

Til
Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype
Rapport – Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre

Dato
November 2020

EVALUERING AF PULJEN TIL STYRKET REHABILITERINGS- INDSATS FOR DE SVAGESTE ÆLDRE



INDHOLD

1.	Indledning	2
1.1	Kort beskrivelse af projektkommunerne	3
1.2	Metode	4
1.3	Læsevejledning	5
2.	Sammenfatning	6
2.1	Målgruppebeskrivelse	6
2.2	Virkning af rehabiliteringsforløb	6
2.3	Understøttende faktorer for rehabiliteringsforløb	6
2.4	Organisering af rehabiliteringsforløb	7
2.5	Omkostning ved rehabiliteringsforløb	8
2.6	Hovedkonklusioner og fremadrettede perspektiver	8
3.	Målgruppebeskrivelse	9
3.1	Datagrundlag og forbehold	9
3.2	Målgruppedefinition	10
4.	Virkning af rehabiliteringsforløb	16
4.1	Rehabiliteringsforløbets betydning for funktionsevne	17
4.2	Rehabiliteringsforløbets betydning for trivsel	19
4.3	Rehabiliteringsforløbets betydning for visiterede ydelser	22
5.	Understøttende faktorer for rehabiliteringsforløb	26
5.1	Fælles forståelse af rehabilitering	28
5.2	Borgerens udgangspunkt	29
5.3	Kendskab og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange	32
5.4	Helhedsorienteret udredning og opfølgning	34
5.5	Styrket koordination	35
5.6	Fleksibilitet og prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende	37
6.	Organisering af rehabiliteringsforløb	38
6.1	Tre organiseringsformer	39
6.2	Kompetencer, viden og ledelsesopbakning	42
7.	Omkostning ved rehabiliteringsforløb	43
7.1	Kommunernes etableringsomkostninger ved rehabiliteringsforløb	45
7.2	Kommunernes driftsomkostninger ved rehabiliteringsforløb	46
7.3	Driftsomkostninger og virkninger	49

1. INDLEDNING

Rehabiliteringsparadigmet er gennem de seneste årtier blevet udbredt på ældreområdet. Det har siden den 1. januar 2015 været lovpligtigt for kommunerne at tilbyde rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis et rehabiliteringsforløb vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. (§ 83 a i lov om social service). Der er på ældreområdet - ligesom på mange andre velfærdsområder - sket en udvikling fra en kompenserende tilgang til en mere aktiverende og rehabiliterende tilgang i støtten til målgruppen. Det vil sige en udvikling fra at anskue ældre som passive modtagere af hjælp, støtte og omsorg til at anskue ældre som aktive medborgere, som der med den rette faglige tilgang kan understøttes og hjælpes til selv at varetage dagligdagens gøremål eller deltage aktivt i den pleje og omsorg, de får.

Den rehabiliterende tilgang har vist tendenser til positive samfundsøkonomiske virkninger, fordi ældre borgers funktionsevne styrkes eller fastholdes, hvormed deres udvikling i behov for hjælp og støtte reduceres eller fastholdes^{1,2}. Der er ydermere undersøgelser, der viser en tendens til, at rehabilitering har positive virkninger for ældre borgers livskvalitet³. Der er i de tidligere undersøgelser anvendt forskellige metoder og forskellige måleredskaber, som vanskeliggør sammenlignelighed på tværs af undersøgelser. Derudover er datagrundlaget i de tidligere analyser begrænset – både i antal borgere og i geografisk udbredelse – hvilket reducerer generaliserbarheden af de enkelte undersøgelser.

Rehabiliteringsforløb efter § 83 a er især blevet implementeret i kommunerne som en indsats, der tilbydes nyvisiterede borgere eller borgere, hvor det vurderes, at de med et rehabiliteringsforløb kan blive helt eller delvist selvhjulpne. Det tyder på, at rehabiliteringsforløb især er udbredt blandt mindre plejkrævende ældre⁴. Samtidig lever flere ældre med kroniske sygdomme og svækkelser, hvorfor de modtager hjælp, støtte og omsorg i mange år og har komplekst plejebehov⁵. Der er dog få erfaringer med rehabiliteringsforløb til ældre i hjemmeplejen med komplekse plejebehov, ligesom der er begrænset viden om erfaringer med rehabilitering til borgere på plejecentre.

Som det fremgår af ovenstående, findes der således både begrænset viden om, hvad der virker, og hvordan rehabiliteringsforløbet bedst tilrettelægges for målgruppen af de svageste ældre. Samtidig viser erfaringer, at der i organiseringen af rehabiliteringsforløb nogle steder er udfordringer med at etablere et velfungerende samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje^{6,7}. Dette får især betydning for rehabiliteringsforløb til de ældre med komplekse pleje- og omsorgsbehov, der kræver en bred tværfaglig involvering i både udredning og levering af det samlede forløb.

Boks 1-1: Målgruppedefinition

MÅLGRUPPEDEFINITION: DE SVAGESTE ÆLDRE

Målgruppen af de svageste ældre varierer mellem kommunerne. De kommunespecifikke definitioner findes i kapitel 3. De svageste ældre er de mest svækkede ældre i hele ældregruppen, der grundet nedsat fysisk, psykisk eller social funktionsevne, har behov for støtte og hjælp i hverdagen*. Målgruppen har grundet deres nedsatte fysiske og psykiske funktionsevne behov for en tværfaglig indsats, typisk af sygeplejefaglig og plejefaglig karakter. I denne evalueringsrapport betegnes denne målgruppe, som ældre, borgere eller målgruppen.

*Gode ældreliv med sundhed og trivsel, Sundhedsstyrelsen, 2019.

¹ Rehabilitering på ældreområdet: Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner. SFI, 2017.

² Kulegravninger af ældrepleje- og dagtilbudsområdet, Digitaliseringsstyrelsen, Rambøll/Quartz 2018.

³ Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? Sundhedsstyrelsen og KORA 2017.

⁴ Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet, KORA for Socialstyrelsen, 2013.

⁵ Udvikling i forekomsten af kronisk sygdom blandt ældre. KL, 2019.

⁶ Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner. SFI, 2017.

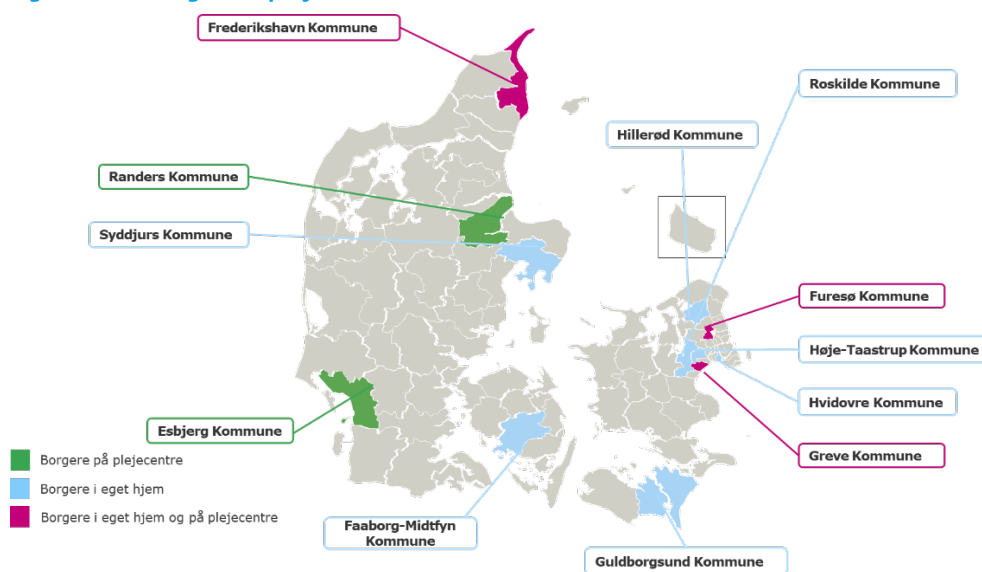
⁷ Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83 a. Rambøll for Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.

Derfor blev der i satspuljeaftalen på ældreområdet for 2018-2021 afsat midler til at styrke rehabiliteringsforløb målrettet målgruppen. Der blev afsat i alt 30 millioner kroner til en ansøgningspulje: *Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre* og 12 kommuner har modtaget midler fra puljen til at afprøve og videreudvikle metoder og tilgange til rehabilitering til målgruppen.

Formålet med denne evaluering er at etablere et vidensgrundlag for videre udvikling af rehabiliteringsforløb til målgruppen. Rapporten giver viden om virkning af rehabilitering til målgruppen af svækkede ældre både målt på borgernes selvoplevede funktionsevne, trivsel og visiterede ydelser. Rapporten vil også samle op på erfaringer, der har vist sig virksomme i rehabilitering til målgruppen.

I Figur 1-1 nedenfor ses de 12 projektkommuner, der er inkluderet i projektet.

Figur 1-1: Oversigt over projektkommuner



1.1 Kort beskrivelse af projektkommunerne

Denne rapport belyser erfaringerne fra de 12 projektkommuner, der er forskellige, både hvad angår organisering, målgruppe og metode, der anvendes.

I Randers og Esbjerg Kommune har de arbejdet med rehabilitering på plejecentre. Derudover har Frederikshavn, Furesø og Greve Kommune arbejdet med rehabiliteringsforløb til borgere både på plejecentre og i eget hjem. Rehabilitering til borgere på plejecentre har snarere været implementering af en rehabiliterende tilgang i arbejdet med borgerne end et rehabiliteringsforløb præcis som et forløb i hjemmeplejen.

Høje-Taastrup, Hvidovre, Greve og Furesø Kommune har etableret eller videreudviklet rehabiliteringsteams, der er tværfaglige teams bestående af social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker og fysioterapeuter eller ergoterapeuter, der varetager hele eller dele af et rehabiliteringsforløb. I Høje-Taastrup Kommune står rehabiliteringsteamet for leveringen af det samlede rehabiliteringsforløb, mens rehabiliteringsteamet i Hvidovre, Greve og Furesø Kommune har en koordinerende funktion, der går på tværs af flere hjemmepleje- og plejecenterenheder⁸ og samarbejder med disse om levering af rehabiliteringsforløbet.

⁸ Greve og Furesø Kommune arbejder både med rehabilitering til borgere, der modtager hjemmepleje og bor på plejecentre.

Guldborgsund og Frederikshavn Kommune har i projektperioden arbejdet med tværfaglige triagerings- og tavlemøder som redskab for at understøtte tværfagligheden i opsporing, udredning og opfølgning på rehabiliteringsforløb til ældre. Frederikshavn Kommune har arbejdet med at styrke deres rehabiliterende indsats gennem målrettede tværfaglige indsatser til ældre.

Faaborg-Midtfyn, Syddjurs og Roskilde Kommune har arbejdet med at udvikle forskellige tilgange til forløbskoordination af rehabiliteringsforløb til ældre med komplekse plejebehov. Roskilde Kommune har arbejdet med at styrke forløbskoordination på tværs af kommunens midlertidige rehabiliteringspladser og det udekørende rehabiliteringsteam, mens Syddjurs og Faaborg-Midtfyn Kommune har arbejdet med forløbskoordination for særligt sårbare og ældre i rehabiliteringsforløb.

Der findes kommunespecifikke casebeskrivelser i det selvstændige produkt: Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre – casebeskrivelser.

1.2 Metode

Evalueringen er baseret på en triangulering af data fra de 12 projektkommuner, hvor der gennem en række forskellige dataindsamlingsaktiviteter er indsamlet både kvalitativ og kvantitativ empiri om, hvordan kommunerne har arbejdet med at udvikle og videreudvikle rehabiliteringsforløb til målgruppen, og hvilken virkning indsatserne har haft for borgerne. De forskellige datakilder er kort beskrevet nedenfor, for en uddybende metodebeskrivelse se metodenotat i Bilag 1.

Forandringsteoriworkshops

Der blev indledningsvist afholdt tværkommunale workshops med fokus på hvilke konkrete forandringer projektkommunerne ønskede at skabe ved optegning af forandringsteori.

Progressionsmålinger af borgere

Borgernes progression er målt før og efter indsatserne med blandt andet de validerede måleredskaber WHO-5⁹ og WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS)¹⁰, der belyser henholdsvis den selvoplevede trivsel og funktionsevne hos borgerne.

Telefoninterviews med borgere

Der er gennemført strukturerede telefoninterviews med borgere, der har afsluttet et rehabiliteringsforløb for at sikre, at få deres perspektiv og oplevelser inddraget i analysen.

