover, og hvilke fordele det kan give.

I Odder Kommune forventer forvaltningen, at der vil kunne være effektiviseringsgevinster ved et større udbud. Kommunens begrænsede størrelse kan dog give udfordringer i at kunne opnå tilstrækkelig volumen i et fremtidigt udbud af flere opgaver, ligesom der ved en opdeling af opgaver om fx hjemmesygepleje og genoptræning på flere leverandører kan være en risiko for, at de faglige miljøer bliver for små. Hertil kommer, at muligheden for stordriftsfordele eller synergieffekter hos den kommunale leverandør bliver forringet, hvis private leverandører skal varetage en større andel af opgaverne.

I casen fra Syddjurs giver leverandøren (Forende Care) udtryk for, at både den måde, som de private leverandører inddrages på, og den måde, som opgaverne tilrettelægges på, kan have betydning for mulighederne for at opnå synergieffekter. I Syddjurs Kommune er leverandører i hjemmepleje fundet via en godkendelsesordning, mens opgaven om drift af plejecentret har været i udbud. Hvis begge områder havde været udbudt samtidigt, ville der have været bedre

mulighed for at tænke opgaveløsningen sammen og måske derigennem høste synergi- og effektiviseringsgevinster. Som det ser ud i dag, er der tale om to forretninger, der er igangsat på to forskellige tidspunkter, og som har hver sin økonomi.

Boks 5.12
Ydelser ændrer sig

Det er vanskeligt at udbyde og lave kontrakter om ydelser, hvor der forventes stor udvikling og forandring i kontraktperioden.

De undersøgte cases indeholder flere eksempler på kommunernes overvejelser om, hvordan forventninger om ændringer i driftsopgaver eller udviklingsopgaver bedst kan håndteres i udbud.

Greve Kommune forventer, at kommunens opgaver om sygepleje vil udvikle og forandre sig fremover, bl.a. som følge af opgaveglidning fra regionen. Kommunen har derfor valgt kun at konkurrenceudsætte delegeret sygepleje – altså den sygepleje, der kan delegeres fra kommunens sygeplejersker til personale i hjemmeplejen. Hele sygeplejen er ikke konkurrenceudsat, da det efter kommunens vurdering ikke er hensigtsmæssigt at konkurrenceudsætte opgaver, der er under udvikling, sådan som kommunen vurderer, at det netop er tilfældet for sygeplejeopgaverne.

Efter kommunens opfattelse er det ikke alle ydelser, der er lige velegnede til konkurrenceudsættelse. Udbud egner sig bedst til stabile opgaver, da det er vanskeligt at lave kontrakter og prissætte ydelser, der er under udvikling og forandring, ligesom det også vil være vanskeligt at følge op på og høste økonomiske gevinster ved en udvikling af ydelserne i kontraktperioden.

Det fremgår også af casen fra Aalborg, at udviklingssamarbejde er sværere at skrive ind i en kontrakt sammenlignet med en driftsopgave. Jo mere der skrives i kontrakters kravspecifikationer og minimumskrav, desto sværere kan det være at skabe en dynamik på udviklingsområdet på langt sigt. Rammerne i kontrakten risikerer således at blive for snævre og sætte begrænsninger for udviklingsarbejdet. Hvis en kontrakt både skal omfatte drift og udvikling, bør udviklingsdelen derfor være klart prioriteret i kontrakten, så fokus på driftsopgaven ikke kommer til at overskygge udviklingsdelen.

Casen fra Syddjurs giver et konkret eksempel på netop dette. Det er kommunens opfattelse, at leverandøren (Forende Care) løser driftsopgaverne fuldt tilfredsstillende, mens det har været vanskeligere af få det fælles udviklingssamarbejde til at fungerer. Kommunen angiver flere årsager til dette. Dels er det sværere at stille specifikke krav til udviklingssamarbejdet i udbuddet, og dels har udviklingsspørgsmål måske ikke haft fokus, netop fordi de ligger i periferien af kerneydelsen.

Boks 5.13
Bilag B-ydelser

Kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet er bilag B-ydelser, som kan udbydes i en mere fleksibel proces, end der normalt bruges i EU udbud. I en af casene har disse muligheder givet gode resultater.

I en af de undersøgte cases sættes der fokus på den mulighed, som udbudsreglerne giver for at udbyde opgaver på velfærdsområdet i en mere fleksibel proces, end der normalt bruges i EU-udbud. Kommunernes opgaver på ældre- og sundhedsområdet udgør såkaldte bilag B-ydelser, som kan indkøbes på lempeligere vilkår.

Syddjurs Kommune brugte denne mulighed i tilrettelæggelsen af et udbud om drift af et plejecenter med sigte på at skabe både gode muligheder for leverandøren og en god samlet kvalitetsoplevelse for borgerne.

Udbuddet blev udarbejdet i samarbejde med KL, som bl.a. hjalp med en sondering af markedet for potentielle leverandører. Herefter blev der afholdt en prækvalifikation, hvor kommunen udvalgte fire private leverandører til at afgive tilbud i konkurrence med et kommunalt kontrolbud.