Kvalitative interviews med nøglepersoner

Der er afholdt individuelle og gruppeinterviews med relevante nøglepersoner i projektkommunerne henholdsvis midtvejs (september/oktober 2019) og afslutningsvis (marts/april 2020).

Spørgeskema blandt medarbejdere og ledere

Til at indhente viden om den organisatoriske og faglige udvikling i projektkommunerne er der udsendt et spørgeskema tre gange i løbet af projektperioden: marts 2019, oktober 2019 og marts 2020.

Etablerings- og driftsøkonomisk spørgeskema

Til at belyse kommunernes omkostninger til etablering og drift af projektet har projektlederne kvartalsvist udfyldt et elektronisk spørgeskema i hele 2019 og første halvår af 2020.

⁹ Sundhedsstyrelsen: *Guide til trivselsindekset: WHO-5* [Tilgængelig på <https://www.neurocoaching.dk/wp-content/uploads/who5.pdf>. Downloadet 20.06.2020].

¹⁰ Ergoterapeutforeningen, *WHODAS: Manual* [Tilgængelig på: https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Redskaber/whodas_manual.pdf. Downloadet 20.06.2020]. Det er versionen med 12 spørgsmål, der anvendes i denne evaluering.

1.3 Læsevejledning

Evalueringsrapporten er bygget op på følgende måde:

Kapitel 2 – Sammenfatning er et sammenfattende kapitel, der opsummerer de tværgående hovedkonklusioner på tværs af projektkommunerne.

Kapitel 3 – Målgruppebeskrivelse beskriver målgruppen af ældre, der har modtaget et rehabiliteringsforløb i regi af projekterne. Målgruppebeskrivelsen indeholder dels en deskriptiv beskrivelse af målgruppens karakteristika, visiterede ydelser før og under rehabiliteringsforløbet og borgernes trivsel og funktionsevne.

Kapitel 4 – Virkning af rehabiliteringsforløb beskriver virkningen af rehabiliteringsforløb. Virkningen er målt på henholdsvis funktionsevne og trivsel. Afslutningsvis præsenteres udviklingen i målgruppens visiterede ydelser og visiterede tid før, efter og opfølgende.

Kapitel 5 - Understøttende faktorer for rehabiliteringsforløb præsenterer de faktorer, der på tværs af projektkommunerne har vist sig at have betydning for et vellykket rehabiliteringsforløb til målgruppen. De betydende faktorer uddybes med konkrete eksempler på god praksis for, hvordan kommuner med forskellige greb og metoder understøtter faktorerne i praksis.

Kapitel 6 – Organisering af rehabiliteringsforløb beskriver de forskellige organiseringer, som projektkommunerne har omkring deres rehabiliteringsforløb. Dertil beskriver kapitlet udviklingen i kompetencer, viden, praksis og ledelsesopbakning i organisationen.

Kapitel 7 – Omkostning ved rehabiliteringsforløb beskriver først omkostningerne forbundet ved etablering og derefter ved hver fase i forløbet, samt hvilke faggrupper der bidrager i de forskellige faser. Kapitlet afsluttes med, at omkostningerne kobles med virkningsanalysen. Her undersøges, om der er en sammenhæng mellem omkostninger og borgernes udvikling i trivsel eller funktionsevne.

Bilagsoversigt (i selvstændig bilagsrapport)

Bilag 1 – Dataindsamling

Bilag 2 – Målgruppebeskrivelser og progressionsmålinger

Bilag 3 – Omkostningsanalyse

Bilag 4 – Telefoninterviews med borgere

Bilag 5 - Medarbejdersurvey

2. SAMMENFATNING

Denne evaluering bidrager med viden om virkningen af rehabiliteringsforløb til målgruppen af de svageste ældre, samt hvilke faktorer der understøtter virksomme rehabiliteringsforløb. Evalueringen viser de samlede resultater fra 12 kommunale projekter, der på forskellig vis har arbejdet med at styrke rehabiliteringsforløb målrettet målgruppen i perioden 2018-2020. Kommunernes specifikke indsats og målgruppedefinitioner findes i de særskilte casebeskrivelser.

2.1 Målgruppebeskrivelse

Målgruppen dækker både over borgere, der bor på plejecentre, borgere i døgnrehabilitering og borgere i eget hjem med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov. Der er 19 pct. af borgerne, der bor på plejecentre, og 81 pct. af borgerne, der bor i eget hjem. Borgerne i eget hjem er ved opstart i rehabiliteringsforløbet karakteriseret ved, at 52 pct. har et lavt trivselsniveau før forløbet, mens dette tal er 43 pct. af borgerne på plejecentre. Størstedelen (72 pct.) af borgerne i eget hjem visiteres til et rehabiliteringsforløb som følge af en indlæggelse, mens størstedelen af borgere på plejecentre (66 pct.) visiteres til et rehabiliteringsforløb grundet gradvist tab af funktionsevne. De fleste (67 pct.) af borgerne i eget hjem var før deres rehabiliteringsforløb visiteret til en eller flere ydelser efter serviceloven eller sundhedsloven¹¹, før de blev visiteret til et rehabiliteringsforløb. Borgerne i eget hjem er i gennemsnit visiteret til 6,6 timers rehabilitering og pleje per uge under rehabiliteringsforløbet.

2.2 Virkning af rehabiliteringsforløb

Evalueringen viser, at målgruppen i høj grad har gavn af et rehabiliteringsforløb. For borgerne i eget hjem sker der en signifikant forbedring af deres funktionsevne, og de øger deres trivsel signifikant efter rehabiliteringsforløbet. Blandt borgere på plejecentre ses samme tendens, men den positive udvikling er ikke statistisk signifikant¹². En statistisk signifikant forbedring betyder, at der er belæg for at konkludere, at en sammenhæng ikke er tilfældig.

Blandt borgerne i eget hjem er forbedringen i funktionsevne og trivsel særligt stor for borgere, der som udgangspunkt har lav funktionsevne og trivsel ved måling fra forløbets start samt for borgere, der før deres rehabiliteringsforløb var visiteret til personlig pleje. Der er sket et signifikant fald i det gennemsnitlige antal timer per uge visiteret til personlig pleje og praktisk hjælp for alle borgerne, der bor i eget hjem. Antallet af timer var i gennemsnit 3,7 timer før og er faldet til 2,6 timer om ugen efter rehabiliteringsforløbet. Dette er ikke overraskende, da hensigten med rehabiliteringsforløbet er at hjælpe borgerne til at blive helt eller delvist selvhjulpne. Tallet indikerer dog, at der for denne særlige målgruppe af ældre er en gevinst ved rehabiliteringsforløbet, da målgruppen generelt er bedre til at klare sig selv, og dette kan ses som et positivt udfald af rehabiliteringsforløbet. Faldet i ydelsesniveau er dog ikke signifikant, men ser ud til at være vedvarende, da den opfølgende måling otte uger efter ligeledes viser et lavere gennemsnitligt ydelsesniveau.

2.3 Understøttende faktorer for rehabiliteringsforløb

Der er en række faktorer, der har betydning for og understøtter et vellykket rehabiliteringsforløb til denne målgruppe. En fælles forståelse af rehabilitering er afgørende for, at alle faggrupper arbejder i samme retning og leverer en fælles indsats. Det kræver en fælles forståelse af formålet med rehabiliteringsforløbet, og hvordan man bedst tilrettelægger et rehabiliteringsforløb til målgruppen, hvor målet ikke nødvendigvis er fuld selvhjulpne. Det er desuden centralt, at der tages udgangspunkt i borgernes ønsker og behov for at få skabt et solidt afsæt for rehabiliteringsforløbet. Et helhedsorienteret perspektiv og udredning af borgerens situation på tværs af sygeplejersker,

¹¹ Servicelovens § 83, § 83 a, § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

¹² Virkningen er ikke statistisk signifikant for borgere på plejecentre, formentlig grundet en for lille målpopulation til at vise statistisk signifikans.

ergoterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere viser sig desuden vigtigt for, at rehabiliteringsforløbet netop tilrettelægges med blik for borgernes samlede behov og ressourcer.

Der er forskellige traditioner og tilgange til at arbejde rehabiliterende blandt forskellige faggrupper. En central erfaring er, at et udbredt kendskab til og forståelse for de involverede faggruppers kompetencer, ressourcer og arbejdsgange er væsentligt i det tværfaglige samarbejde om komplekse rehabiliteringsforløb. Denne indsigt understøtter, at den rette faglighed og kompetence inddrages rettidigt. Derudover kan arbejdstilrettelæggelsen understøtte rehabiliteringsforløbet, da det sikrer en styrket koordination mellem de forskellige involverede faggrupper for at sikre sammenhæng i forløbet og mulighed for løbende at tilpasse forløbet til borgerens aktuelle tilstand og behov.

2.4 Organisering af rehabiliteringsforløb

Rehabiliteringsforløbet i projekterne kan inddeles i tre organiseringsformer, der hver især indeholder styrker og udfordringer:

1) *Selvstændige rehabiliteringsteams* har samlet alle relevante tværfaglige kompetencer i én enhed, der varetager borgerens samlede indsats under et rehabiliteringsforløb. Det styrker et helhedsorienteret forløb, der både tager højde for sygepleje- og plejefaglige behov i rehabiliteringsforløbet. Derudover har de selvstændige rehabiliteringsteams stor fleksibilitet i opgaveløsningen, da alle ressourcer og kompetencer er forankret samme sted, og deres primære fokus er rehabilitering. Overgangen til hjemmeplejeindsats efter forløbet kan dog være en udfordring, da indsatserne i teamet ikke altid fortsættes og er forankret hos øvrige hjemmeplejegrupper.

2) *Koordinerende rehabiliteringsteams* er et specialiseret ofte tværfagligt rehabiliteringsteam, der er ansvarlige for at koordinere og understøtte leveringen af rehabiliteringsforløb, der leveres af lokale hjemmeplejeenheder. En fordel ved denne organisering er, at rehabiliteringsforløbet kan foregå i de samme rammer i hjemmeplejen, der skal varetage borgerens pleje og støtte efter endt rehabilitering. Her er det en styrke, at de koordinerende rehabiliteringsteams er bredt tværfagligt sammensat, hvilket betyder, at borgerens rehabiliteringsforløb tager afsæt i en tværfaglig udredning, og specifikke kompetencer kan inddrages ved behov. En udfordring ved denne organisering er, at rehabiliteringsforløbet er mindre fleksibelt, da forløbet er forankret på tværs af flere enheder, der vanskeliggør koordinationen.

3) *Forankring af rehabiliteringskompetencer i hjemmeplejen og på plejecentre* muliggør tæt koordination, involvering og sparring med plejepersonalet, der udfører rehabiliteringsforløbet til daglig. Når rehabilitering er en integreret del af hjemmeplejen eller plejecentre, er rehabiliteringskompetencen placeret lokalt i de enkelte distrikter eller teams i hjemmeplejen eller på plejecenteret i form af fysioterapeuter eller ergoterapeuter. Det styrker forudsætningerne for, at gode erfaringer og tilgange fra rehabiliteringsforløbet kan fortsætte efter endt rehabiliteringsforløb. Denne organisering kan samtidig betyde, at borgerne oplever færre skift og overgange. Omvendt betyder denne organisering dog også, at medarbejderne i plejen har mange andre vigtige opgaver udover selve rehabiliteringsforløbet, hvilket kan fjerne fokus fra rehabiliteringsmålet. Forankringen af rehabiliteringskompetencen i hjemmeplejen eller på plejecentre er dog med til at sikre et kontinuerligt fokus på rehabilitering og udbrede tænkningen til plejepersonalet.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er sket en lille positiv udvikling i projektperioden i forhold til medarbejdernes vurdering af deres viden og kompetencer, mens der ikke er sket en udvikling i forhold til praksis. I forhold til medarbejdernes vurdering af deres leders opbakning er der sket et fald i projektperioden.

2.5 Omkostning ved rehabiliteringsforløb

Der er stor variation i kommunernes omkostningsniveau, både i etableringsomkostningerne og driftsomkostningerne per borger per uge. I gennemsnit koster det 1.500 kroner per borger per uge i et rehabiliteringsforløb. Dette varierer fra 700 kroner til knap 9.600 kroner per borger per uge i rehabiliteringsforløbet og spænder over alle de forskellige målgrupper og indsatser.

I gennemsnit går 55 pct. af driftsomkostningerne til levering af indsatsen, herudover 24 pct. til visitation, udredning og afslutning af borgerne. De sidste 20 pct. anvendes til projektledelse og administration. Kommunernes etableringsomkostninger varierer fra cirka 50.000 kroner i den kommune, der har brugt færrest midler, til to millioner kroner i den kommune, der har haft flest etableringsomkostninger. Variationen oprinder fra en kompleks sammenhæng mellem forskellige faktorer, for eksempel kommunens erfaring med rehabilitering, valg af indsats, størrelsen på indsatsen og lignende.

2.6 Hovedkonklusioner og fremadrettede perspektiver

I det følgende præsenteres hovedkonklusioner og fremadrettede perspektiver fra evalueringen af projekterne. De fremadrettede perspektiver er syntetiseret fra viden og erfaringer fra projekterne:

- **De ældre i målgruppen kan profitere af et rehabiliteringsforløb og opnår markante forbedringer på funktionsevne og trivsel:** Viden og erfaringer fra projekterne viser, at rehabilitering til ældre i denne målgruppe både styrker borgerens funktionsevne og trivsel og samtidig mindsker den visiterede tid til hjælp efter rehabiliteringsforløbet. Fra virkningsanalysen ses det, at for borgerne i eget hjem sker der en signifikant forbedring af deres funktionsevne og trivsel efter rehabiliteringsforløbet. Blandt beboere på plejecentre ses samme tendens, men den positive udvikling er ikke statistisk signifikant.
Det er således en central læring fra projekterne, at ældre borgere i denne målgruppe ikke blot har brug for kompenserende hjælp og pleje, men at målrettede rehabiliteringsforløb er nyttige. Dermed er der et potentiale for andre kommuner for at arbejde rehabiliterende med denne målgruppe.
- **Værdien af tværfagligt samarbejde:** Flere nøglemedarbejdere og projektledere understreger, at en central læring fra projekterne har været værdien af tværfagligt samarbejde, når man arbejder med rehabiliteringsforløb til de svageste ældre. Projektkommunerne har oplevet, hvordan tværfagligheden løfter kvaliteten og sammenhængen i rehabiliteringsforløbet, fordi forskellige kompetencer og fagligheder er en forudsætning for at imødekomme kompleksiteten i borgerens behov i rehabiliteringsforløbet. Projekterne har bidraget med gode erfaringer til, hvordan samarbejdet kan etableres, organiseres og understøttes i praksis. Der er fortsat potentiale for videre udvikling og ikke mindst evaluering af virkninger af forskellige måder at samarbejde tværfagligt.
- **Etablering af økonomisk sammenligningsgrundlag:** Denne evaluering har bidraget med viden om, hvilke omkostninger der er forbundet med rehabiliteringsforløb. I gennemsnit varer borgernes forløb 11,2 uger, og det koster 1.500 kroner per borger per uge i et rehabiliteringsforløb. Dette varierer fra 700 kroner til knap 9.600 kroner per borger per uge i rehabiliteringsforløbet og spænder over alle de forskellige kommuner og indsatser.

3. MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

I dette kapitel beskrives de ældre i målgruppen, der har deltaget i et rehabiliteringsforløb i én af de 12 projektkommuner. Kapitlet indledes med en beskrivelse af datagrundlaget for beskrivelsen af målgruppen, hvorefter målgruppens karakteristika i forhold til en række demografiske baggrundsvariable, funktionsevne, trivsel, visiterede ydelser før og under rehabiliteringsforløbet, visitationsårsag og varighed af rehabiliteringsforløbet præsenteres.

Boks 3-1 Kapitlets delkonklusioner

KAPITLET'S DELKONKLUSIONER

- På tværs af projektkommunerne er der en forholdsvis **stor heterogenitet** i forhold til, hvem der er defineret som målgruppe for projektet. Målgruppen dækker både over borgere, der bor på plejecentre, borgere i døgnrehabilitering og borgere i eget hjem med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.
- 73 pct. af borgerne i eget hjem og 82 pct. af borgerne på plejecentre er **over 75 år**.
- 69 pct. af borgerne i eget hjem og 83 pct. af borgerne på plejecentre **bor uden samlever/ægtefælle**.
- 16 pct. af borgerne i eget hjem **er påvirket af kognitive forandringer i en sådan grad, at det påvirker store dele af borgerens liv (fx ved demens)**, mens dette gælder for 66 pct. af borgerne på plejecentre.
- 52 pct. af borgerne i eget hjem har en **meget lav eller lav trivsel** ved opstart i rehabiliteringsforløb. Blandt borgerne på plejecentre er andelen en smule lavere, nemlig 43 pct.
- Borgerne i eget hjem og borgere på plejecentre har ved start i rehabiliteringsforløbet en **lav funktionsevne**.
- 72 pct. af borgerne i eget hjem visiteres til et rehabiliteringsforløb som følge af **akut sygdom med efterfølgende indlæggelse**. 66 pct. af borgerne på plejecentre visiteres på baggrund af **tab af funktionsevne**.
- 67 pct. af borgerne i eget hjem, der deltager i projektet, er **visiteret til en ydelse efter serviceloven eller sundhedsloven**, før de visiteres til et rehabiliteringsforløb.
- Borgerne i målgruppen er i gennemsnit visiteret til **6,6 timer** rehabilitering og pleje **per uge under rehabiliteringsforløbet**.

3.1 Datagrundlag og forbehold

Målgruppebeskrivelsen baserer sig på baggrundsoplysninger om målgruppen og borgernes egen selvvaluerede trivsel og funktionsevne. Baggrundsoplysningerne er indsamlet af nøglemedarbejdere i forbindelse med borgernes opstart i et rehabiliteringsforløb. Borgernes selvvaluerede trivsel og funktionsevne er indhentet ved brug af de validerede redskaber (spørgeskemaer) WHO-5 og WHODAS. Borgerne har udfyldt spørgeskemaerne i opstarten af deres rehabiliteringsforløb med støtte fra en nøglemedarbejder ved behov (se uddybning i Bilag 1 - Dataindsamling).

Følgende baggrundsoplysninger er indhentet på borgerniveau:

- Demografiske oplysninger, herunder køn, alder, boligforhold og civilstatus.
- Om borgeren har demens eller er påvirket af kognitive forandringer i en sådan grad, at det påvirker store dele af borgerens liv.

- Selvoplevet funktionsevne (WHODAS) og trivsel (WHO-5).
- Borgerens motivation for et rehabiliteringsforløb på en skala fra 1-10.
- Oplysninger vedrørende visitation, herunder årsag til visitering, visiterede ydelser, gennemsnitlig visiteret tid per uge, gennemsnitlig tid visiteret til rehabilitering samt gennemsnitlig varighed af forløb.

Flere nøglemedarbejdere og projektledere fremhæver, at en del af målgruppen har svært ved at forholde sig til eller vurdere egen funktionsevne og trivsel. Samtidig er nogle borgere på tidspunktet for opstart i rehabiliteringsforløbet så svækkede grundet sygdom eller lignende, at de ikke har besvaret spørgeskemaet. Derfor skal resultaterne i dette kapitel læses med forbehold for, at det ikke har været muligt at indsamle data om funktionsevne, trivsel og motivation for hele målgruppen (se frafaldsanalysen i Bilag 2). Borgerne har dertil haft mulighed for at frabede sig, at deres data anvendes i evalueringen.

3.2 Målgruppedefinition



I dette afsnit præsenteres kommunernes definition af målgruppen. Projektkommunerne har selv defineret, hvem målgruppen for deres projekt er, inden for den ramme, som er fastlagt i puljeopslaget. Projektkommunerne har således selv fastlagt mere operationelle kriterier som for eksempel, om der er fokus på sundhedsfagligt komplekse borgere med hyppige hospitalsindlæggelser, borgere med demens, borgere i palliative forløb eller borgere med væsentlige sociale problemer, for eksempel alkoholmisbrug. Det har resulteret i en forholdsvis heterogen målgruppe på tværs af projektkommunerne.

Der er overordnet to målgrupper, der arbejdes med i kommunerne:

- **Borgere på plejecentre:** Esbjerg Kommune arbejder i projektet med rehabilitering til borgere, der bor på plejecentre. Greve, Furesø, Frederikshavn og Randers Kommune arbejder med at udbrede deres rehabiliteringsforløb og metode til at identificerer rehabiliteringspotentiale hos borgere på plejecentre og det øvrige ældreområde.
- **Borgere i eget hjem:** Størstedelen af kommunerne arbejder med rehabiliteringsforløb til borgere, der efter indlæggelse eller gradvist tab af funktionsevne visiteres til et rehabiliteringsforløb. Det er ofte borgere, der i forvejen er visiteret til pleje og hjælp fra den kommunale hjemmepleje, og som har en markant nedsat funktionsevne på grund af sygdom eller en gradvis reducere af funktionsevne. Én af kommunerne i projektet har arbejdet med overgangen fra døgnrehabilitering til rehabiliteringsforløb i eget hjem for at styrke rehabiliteringsforløbet.

I nogle kommuner har de i projektet arbejdet med at videreudvikle deres samlede rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. Disse kommuner har haft fokus på, at målingerne til evalueringen kun er foretaget på borgere, der er i målgruppen for projektet. Det gælder borgere med behov for et tværfagligt rehabiliteringsforløb, mens borgere, der med simple greb, hjælpemidler eller lignende kan blive selvhjulpne, ikke er inkluderet. Borgere fra projektet i Frederikshavn Kommune indgår ikke i målgruppebeskrivelsen eller virkningsanalysen, da borgerne ikke har modtaget et decideret rehabiliteringsforløb, men der derimod er arbejdet systematisk med opsporing og triagering af borgere med behov for en tværfaglig indsats og gavn af en rehabiliterende tilgang. Erfaringer fra Frederikshavn Kommune bidrager dermed i analysen til at belyse opsporing og triagering af borgerne. Kommunernes målgruppedefinitioner fremgår af boks 3-2 nedenfor, hvor det også fremgår, hvorvidt kommunens rehabiliteringsforløb i projektet er målrettet *borgere på plejecentre og/eller borgere i eget hjem*. De fremadrettede analyser gennemføres opdelt på henholdsvis *borgere på plejecentre og borgere i eget hjem*.

Boks 3-2: Kommunernes målgruppedefinitioner

 Kommune	 Målgruppedefinition	Borgere i eget hjem	Borgere på plejecentre
Esbjerg	Borgere, der bor på plejecentre. Stor andel af borgere med demens. Eneste eksklusionskriterie er, hvis borgerne ikke selv ønsker at deltage.		●
Faaborg-Midtfyn	Borgere i eget hjem, som modtager 1) hjemmepleje og sygepleje, 2) socialpædagogisk bistand og hjemmepleje eller sygepleje <i>eller</i> 3) udskrives fra sygehus med hjemmehjælp og sygepleje/socialpædagogisk bistand.	●	
Frederikshavn	Borgere i hjemmepleje og på plejecentre, der triageres gul, dvs. ændring i habitual tilstand. De fleste i målgruppen modtager en styrket tværfaglig indsats og heraf nogle § 83 a-ydelse.	●	●
Furesø	Borgere over 65 år med svær sygdom, komorbiditet, nedsat fysisk og/eller kognitiv funktionsevne, nedsat egenomsorgskapacitet, polyfarmaci samt behov for kommunale ydelser. Både borgere i eget hjem og i plejebolig.	●	●
Greve	Borgere over 65 år, som modtager hjemmepleje efter indlæggelse på hospital eller midlertidigt ophold på døgnehabiliteringscenter. Borgere, der bor på plejecentre.	●	●
Guldborgsund	Borgere, der modtager hjemmepleje, som triageres gul/rød grundet ændring i funktionsevne/helbredstilstand <i>eller</i> nyudskrevne borgere med brug for tværfaglig indsats.	●	
Hillerød	Borgere, der er visiteret til en rehabiliteringsindsats og samtidig har behov for en sygeplejefaglig indsats.	●	
Hvidovre	Borgere, der grundet deres nedsatte fysiske og/eller psykiske funktionsevne har behov for en tværfaglig indsats og derfor visiteres til et § 83 a-forløb.	●	
Høje-Taastrup	Borgere, der modtager hjemmepleje, hvor der sker en negativ ændring i funktionsevne, <i>eller</i> de udskrives fra hospital. Derudover også borgere i overgangen fra kommunens midlertidige døgnehabiliteringsplads. Ofte komplekse medicinske borgere.	●	
Randers	Borgere fra to udvalgte plejecentre. Især fokus på borgere med demens, senhjerneskader og borgere i palliative forløb.		●
Roskilde	Borgere, der efter hospitalsindlæggelse modtager midlertidig døgnehabiliteringsplads. Dvs. borgere med brug for pleje, sygepleje og rehabilitering hele døgnet og efterfølgende modtager et forløb i kommunens rehabiliteringsteam.	●	
Syddjurs	Borgere, som bliver udskrevet fra hospitalet eller borgere i eget hjem med behov for et ekstra fokuseret rehabiliteringsforløb. Målgruppen ville typisk være i målgruppen for en døgnehabiliteringsplads, men det vurderes, at borgerne har bedst af at modtage den fokuserede rehabilitering i eget hjem.	●	






Målgruppen af ældre er, som afsnittet ovenfor indikerer, i langt størstedelen af projektkommunerne en målgruppe, der grundet deres helbredstilstand, kognitive og sociale funktionsevne har komplekse plejebest. Borgernes plejebest kommer til udtryk ved et behov for en bred tværfaglig indsats, da deres pleje-, behandlings- og omsorgsbehov kræver forskellige faglige kompetencer (dette uddybes nærmere i kapitel 5).