Efter prækvalifikationen var der en dialog med de udvalgte leverandører om, hvordan udbuddet skulle udformes. Resultatet af dialogen var, at der blev lagt vægt på, at udbuddet ikke skulle omhandle en lang række mindstekrav. I stedet skulle leverandørerne fokusere på færre strategisk udvalgte parametre i deres tilbud. Tilbuddene skulle således i højere grad indeholde beskrivelser af det indhold, som leverandørerne ville levere, end tjeklister med en lang række mindstekrav. I udbuddet var der dog stillet krav om, at medarbejdersammensætningen hos den private leverandør skulle omhandle samme faglige kompetencer som på de kommunale plejecentre.

Kommunen brugte således især den mulighed, som udbudsreglerne giver for bilag B-ydelser, til at have en udførlig dialog med de udvalgte tilbudsgivere efter prækvalifikation om, hvordan udbuddet i praksis skulle tilrettelægges. Herudover brugte kommunen også mulighederne til at tage referencer på tilbudsgiverne og til at inddrage øvrige erfaringer med leverandører i de vurderinger, der lå til grund for udvælgelsen af tilbudsgivere i prækvalifikationen.

Samlet set er det kommunens klare opfattelse, at kommunen har haft gode erfaringer med at tilrettelægge udbuddet efter den lidt mere fleksibel proces, end der normalt bruges i EU-udbud.

5.6 Andre erfaringer fra integrerede løsninger

De seks undersøgte cases indeholder også omtaler af en række andre problemstillinger end de overfor nævnte. Fx indeholder casene fra Gribskov og Greve også oplysninger om, hvordan kommunerne i de pågældende udbud har håndteret spørgsmål om forsyningssikkerhed. Et andet eksempel er, at der i casene fra både Greve og Syddjurs peges på det uhensigtsmæssige i, at offentlige og private leverandører af ydelser på ældre- og sundhedsområdet ikke certificeres på samme måder. Og endeligt kan der nævnes som et tredje eksempel, at de private leverandører på tværs af de undersøgte cases oplyser, at de tilbyder borgerne tilkøbsydelser, men også at salget af tilkøbsydelser er så begrænset, at det stort set ikke fylder noget.

I det følgende omtales et par andre eksempler på læringspunkter fra de undersøgte cases, som eventuelt kan give inspiration til andre myndigheder, der overvejer at inddrage private leverandører i løsningen af integrerede opgaver.

Boks 5.14
Komplekse plejeopgaver

Der kan opnås gode resultater ved at overlade løsningen af plejeopgaver for de mest plejekrævende borgere til en privat leverandør.

Casen fra Odder Kommune giver et klart billede af, at kommunen oplever den private leverandør (Skovbakkehjemmet) som en kompetent samarbejdspartner, som løser plejeopgaverne for nogle af de mest plejekrævende ældre borgere i kommunen.

Kommunen peger desuden i casen på, at det ofte bliver italesat, at private leverandører har incitament til fx at holde antallet af visiterede timer så højt som muligt for at generere indtæg-

ter. Det er ikke kommunes oplevelse. At leverandøren ikke bare går efter at generere de lette indtægter fremgik også af erfaringer fra et konkret projekt om effektivisering af løfteopgaver i hjemmeplejen i Odder Kommune, hvor de private leverandører efter kommunens vurdering var lige så gode eller bedre til at reducere antallet af løfteopgaver, der kræver to hjemmehjælpere, sammenlignet med de kommunale.

Casen er et eksempel på, at offentlige myndigheder også har mulighed for at opnå gode resultater ved at overlade løsningen af de mere komplekse opgaver til private leverandører.

Boks 5.15
Velfærdsteknologi

Brug af velfærdsteknologi kan være med til at udvikle opgaveløsningen til gavn for borgere og medarbejdere – og det kan også i nogle tilfælde give en bedre totaløkonomi.

Casen fra Aalborg Kommune indeholder en række eksempler på, at brugen af velfærdsteknologi på et nybygget plejecenter har været med til at udvikle opgaveløsningen til gavn for både beboere og medarbejdere.

Introduktionen af velfærdsteknologi har desuden givet konkrete effektiviseringer og frigivet driftsmidler. Mest klart ses der en gevinst ved trykfølsomme gulve, hvor investeringer som omtalt i afsnit 4.5 er betalt tilbage på lidt mere end tre år.

Et andet eksempel fra casen er automatiske toiletter med indbygget vaske- og tørrefunktion, som giver beboere øget selvværd og aflaster personalet. Inden for de kommende år vil der også blive udarbejdet en businesscase over økonomien i brugen af automatiske toiletter.

I casen omtales også andre eksempler på velfærdsteknologier, der er med til at gøre beboerne mere selvhjulpne, og som kan aflaste personalet og føre effektiviseringsgevinster med sig. Effektiviseringsgevinsterne fra disse teknologier kommer dog i højere grad gradvist og summer sammen over tid på tværs af teknologierne.