3.2.1 Baggrundskarakteristika

Dette afsnit belyser, hvad der karakteriserer målgruppen på følgende demografiske karakteristika: Køn, civilstatus, alder, boligforhold og demens.

Der indgår i alt 536 borgere i målgruppebeskrivelserne. De 536 borgere har modtaget et rehabiliteringsforløb og har gennemført første spørgeskema. Der har i analyserne været en rensning af data, som fremgår af Bilag 1, afsnit 1.2.3. Af de 536 borger i evalueringen bor henholdsvis 433 (81 pct.) i eget hjem og 103 (19 pct.) på et plejecenter. Nedenstående Tabel 3-1 angiver borgernes baggrundskarakteristika.

Tabel 3-1: Målgruppens baggrundskarakteristika




		Borgere i eget hjem	Borgere på plejecentre
	Køn	Mand Kvinde	41 pct. 59 pct.
	Civilstatus	Bor med samlever/ægtefælle Bor uden samlever/ægtefælle	31 pct. 69 pct.
	Alder	Gennemsnitlig alder Under 65 år 65-74 år 75-84 år Over 84 år	79,3 år 6 pct. 21 pct. 41 pct. 32 pct.
	Boligforhold	Eget hus Lejlighed, rækkehus eller andel Ældrebolig Plejecenter	42 pct. 42 pct. 15 pct. 0 pct.
	Er påvirket af kognitive forandringer	Ja, som følge af diagnosticeret demens Ja, som følge af ikke-demens relateret sygdom eller ikke-diagnosticeret demens Nej Ved ikke	2 pct. 14 pct. 68 pct. 16 pct.
Antal borgere (N)		433 borgere	103 borgere

Af Tabel 3-1 fremgår det, at der er en lille overvægt af kvinder i målgruppen (59 pct. for borgere i eget hjem og 66 pct. for borgere på plejecentre). Målgruppen har en gennemsnitsalder på henholdsvis 79,3 år for borgere i eget hjem og 81,8 år for borgere på plejecentre. Mere end to tredjedele (69 pct.) af borgerne i eget hjem bor uden en samlever/ægtefælle. Blandt borgerne i eget hjem er der to pct. med diagnosticeret demens og 14 pct., der har kognitive forandringer som følge af ikke-demens relaterede sygdomme eller ikke-diagnosticeret demens. Omvendt er der blandt borgerne, der bor på plejecentre, 46 pct., der er diagnosticeret med demens, samt yderligere 20 pct., der er påvirket af kognitive forandringer som følge af ikke-demens relateret sygdom eller ikke-diagnosticeret demens.

3.2.2 Borgernes trivsel, funktionsevne og motivation inden forløbet

I det følgende præsenteres, hvad der karakteriserer målgruppen i forhold til deres selvoplevede trivsel, funktionsevne og motivation for rehabiliteringsforløbet.

Tabel 3-2: Borgernes trivsel, funktionsevne og motivation før påbegyndelse af rehabiliteringsforløbet

			Borgere i eget hjem	Borgere på plejecentre
	Trivsel (WHO-5)*	WHO-scoren (0-100) Meget lav (<35) Lav (35-50) Gennemsnit eller over (>50)	48 27 pct. 25 pct. 48 pct.	58 20 pct. 23 pct. 57 pct.
	Funktionsevne (WHODAS)*	Gens. score før forløb (0-100)	61	53
	Motivation	Gens. Score før forløb (0-10)	7,2	6,4
Antal borgere (N)			433	103

Note: WHODAS-skalaen er vendt om, så en høj værdi indikerer en høj funktionsevne. Da WHODAS ikke har en officielt opdeling i sin manual er gennemsnittet her angivet.

*Ikke alle borgere i førmålingen har besvaret tilstrækkeligt af spørgsmålene i de to validerede redskaber, WHODAS og WHO-5. Det skyldes, at nogle borgere ikke har været i stand til at svare på spørgsmålene eller ikke har ønsket at svare. Samlet set har 328 borgere i eget hjem svaret tilstrækkeligt på WHO-5 og WHODAS. For borgere på plejecentre har 56 borgere svaret på WHO-5-spørgsmålene, og 60 borgere har besvaret WHODAS-spørgsmålene. Se bilag 2, afsnit 9.1.1 for videre beskrivelse af måleredskaberne.

Tabel 3-2 viser, at henholdsvis 25 og 27 pct. af borgerne i eget hjem har en lav eller meget lav trivsel før rehabiliteringsforløbet (WHO-5 \leq 50). Blandt borgere på plejecentre er denne andel mindre, hvor henholdsvis 23 og 20 pct. af borgerne har en lav eller meget lav trivsel inden forløbet målt med WHO-5-måleredskabet. Borgerne i eget hjem har den bedste funktionsevne med en gennemsnitlig score på 61 ud af 100, hvor borgerne på plejecentre har en score på 53 (WHODAS-skalaen er i denne rapport vendt om, så jo højere score på WHODAS-skalaen fra 1-100, des bedre er borgerens funktionsevne). For både trivselsmålingerne og borgernes funktionsevne er der en andel af borgerne, der enten ikke har været i stand til at svare på spørgsmål i redskaberne eller ikke har ønsket at svare¹³. Denne andel af målgruppen er borgere, der i gennemsnit har en lavere trivsel og lavere funktionsniveau før rehabiliteringsforløbet (se frafaldsanalysen i Bilag 2). Derudover er der en større andel af borgere med demens eller andre kognitive funktionsnedsættelse blandt borgerne, der ikke har ønsket at svare på spørgsmål om trivsel og funktionsevne. Det betyder, at der er en skævhed i, hvilke borgere der har besvaret spørgeskemaet om trivsel og funktionsevne i forhold til projektets samlede målgruppe.

Borgerne oplever generelt høj motivation for at deltage i rehabiliteringsforløbet. Borgere i eget hjem har højere motivation end borgere på plejecentre (henholdsvis en score på 7,2 og 6,4 på en skala fra 0 til 10). Dette svarer til tidligere fund, hvor der ligeledes er høj motivation blandt ældre, der skal starte et rehabiliteringsforløb¹⁴.

3.2.3 Visiterede ydelser

Nedenstående Tabel 3-3 belyser borgernes plejebestand før rehabiliteringsforløbet, angivet ved andelen af borgerne visiteret til ydelser efter service- og sundhedsloven og den gennemsnitlige samlede tid visiteret til forskellige ydelser efter service- og sundhedsloven¹⁵ i timer per uge. Derudover fremgår årsagen til, at borgerne er visiteret til et rehabiliteringsforløb, og den gennemsnitlige tid i






¹³ WHODAS har ifølge projektledere og nøglemedarbejdere været udfordrende at anvende som måleredskab hos dele af målgruppen af ældre. De uddyber, at spørgsmålene kan være abstrakte og lange for målgruppen, hvilket har medført, at nogle borgere har mistet koncentrationen og ikke har gennemført målingen.

¹⁴ SFI, 2017: *Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.*

¹⁵ Servicelovens § 83, § 83 a, § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

timer per uge, de er visiteret til under rehabiliteringsforløbet. Bemærk, at denne del af målgruppebeskrivelsen alene omhandler borgere i eget hjem, der er visiteret til rehabilitering efter § 83 a.

Tabel 3-3: Visiterede ydelser og gennemsnitlig visiteret tid før og under rehabiliteringsforløbet

		Borgere i eget hjem	Borgere på plejecentre
 Visiterede ydelser (serviceloven § 83, § 86 og eller sundhedsloven § 138, § 140) før rehabiliteringsforløb	Visiteret til personlig pleje	41 pct.	-
	Visiteret til praktisk hjælp	49 pct.	-
	Visiteret til personlig pleje og/eller praktisk hjælp	60 pct.	-
	Visiteret til genoptræning	11 pct.	-
	Visiteret til hjemmesygepleje	38 pct.	-
	Visiteret til andet	2 pct.	-
	Ikke visiteret til en af de ovenstående	33 pct.	-
 Visiteret tid per uge forud for rehabilitering*	Visiteret tid til personlig pleje	5,8 timer	-
	Visiteret tid til praktisk hjælp	1,6 timer	-
	Visiteret tid til genoptræning	1,9 timer	-
	Visiteret tid til hjemmesygepleje	2,6 timer	-
	Visiteret tid til andet	0,4 timer	-
 Årsag til visitering	Akut sygdom med indlæggelse	72 pct.	12 pct.
	Akut sygdom uden indlæggelse	3 pct.	1 pct.
	Tab af funktionsniveau	19 pct.	66 pct.
	Revisitation	1 pct.	3 pct.
	Andet***	6 pct.	18 pct. ****
 Visiteret tid per uge under rehabilitering**	Gennemsnitlig tid til rehabilitering	6,6 timer/uge	-
	Under 1,3 timer per uge	21 pct.	-
	1,3-6,7 timer per uge	37 pct.	-
	6,7-13,3 timer per uge	39 pct.	-
	Over 13,3 timer per uge	12 pct.	-
 Gennemsnitlig varighed af forløb***		10,6 uger	12,9 uger
Antal borgere (N)		433	103

* Den gennemsnitlige visiterede tid er beregnet for de borgere, der modtager ydelsen.

**Roskilde Kommune indgår ikke, fordi målingen er gennemført ved borgernes opstart på døgnrehabiliteringsplads.

***Varigheden er beregnet som forskellen mellem før- og eftermålingen. Antallet af borgere (N) er derfor lavere end beskrevet i sidste række i denne variabel, da det kun er borgere, der også har en eftermåling, der indgår i denne beregning.

****18 pct. af borgerne på plejecentre er visiteret med 'Andet' som årsag. Dette kan forklares ved, at én projektkommune har udvalgt borgerne på et plejecenter på baggrund af deres tilknytning til den afdeling, hvor de i projektet arbejdede med at udbrede tiltaget. Det har således ikke noget med borgerens funktionsevne eller tilstand i øvrigt at gøre, da alle borgere på afdelingen er blevet tilbudt rehabilitering.

Borgernes plejebehov før rehabiliteringsforløbet er interessant ift. at forstå, hvem målgruppen er, da dette er et udtryk for borgernes funktionsevne og behov for pleje og omsorg, før de visiteres til et rehabiliteringsforløb. Halvdelen af borgerne i målgruppen (49 pct.) var visiteret til praktisk hjælp før rehabiliteringsforløbet, og 41 pct. var visiteret til personlig pleje. Samlet er der 60 pct. af målgruppen, der var visiteret til praktisk hjælp og/eller personlig pleje. Der er 38 pct. af borgerne, der var visiteret til hjemmesygepleje før forløbet, hvor bare 11 pct. af borgerne i målgruppen var visiteret til genoptræning. Borgerne, der er visiteret til personlig pleje før rehabiliteringsforløbet, modtager i gennemsnit 5,8 timer per uge, svarende til cirka 50 minutters hjælp om dagen alene til personlig pleje. For de øvrige ydelser¹⁶ er den gennemsnitlige visiterede tid for borgerne visiteret

¹⁶ Servicelovens § 83 (praktisk hjælp) og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

til de forskellige ydelser mellem 0,4 timer og 2,6 timer om ugen. Samlet set var en tredjedel (33 pct.) af borgerne ikke visiteret til ydelser efter serviceloven og sundhedsloven.¹⁷, før de blev visiteret til rehabiliteringsforløbet.

Årsagen til borgernes visitation til et rehabiliteringsforløb for borgere i eget hjem var overvejende et akut sygdomsforløb med indlæggelse (72 pct.). Derudover bliver 19 pct. af borgerne i eget hjem visiteret grundet tabt funktionsevne. For borgere på plejecentre er den primære årsag til, at de modtager et rehabiliteringsforløb, nedsat funktionsevne. Dette gælder 66 pct. af indsatserne til borgere på plejecentre.

Under rehabiliteringsforløbet er borgerne i gennemsnit visiteret til 6,6 timer per uge. Dette tal dækker over den samlede hjælp til praktisk hjælp og personlig pleje med eventuelt ekstra tid til at arbejde rehabiliterende, som borgerne er visiteret til undervejs i rehabiliteringsforløbet. I nogle kommuner visiteres alle ydelser til praktisk hjælp og personlig pleje (med eventuelt ekstra tid til at arbejde rehabiliterende) under et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. I andre kommuner opdeles ydelserne, så der dels visiteres tid til de specifikke ydelser, som borgerne har brug for hjælp og pleje til efter serviceloven § 83 og dels visiteres tid til rehabiliteringsydelsen som en separat ekstra ydelse efter servicelovens § 83 a. De 6,6 timer indeholder den samlede opgørelse på tværs af de to måder at visitere på og giver dermed det bedste sammenligningsgrundlag. Data er af kommunerne indrapporteret ved forløbets opstart – med andre ord er den visiterede tid opgjort forud for forløbet. I kapitel 4 er virkningerne af rehabiliteringsforløbet analyseret ved at inddrage data om visiteret tid ved forløbets afslutning og ved en opfølgende måling.

Tabel 3-3 viser til sidst, at borgernes gennemsnitlige rehabiliteringsforløb varer 10,6 uger for borgere i eget hjem og 12,9 uger for borgere på plejecentre.¹⁸ Dette stemmer overens med servicelovens § 83 a, som beskriver, at rehabiliteringsforløbene skal være korte og tidsafgrænsede. Håndbogen i rehabiliteringsforløb på ældreområdet.¹⁹ skriver ligeledes, at et forløb typisk varer 8-12 uger.

¹⁷ Servicelovens § 83 og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

¹⁸ Forløbenes varighed er beregnet ud fra den tidsmæssige forskel mellem før- og eftermålingen for borgere, der har begge målinger. Tallet er usikkert, da det ikke er den fulde population, der både har en før- og eftermåling.

¹⁹ Jf. Retsinformation, Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven, Vejledning nr. 2 til serviceloven.

4. VIRKNING AF REHABILITERINGSFORLØB

I dette kapitel beskrives virkningen af rehabiliteringsforløb til de ældre i målgruppen, herunder om der er dele af målgruppen, der har særligt gavn af rehabiliteringsforløb. Virkningen er målt ved udviklingen i borgernes funktionsevne og trivsel samt udviklingen i behov for hjælp før og efter forløbene.²⁰ Som tidligere pointeret i afsnit 3.1 har dele af målgruppen ikke været i stand til at svare på spørgsmålene i spørgeskemaerne, som måleredskabet består af, og derfor favner analyserne af udvikling i trivsel og funktionsevne ikke hele målgruppen. I Bilag 2 er der gennemført en frafaldsanalyse af borgere, der indgår i virkningsevalueringen, sammenholdt med alle borgere, der er indtastet baggrundsoplysninger på. Frarafaldsanalysen mellem borgerne i virkningsevalueringen og de øvrige borgere viser, at borgerne, der indgår i virkningsevalueringen, generelt er mindre svækkede end den samlede målgruppe for projektet. For at imødekomme denne udfordring er der gennemført en række subgruppeanalyser. Med denne metode er det muligt at gennemføre analyser på en målgruppe, der tilnærmer sig karakteristika for den del af målgruppen, som ellers ikke indgår i virkningsevalueringen grundet manglende målinger. Der findes en detaljeret beskrivelse af metoderne i Bilag 1.

Analyserne på funktionsevne og trivsel er opdelt på borgere i eget hjem og borgere på plejecentre. Derudover nuanceres resultaterne fra målingerne med borgernes oplevelser med rehabiliteringsforløb og dets betydning for deres hverdag, der er indhentet gennem telefoniske interviews med udvalgte borgere. Endelig nuanceres virkningerne med perspektiver fra nøglemedarbejdere og projektlejere i projektkommunerne, der er indhentet gennem interviews.

Boks 4-1: Kapitlets delkonklusioner

KAPITLETSDELKONKLUSIONER

- For borgere, der bor i eget hjem, sker der en **signifikant forbedring af deres funktionsevne** fra 62 før til 70 efter et rehabiliteringsforløb (på den positive WHODAS-skala fra 0-100).
- Borgere med **lav funktionsevne eller trivsel før rehabiliteringsforløbet** og borgere, der **før rehabiliteringsforløbet har været visiteret til personlig pleje**, forbedrer deres funktionsevne signifikant mere end de øvrige borgere. Samme tendens ses på udviklingen i borgernes trivsel, hvor udviklingen er størst for borgere, der har en lav trivsel før rehabiliteringsforløbet.
- Borgere i eget hjem **øger deres trivsel signifikant** fra en gennemsnitlig score på 51 før til en score på 55 efter rehabiliteringsforløbet. Denne udvikling ses også for borgere på plejecentre, om end denne udvikling ikke er statistisk signifikant.
- Der er sket et **fald i det gennemsnitlige antal timer per uge** visiteret til personlig pleje og praktisk hjælp for alle borgerne, der bor i eget hjem. Antallet af timer var i gennemsnit 3,7 timer før og er faldet til 2,6 timer om ugen efter rehabiliteringsforløbet. Faldet i ydelsesniveau er dog ikke signifikant.

I det følgende undersøges det, hvilken betydning de afprøvede rehabiliteringsforløb har haft for borgernes funktionsevne, trivsel og behov for hjælp efter serviceloven og sundhedsloven.²¹

²⁰ Efter servicelovens § 83 og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

²¹ Servicelovens § 83, § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

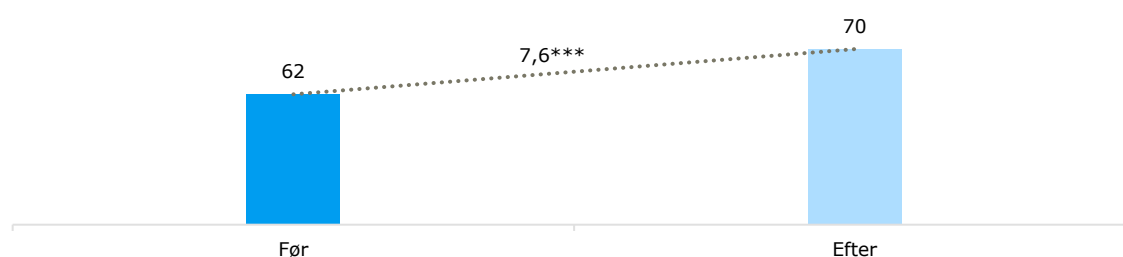
4.1 Rehabiliteringsforløbets betydning for funktionsevne

Dette afsnit belyser målgruppens udvikling i funktionsevne fra før, de startede et rehabiliteringsforløb, til dets afslutning, ved brug af det validerede måleredskab WHODAS (se nærmere i Bilag 1).

I tillæg til de beskrivende analyser af borgernes udvikling i funktionsevne gennemføres lineære regressionsanalyser (OLS) af udviklingen i funktionsevne fra før til efter forløbet, som tager højde for borgernes individuelle karakteristika.

Figur 4-1 nedenfor viser den gennemsnitlige udvikling i borgernes funktionsevne fra før til efter rehabiliteringsforløbet, hvor en høj score indikerer en høj funktionsevne.

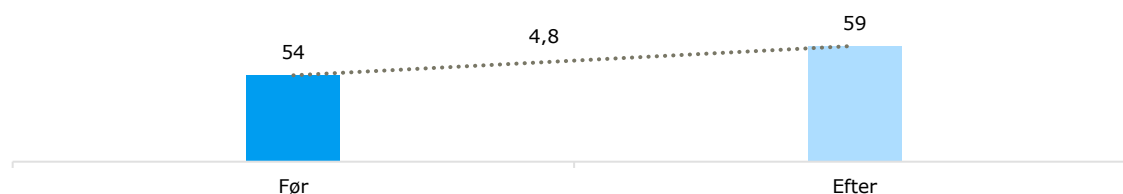
Figur 4-1: Udvikling i gennemsnitlig funktionsevne (WHODAS) fra før til efter rehabiliteringsforløbet (borgere i eget hjem)



Note: N=158. Der indgår kun borgere med data fra WHODAS-målingen i både før- og eftermålingen. Dertil er målgruppen afgrænset til borgere i eget hjem. Signifikansniveauet for udviklingen fra før til efter er testet med tosidet t-test og er markeret med stjerner: *10 pct., **5 pct. og ***1 pct.

Figur 4-1 viser, at der er sket en signifikant forbedring af borgernes funktionsevne med 7,6 point fra 62 til 70 på den positive WHODAS-skala. Dette er næsten på niveau med den gennemsnitlige forbedring, der blev fundet for ældre i rehabiliteringsforløb i evalueringen fra SFI fra 2017.²², hvor de ældre forbedrede sig med ni point fra før til efter rehabiliteringsforløbet. Det viser altså, at målgruppen for nærværende projekt næsten forbedrer deres funktionsevne lige så meget, som den bredere gruppe af ældre, der er belyst i SFI's rapport. For borgere, der bor på plejecentre, er samme tendens med øget funktionsevne efter rehabiliteringsforløb at finde. Her forbedres deres funktionsevne med 4,8 point (se figuren herunder). Den positive udvikling for borgere på plejecentre er ikke statistisk signifikant, hvilket kan forklares ved, at der er væsentlig færre borgere med i denne gruppe.

Figur 4-2: Udvikling i gennemsnitlig funktionsevne (WHODAS) fra før til efter rehabiliteringsforløbet (borgere på plejecentre)



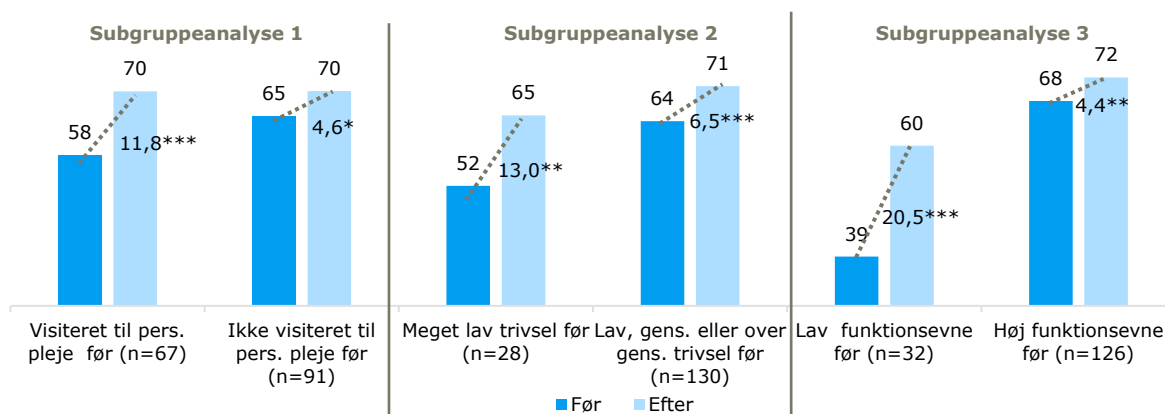
Note: N=21. Der indgår kun borgere med data fra WHODAS-målingen i både før- og eftermålingen. Dertil er målgruppen afgrænset til borgere på plejecentre. Signifikansniveauet for udviklingen fra før til efter er testet med tosidet t-test og er markeret med stjerner: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct.

²² SFI, 2017: Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.

Frafaldsanalysen i Bilag 2 viser, at den samlede gruppe af borgere i virkningsanalysen er mindre svækkede end borgerne, der ikke indgår i virkningsanalysen. Det betyder, at virkningen potentielt fejlestimeres. Dette undersøges i nedenstående Figur 4-3, som viser udviklingen i funktionsevne for den del af borgerne i virkningsevalueringen, der er mest svækkede. Det undersøges ved at inddele borgerne i eget hjem²³ i virkningsevalueringen i forskellige subgrupper, der uddybes nærmere nedenfor. Disse subgrupper udgør indirekte mål for de dele af borgerne i virkningsevalueringen, der er mest svækkede. De forskellige subgrupper kan ses som en samlet analyse af de mest svækkede borgere i virkningsevalueringen i forhold til udviklingen hos de øvrige borgere i analysen.

Den første subgruppe er borgere, der er visiteret til personlig pleje forud for forløbet i forhold til borgere, der ikke er. Den anden gruppe er borgere med meget lav trivsel før forløbet (under 35 på WHO-5-skalaen) i forhold til borgere med højere trivsel. Den sidste subgruppe identificeres ud fra borgere med lav funktionsevne (under 50 på WHODAS-skalaen) før rehabiliteringsforløbet i forhold til borgere med høj funktionsevne.

Figur 4-3: Udvikling i gennemsnitlig funktionsevne (WHODAS) fra før til efter rehabiliteringsforløbet for subgrupper af borgere i eget hjem



Note: Figuren indeholder subgrupper af borgere i eget hjem. Antallet af observationer står i parentes. Der indgår kun borgere med data på WHODAS-skalaen i både før- og eftermålingen. Signifikansniveauet for ændringen fra før til efter er testet med to-sided t-test og er markeret med stjerner: *10 pct., **5 pct. og ***1 pct.

Figur 4-3 viser, at borgerne i alle tre subgrupper forbedrer deres funktionsevne, og resultatet er statistisk signifikant. Denne forbedring er i alle tre subgrupper større end for deres sammenligningsgruppe. Det er samtidig blevet testet, hvorvidt subgrupperne udvikler sig signifikant mere end deres sammenligningsgruppe. Der er fundet en signifikant større forbedring for borgere med lav funktionsevne før forløbet, der forbedrer deres funktionsevne signifikant mere end borgere med en funktionsevne før forløbet højere end 50. Det samme gør sig gældende for borgere visiteret til personlig pleje før, hvor deres udvikling i funktionsevne er signifikant større end for borgere, der ikke var visiteret før. For borgere med meget lav trivsel før er udviklingen i funktionsevne ikke signifikant forskellig fra udviklingen i funktionsevne blandt borgere med en WHO-5-score højere end 35.

Udover de tre subgruppeanalyser, der er præsenteret i Figur 4-3 ovenfor, er der gennemført analyser for to øvrige subgrupper. Den første yderligere subgruppeanalyse er af borgere, der er visiteret til en af ydelserne inden for serviceloven eller sundhedsloven²⁴ før forløbet i forhold til borgere der ikke har været visiteret før. Den anden yderligere subgruppeanalyse, der er gennemført, er mellem borgere, der visiteres til rehabiliteringsforløb grundet akut sygdom med indlæggelse, i forhold til

²³ Der er meget få observationer blandt borgere på plejecentre, hvorfor denne gruppe ikke er en del af subgruppeanalyserne.

²⁴ Servicelovens § 83 og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

borgere, der visiteres af andre grunde. Begge yderligere subgruppeanalyser viste, at der ingen forskel var på de to gruppers udvikling i funktionsevne, og er derfor udeladt.

Den positive udvikling i funktionsevne understøttes af borgernes egne udtalelser indhentet via telefoninterviews. Her angiver 65 pct. af borgerne, at de er blevet bedre til at bevæge sig, og 60 pct., at forløbet har hjulpet dem til at klare flere ting i deres hverdag (se Bilag 4). Modsat er der 5 pct., der oplever, at de kun i lav eller meget lav grad er blevet bedre til at bevæge sig, og 11 pct. oplever, at de kun i lav eller meget lav grad kan klare flere ting i hverdagen efter forløbet.

Nøglemedarbejdere og projektledere fortæller, at udviklingen i borgernes funktionsevne kommer til udtryk ved, at borgerne får bedre balance, motorik og de bliver mere selvhjulpne til små dagligdagsgøremål. Det kan fx være, at de helt eller delvist kan tage tøj på om morgenen. Ifølge nøglemedarbejdere og projektledere handler forbedringer i funktionsevne for målgruppen samtidig om, at borgerne er aktiverede i den støtte og hjælp, de får, og i det omfang, de kan. Nøglemedarbejderne understreger dog samtidig, at det ikke nødvendigvis betyder, at målgruppens behov for hjælp mindskes. Det at holde fast i selv små dele af dagligdagens gøremål og pleje medvirker til, at borgerne føler, at de kan bidrage med noget, hvilket for mange af borgerne styrker oplevelsen af værdighed i plejesituationen.

4.1.1 Betydende karakteristika for forbedring i funktionsevne

Dette afsnit undersøger, om der på tværs af målgruppen er særlige karakteristika, der har betydning for borgernes forbedring af funktionsevne efter rehabiliteringsforløbet. Dette er undersøgt via en lineære regressionsanalyse. I Bilag 2 ses resultaterne af den fulde regressionsanalyse. I afsnittet herunder uddybes resultaterne fra regressionsanalysen, idet det udfoldes, hvilke variable der har betydning for borgernes udvikling.

Analysen viser, at der er to variable, der har en signifikant betydning for borgernes udvikling i funktionsevne fra før til efter rehabiliteringsforløbet. Den første er borgerens funktionsevne før rehabiliteringsforløbet, som også var tydelig i regressionsanalysen i det foregående afsnit. Regressionsanalysen viser ligesom analyserne i forrige afsnit, at jo højere funktionsevne en borger har før forløbet, jo mindre udvikling er der, når deres funktionsevne måles efter forløbet.

Den anden variabel, der har betydning for borgernes udvikling i funktionsevne, er intensiteten af rehabiliteringsforløbet, det vil sige antallet af timer, borgerne er visiteret til i deres rehabiliteringsforløb. Denne variabel har negativ betydning for borgernes udvikling i funktionsevne. Det vil sige, at jo mere tid, der er visiteret til i forløbet, jo mindre udvikler borgerens funktionsevne sig fra før til efter.

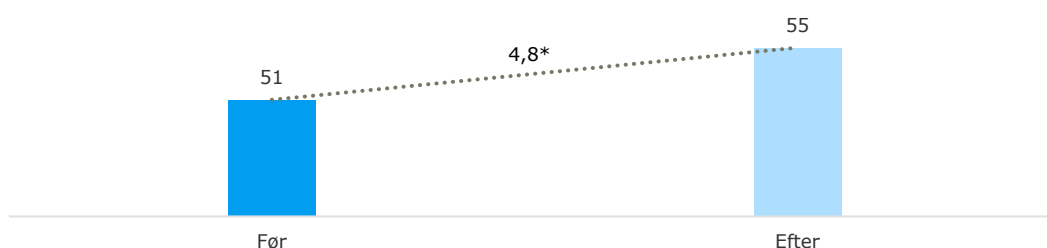
Regressionsanalysen viser desuden, at motivation ikke har nogen signifikant betydning for udvikling i borgerens funktionsevne for målgruppen. Projektledere og nøglemedarbejdere uddyber desuden, at et rehabiliteringsforløb ikke nødvendigvis resulterer i en markant forbedring i funktionsevne. Rehabiliteringsforløbet er derimod med til at reducere eller bremse en yderligere reduktion i funktionsevne, som der ifølge nøglemedarbejdere og projektledere ellers naturligt forekommer hos de ældre. Nøglemedarbejdere og projektledere fortæller samtidig, at en rehabiliterende tilgang hos denne målgruppe ofte kræver mere tid end kompenserende hjælp, men at borgerne er mere aktiveret i plejesituationen. Den aktiverende tilgang har ifølge projektledere især en stor betydning for borgernes oplevelse af kontrol og værdighed i plejesituationen.

4.2 Rehabiliteringsforløbets betydning for trivsel

I dette afsnit beskrives nærmere på, hvordan målgruppens trivsel udvikler sig fra før til efter rehabiliteringsforløbet målt ved redskabet WHO-5.

Afsnittet indledes med en analyse af borgernes udvikling i trivsel, hvorefter det undersøges, hvorvidt subgruppen af borgere, der forud for forløbet enten har lav funktionsevne, lav trivsel eller har været visiteret til personlig pleje, har en anden udvikling i trivsel end de øvrige borgere i virkningsanalysen. Gennem regressionsanalyser er det analyseret, om der er særlige karakteristika på tværs af borgerne, der i højere grad resulterer i en forbedret trivsel efter forløbet end andre. Figur 4-4 nedenfor viser ændringen i borgernes trivsel fra før- til eftermålingen for borgere i eget hjem.

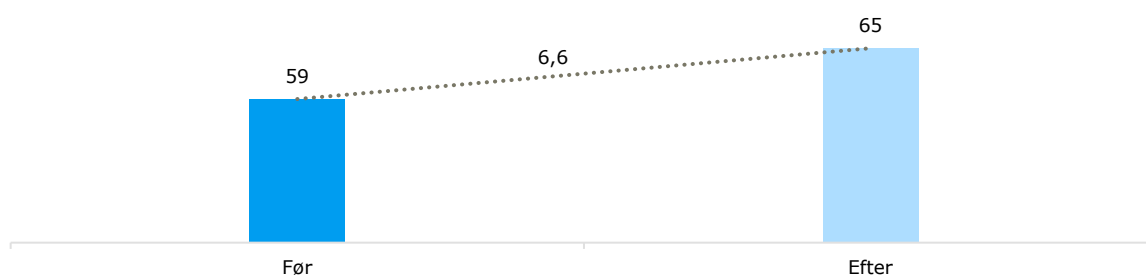
Figur 4-4: Udvikling i gennemsnitlig trivsel (WHO-5) for borgerne i eget hjem fra før til efter rehabiliteringsforløbet



Note: N=191. Der indgår kun borgere med data på WHO-5-scoren i både før- og eftermålingen. Signifikansniveauet for ændringen fra før til efter er testet med tosidet t-test og er markeret med stjerner: *10 pct., **5 pct. og ***1 pct.

Figuren 4-4 viser, at der for borgere i eget hjem sker en lille signifikant stigning i deres trivsel fra før til efter rehabiliteringsforløbet fra 51 til 55 på WHO-5-skalaen. For borgere, der bor på plejecenter, ses der ligesom ved funktionsevne samme tendens med øget trivsel efter rehabiliteringsforløbet (se figur 4-5). Den positive udvikling for borgernes trivsel på plejecentre er dog ikke statistisk signifikant, hvilket kan forklares ved, at der er væsentligt færre borgere med i denne gruppe.

Figur 4-5: Udvikling i gennemsnitlig trivsel (WHO-5) fra før til efter rehabiliteringsforløbet (borgere på plejecentre)



Note: N=27. Der indgår kun borgere med data fra WHO-5 målingen i både før- og eftermålingen. Signifikansniveauet for udviklingen fra før til efter er testet med tosidet t-test og er markeret med stjerner: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct.

Borgerne på plejecentre har en højere trivsel før rehabiliteringsforløbet på 59 mod 51 på WHO-5-skalaen for borgere i eget hjem. Dette kan ifølge projektlederne dels skyldes, at borgere på plejecentre, der siger ja til at modtage et rehabiliteringsforløb, ofte er de borgere på plejecentrene, der har mest overskud. Derudover påpeger projektlederne, at borgerne på plejecentre har den praktiske og personlige hjælp tilgængelig i alle døgnets timer og kan indgå i de sociale aktiviteter på plejecentrene, hvilket kan betyde, at de er mere trygge. Samtidig ses det, at en stor andel af borgerne i eget hjem indgår i et rehabiliteringsforløb efter indlæggelse eller sygdomsforløb, hvilket kan have betydning for deres trivsel, jf. tabel 3-3 i kapitel 3.

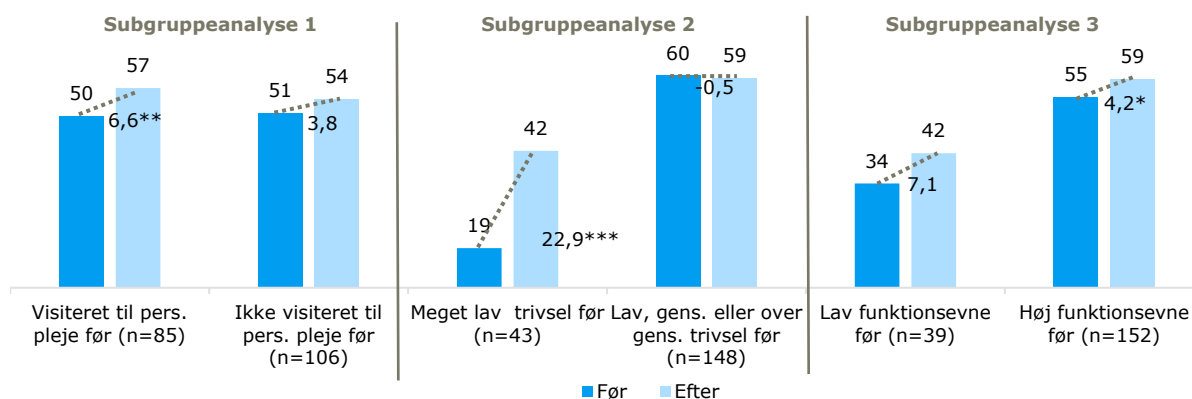
Den positive forbedring i borgernes trivsel fremhæves af mange nøglemedarbejdere som et centralt udbytte af rehabiliteringsforløbet. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at de ældre sover bedre,

har en større appetit og energi. Ifølge projektlederne er det i høj grad den positive virkning på trivlsen, der gør, at rehabilitering er værdifuldt for målgruppen.

Den positive udvikling i trivsel understøttes ligeledes af borgernes egen vurdering af rehabiliteringsforløbets betydning for deres trivsel. Her angiver 58 pct., at de i meget høj eller høj grad har forbedret deres livskvalitet som følge af rehabiliteringsforløbet. Mens 39 pct. angiver, at de som følge af rehabiliteringsforløbet har forbedret deres humør, og 32 pct., at det har styrket deres sociale fællesskab med for eksempel venner og familie (se Bilag 4).

Som i den tidligere analyse af funktionsevne er det undersøgt, om udviklingen i trivsel fra før til efter et rehabiliteringsforløb er forskellig for subgrupper af borgere. Subgruppeanalysen er en metode til at se særskilt på, hvordan de mest svækkede dele af målgruppen udvikler sig i rehabiliteringsforløbet. Den første subgruppe af borgere, der undersøges, er borgere, der er visiteret til personlig pleje forud for rehabiliteringsforløbet i forhold til borgere, der ikke er visiteret til personlig pleje før. Den anden subgruppe er borgere med meget lav trivsel (under 35 på WHO-5-skalaen) før rehabiliteringsforløbet i forhold til borgere med højere trivsel (over 35 på WHO-5-skalaen). Den tredje subgruppe identificeres ud fra borgere med lav funktionsevne (under 50 på WHODAS-skalaen) før rehabiliteringsforløbet i forhold til borgere med højere funktionsevne før rehabiliteringsforløbet (over 50 på WHODAS-skalaen). Figuren herunder viser udvikling i borgernes trivsel fra før til efter rehabiliteringsforløbet for de tre subgrupper.

Figur 4-6: Udvikling i gennemsnitlig trivsel (WHO-5) fra før til efter rehabiliteringsforløbet for subgrupper af borgere i eget hjem



Note: Figuren indeholder subgrupper af borgere i eget hjem. Antallet af borgere står i parentes. Der indgår kun borgere med data fra WHO-5 målingen i både før- og eftermålingen. Signifikansniveauet for ændringen fra før til efter er testet med tosidet t-test og er markeret med stjerner: *10 pct., **5 pct. og ***1 pct.

Figuren oven for viser, at borgerne i alle tre subgrupper generelt forbedrer deres trivsel fra før til efter, men at der er stor variation mellem subgrupperne i forhold til, hvor meget den forbedres, og om forbedringen er statistisk signifikant. Borgere, der er visiteret til personlig pleje før forløbet, forbedrer deres trivsel signifikant med 6,6 point på WHO-5-skalaen, hvilket er mere end borgere, der ikke var visiteret til personlig pleje før. Forskellen i udviklingen er dog ikke signifikant. Den gruppe af borgere, der forbedrer deres trivsel mest, er borgere, der har en meget lav trivsel ved førmålingen (35 eller derunder på WHO-5-skalaen). Denne gruppe forbedrer deres trivsel signifikant med 22,9-point på WHO-5-skalaen, hvilket er en signifikant større forbedring end borgere med højere trivsel (over 35 på WHO-5-skalaen) før forløbet. Der er ikke signifikant forskel i borgernes udvikling i trivsel mellem borgere med lav funktionsevne før og borgere med høj funktionsevne før forløbet.

Ud over de tre subgruppeanalyser, der er præsenteret i figuren ovenfor, er der ligesom ved analyserne af udvikling i funktionsevne gennemført analyser for to øvrige subgrupper. Den første yderligere analyse er af borgere, der er visiteret til en af ydelserne inden for serviceloven eller sundhedsloven.²⁵ i forhold til borgere, der ikke har været visiteret til ydelser forud for deres forløb. Her findes ligesom ved subgruppe 1 i figuren ovenfor, at borgere der var visiteret til hjælp før har en signifikant forbedring af deres trivsel fra før til efter forløbet, men at udviklingen ikke er signifikant bedre end for borgere der ikke var visiteret til hjælp før. Den anden yderligere subgruppeanalyse, er mellem borgere, der visiteres til rehabiliteringsforløb grundet akut sygdom med indlæggelse i forhold til borgere, der visiteres af andre grunde. Denne analyse viste, at der ingen forskel var på de to gruppers udgangspunkt eller udvikling i trivsel.

4.2.1 Betydende karakteristika for forbedring i borgernes trivsel

Dette afsnit undersøger via en lineær regressionsanalyse, om der på tværs af borgerne i eget hjem og på plejecentre er særlige variable, der har betydning for udviklingen i borgernes trivsel. Tabel 2-2 i Bilag 2 viser resultatet af den fulde regressionsanalyse, og hermed hvilke variable der har betydning for borgernes udvikling i trivsel.

Analysen finder to variable, der er statistisk signifikante for borgerens udvikling i trivsel. Det gælder dels borgernes motivation. Jo højere motivation borgeren har for rehabiliteringsforløbet, des større er udviklingen i borgerens trivsel fra før til efter afslutning af rehabiliteringsforløbet. Konkret øges borgernes udvikling i trivsel med 1,5 point for hver gang, borgerne er et niveau højere i motivation (på en skala fra 0-10). Dette indikerer at borgernes motivation har en betydelig rolle for, hvordan borgerens trivsel forbedres som følge af rehabiliteringsforløbet. Flere nøglemedarbejdere fortæller, at borgere, der er mest motiverede for rehabiliteringsforløbet, typisk er borgere, hvor nøglemedarbejderne er lykkedes med at identificere mål for rehabiliteringsforløbet sammen med borgeren, der er meningsfulde for borgerne.

Den anden variabel, der har signifikant betydning for borgernes udvikling i trivsel, er borgernes trivselsniveau før rehabiliteringsforløbet. Ligesom i de foregående analyser i Figur 4-4 ses en negativ sammenhæng mellem borgernes trivselsniveau forud for forløbet og deres udvikling i trivsel. Det vil sige, at jo højere trivsel er før forløbet, jo mindre er forbedringen i trivsel som følge af rehabiliteringsforløbet. Samme sammenhæng ses i forhold til borgernes funktionsevne før rehabiliteringsforløbet. Jo bedre borgerens funktionsevne er før forløbet, des mindre er forbedringen i trivsel fra før- og eftermålingen. Denne udvikling er dog ikke signifikant.

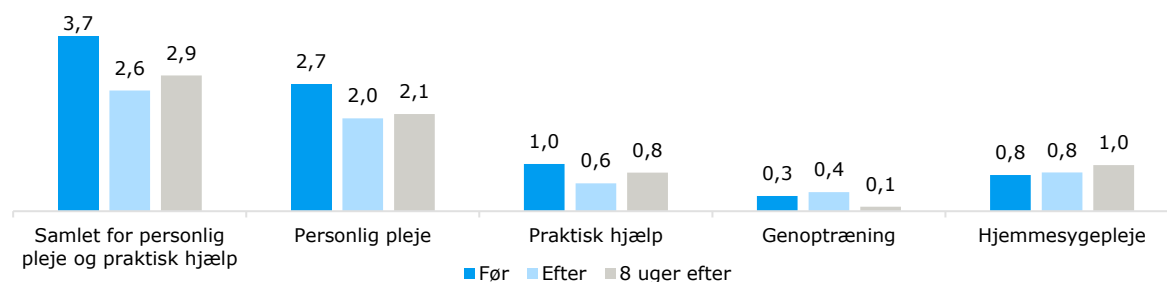
4.3 Rehabiliteringsforløbets betydning for visiterede ydelser

Dette afsnit undersøger virkningen af rehabiliteringsforløbet for borgernes visiterede ydelser efter service- og sundhedsloven.²⁶ før og efter rehabiliteringsforløbet. For alle resultaterne i dette afsnit gælder, at det kun er borgere, der bor i eget hjem, der er medtaget.²⁷ Figur 4-7 nedenfor angiver det gennemsnitlige antal timer, som borgere er visiteret til per uge før og efter rehabiliteringsforløbet opdelt på forskellige ydelser.

²⁵ Servicelovens § 83 og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

²⁶ Servicelovens § 83 og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

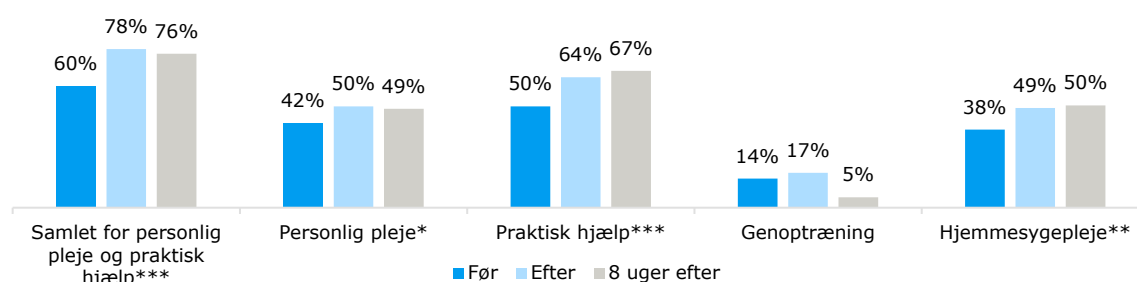
²⁷ Borgere, der bor på plejecentre, er ikke medtaget i dette afsnit, da de er visiteret til en plejecenterplads, jf. servicelovens § 192, hvor der er tilknyttet medarbejdere hele døgnet. Borgerne på plejecentre er dermed ikke visiteret til en tidsafgrænset ydelse, hvorfor der heller ikke forventes at være en udvikling i den visiterede tid.

Figur 4-7: Gennemsnitligt antal timer per uge visiteret til ydelser for borgere i eget hjem

Note: N=245. Der indgår kun borgere, hvor der både er gennemført en før- og eftermålingen. Antallet af borgere for den opfølgende måling er 117. Der er ingen signifikante forskelle i ændringerne.

Samlet er borgerne i eget hjem i gennemsnit visiteret til 3,7 timer per uge til enten personlig pleje eller praktisk hjælp inden rehabiliteringsforløbets opstart. Efter rehabiliteringsforløbet falder den gennemsnitlige visiterede tid per uge til personlig pleje og praktisk hjælp med i gennemsnit én time til 2,6 timer per uge. Dette viser, at rehabiliteringsforløbene for borgere i eget hjem samlet set resulterer i et gennemsnitligt lavere ydelsesniveau. Dette kan indikere, at målgruppen generelt er bedre til at klare sig selv som et positivt udfald af rehabiliteringsforløbet. Faldet i ydelsesniveau er dog ikke signifikant, men ser ud til at være vedvarende, da den opfølgende måling otte uger efter ligeledes viser et lavere gennemsnitligt ydelsesniveau end førmålingen. Undersøges de enkelte områder nærmere, er borgerne visiteret til 2,7 timer per uge til personlig pleje før rehabiliteringsforløbet, hvilket falder til gennemsnitlig 2,0 timer per uge efter rehabiliteringsforløbet. Ligeledes falder det gennemsnitlige antal timer til praktisk hjælp fra gennemsnitlig én time per uge til 0,6 timer per uge efter rehabiliteringsforløbet. For genoptræning og hjemmesygepleje stiger niveauet efter rehabiliteringsforløb i forhold til før opstart af rehabiliteringsforløb, men stigningen er relativt lille og er ligesom de øvrige ændringer ikke signifikant.

Undersøges tallene nærmere i forhold til, hvor stor en andel af borgerne der modtager en ydelse inden for et af de fire områder (personlig pleje, praktisk hjælp, genoptræning og hjemmesygepleje), er der modsat en signifikant stigning i andelen af borgere, der er visiteret til ydelser inden for de respektive områder efter deres rehabiliteringsforløb i forhold til før (se figuren herunder).

Figur 4-8: Andelen af borgerne visiteret til en ydelse efter serviceloven eller sundhedsloven

Note: N=245. Der indgår kun borgere med data i både før- og eftermålingen. Antallet af observationer for den opfølgende måling er 117. Stjerneerne på hver type visiteret ydelse indikerer, om der er en signifikant forskel fra før til efter forløbet. Signifikansniveauet indikeres med følgende: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct. For den opfølgende måling er der kun et signifikant fald ift. genoptræning. De øvrige forskelle fra eftermålingen er insignifikante.

Samlet modtager 60 pct. af borgerne i progressionsmålingerne personlig pleje eller praktisk hjælp før forløbet, hvilket stiger til samlet 78 pct. af borgerne efter rehabiliteringsforløbet. Det vil sige, at 22 pct. er helt selvhjulpne efter forløbet. Undersøges de 22 pct. selvhjulpne borgere nærmere, var 65 pct. af disse også selvhjulpne før forløbet, hvorimod 35 pct. modtog enten praktisk hjælp eller personlig pleje før forløbet. Omregnes tallene til den samlede målgruppe, er der cirka otte pct. af

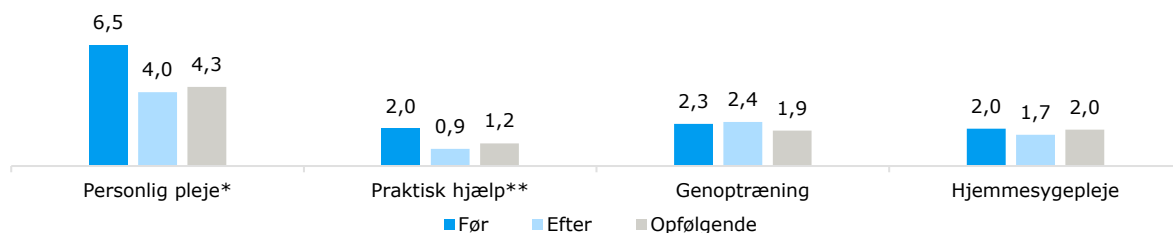
borgerne, der går fra at modtage ydelser inden for personlig pleje og praktisk hjælp til ikke at modtage ydelser inden for disse områder efter forløbet.

Hvis de øvrige områder undersøges, ses der ligeledes en stigning i andelen, der modtager ydelsen fra før til efter for alle ydelsestyper.

Stigningen er ydermere vedvarende i den opfølgende måling, undtagen ved genoptræning, der er en midlertidig indsats, hvor andelen dermed forventeligt falder til under førniveauet. Med andre ord er der flere borgere, der modtager en ydelse efter service- eller sundhedsloven²⁸ efter deres rehabiliteringsforløb end før. Denne udvikling kan forklares ved, at flere af borgerne i målgruppen modtager et rehabiliteringsforløb efter et akut sygdomsforløb med eller uden indlæggelse, der kan have ført til et markant fald i funktionsevne og plejebehov. Derfor vil mange af borgerne som følge af deres ændrede helbredstilstand efter indlæggelse have behov for hjælp selv efter et rehabiliteringsforløb.

Selvom der er flere borgere, der modtager en ydelse efter forløbet, så sker der et samlet fald i ydelsesniveau. Dette kommer af, at de borgere, der er visiteret til en ydelse efter forløbet, i gennemsnit får signifikant færre timer pr. uge end de borgere, der var visiteret til en ydelse før (se Figur 4-9). Dette kan skyldes, at borgere, der ikke har været visiteret til hjælp før, begynder at modtage ydelser efter, men generelt i mindre tid. På den opfølgende måling sker der en lille stigning i antallet af visiterede timer pr. uge for de borgere, der er visiteret til personlig pleje og praktisk hjælp. Denne stigning er dog ikke signifikant.

Figur 4-9: Visiterede timer pr. uge for borgere, der er visiteret til en ydelse efter serviceloven eller sundhedsloven



Note: N varierer for alle søjler, da indgår kun borgere med data i både før- og eftermålingen. Stjernerne på hver type visiteret ydelse indikerer, om der er en signifikant forskel fra før til efter forløbet. Signifikansniveauet indikeres med følgende: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct. For den opfølgende måling er ingen signifikante ændringer i forhold til eftermålingen.

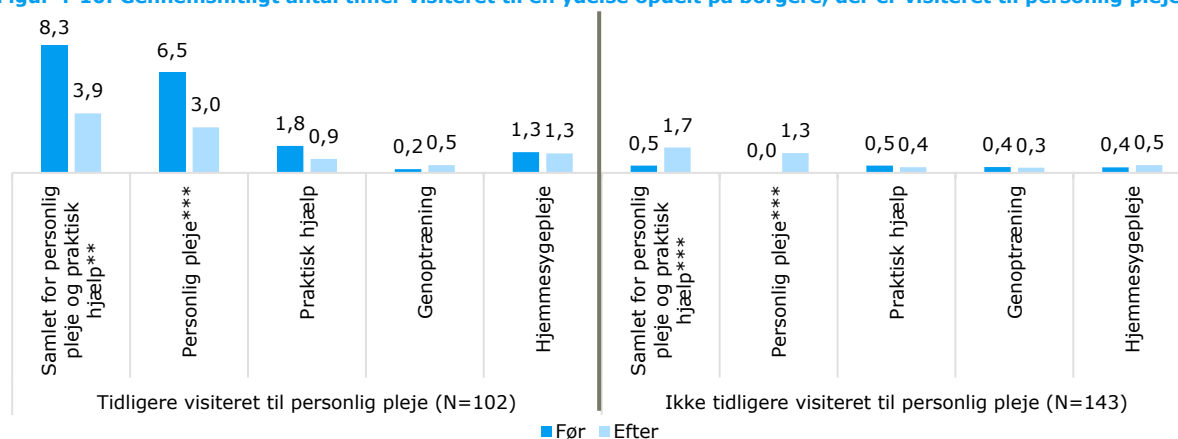
4.3.1 Rehabiliteringsforløbets betydning for borgernes ydelsesniveau, der tidligere har været visiteret til personlig pleje

For at undersøge om faldet i visiterede timer til de forskellige ydelser er ens for alle borgere, er der ligesom i de forrige afsnit gennemført en række subgruppeanalyser. Generelt findes der ikke nogen signifikante forskelle, når der ses på borgere med lav trivsel før forløbet i forhold til borgere med høj trivsel før forløbet, eller hvis der ses på borgernes funktionsevne før forløbet. Derimod skiller borgere, der er visiteret til personlig pleje før forløbet, sig ud fra de øvrige borgere.

Figur 4-10 nedenfor viser det gennemsnitlige antal timer per uge, som borgere i eget hjem er visiteret til før og efter rehabiliteringsforløbet. I figuren er borgerne opdelt i to grupper. Den første er borgere, der var visiteret til personlig pleje før forløbet (søjlerne til venstre), og den anden gruppe er borgere, der ikke var visiteret til personlig pleje før forløbet (søjlerne til højre).

²⁸ Servicelovens § 83 og/eller § 86 og/eller sundhedslovens § 138 og/eller § 140.

Figur 4-10: Gennemsnitligt antal timer visiteret til en ydelse opdelt på borgere, der er visiteret til personlig pleje



Note: Antal borgere i hver subgruppe (N) er placeret ud for titlen under. Stjerneerne på hver type visiteret ydelse indikerer, om der er en signifikant forskel fra før til efter forløbet. Signifikansniveauet indikeres med følgende: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct. Den opfølgende måling er udeladt, da N er meget lille i subgrupperne.

For borgere, der er visiteret til personlig pleje før forløbet (søjlerne til venstre), resulterer rehabiliteringsforløbet i en signifikant reduktion i det samlede antal visiterede timer til personlig pleje og praktisk hjælp efter rehabiliteringsforløbets afslutning, fra 8,3 timer før til 3,9 timer efter. Det er særligt visiteret personlig pleje, der falder signifikant fra gennemsnitligt 6,5 timer per uge til 3,0 timer per uge efter forløbet. Ligeledes er der et fald i gennemsnitlig visiteret tid til praktisk hjælp på cirka én time. Dette fald er dog ikke signifikant. Ifølge nøglemedarbejdere og projektledere kan det hænge sammen med, at det typisk er aktiviteter relateret til den personlige pleje, som borgerne er motiverede for at kunne varetage selv eller med begrænset hjælp. For mange borgere er hjælpen til personlig pleje mere indgribende i deres selvbestemmelse og oplevelse af kontrol i eget liv. For eksempel kan det ikke at kunne gå på toilettet eller tage tøj på selv, når de vil, påvirke deres hverdag meget, fordi de er meget afhængige af hjælpen. Det er med andre ord ofte aktiviteter relateret til den personlige pleje, der bliver et delmål for rehabiliteringsforløbet.

Borgere, der ikke var visiteret til personlig pleje for indsatsen, har en signifikant stigning fra 0 timer per uge til 1,3 timer per uge til personlig pleje efter endt rehabiliteringsforløb. De øvrige ydelser er stort set uændrede. En mulig forklaring kan være, at faldet i funktionsevne for de borgere, som får et rehabiliteringsforløb, måske har vist sig som et varigt fald i aktiviteter relateret til den personlige pleje.

5. UNDERSTØTTENDE FAKTORER FOR REHABILITERINGSFORLØB

I dette kapitel beskrives faktorer, der på tværs af projektkommunerne har vist sig understøttende for rehabiliteringsforløb til de ældre i målgruppen. Kapitlet er bygget op således, at de enkelte understøttende faktorer først præsenteres og beskrives, hvorefter det eksemplificeres, hvordan faktorerne kan udmøntes gennem virksomme tilgange og redskaber.

Boks 5-1: Kapitlets delkonklusioner

KAPITLET'S DELKONKLUSIONER

- Der er forskellige traditioner for at arbejde rehabiliterende på tværs af faggrupper i projektkommunerne. En **fælles forståelse af rehabilitering** er afgørende for, at alle faggrupper arbejder i samme retning og leverer en fælles indsats. Det kræver en nuanceret forståelse af formålet med, og hvordan man bedst tilrettelægger, et rehabiliteringsforløb til målgruppen, hvor målet ikke nødvendigvis er fuld selvhjulpethed.
- Rehabiliteringsforløb, der tager afsæt i **borgernes udgangspunkt**, understøtter borgernes ejerskab og den oplevede mening med forløbet, hvilket kan styrke virkningen af indsatsen. Projektkommunerne har gode erfaringer med at bruge interviewbaserede screeningsredskaber eller samtaleteknikker, der afdækker borgernes livshistorie til at tale med borgerne om, hvad de oplever som udfordrende og motiverende for forandring.
- Et udbredt **kendskab til og forståelse** for involverede faggruppers kompetencer, ressourcer og arbejdsgange er centralt i det tværfaglige samarbejde om komplekse rehabiliteringsforløb. Denne indsigt understøtter, at den rette faglighed og kompetence inddrages rettidigt. Flere projektkommuner har udbredt kendskabet og forståelsen gennem praksisobservationer, hvor forskellige faggrupper observerer hinandens praksis. Andre kommuner har opnået dette gennem tværfaglige workshops eller gentagende tværfaglige drøftelser på møder.
- Et **helhedsorienteret perspektiv og udredning af borgeren** på tværs af sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere er vigtigt for, at rehabiliteringsforløbet tilrettelægges med blik for borgerens samlede behov og ressourcer. Derved kan den mest målrettede indsats iværksættes. Det er særligt vigtigt for målgruppen, hvor sygepleje-, pleje- og rehabiliteringsbehov skal sammentænkes. Projektkommunerne har gode erfaringer med at udfolde borgerens situation helhedsorienteret på tværfaglige triageringsmøder og ved inddragelse af faggrupper såsom diætister og socialpædagogisk personale i rehabiliteringsforløbet.
- **Styrket koordination** mellem de forskellige involverede faggrupper er centralt for at sikre sammenhæng i forløbet og styrke kvaliteten i rehabiliteringsforløbet. Projektkommunerne har gode erfaringer med at bruge forløbskoordinatorer i form af rehabiliteringsterapeuter lokalt forankret i hjemmeplejen eller på plejecentre eller fælles og ensartet dokumentation for at styrke koordinationen.
- Rehabiliteringen til målgruppen kræver **stor fleksibilitet og prioritering af tid**, fordi borgerens funktionsevne kan variere, og det er vigtigt løbende at justere og tilgodese borgers aktuelle tilstand i leveringen af indsatsen.

Projektkommunerne er som tidligere nævnt forskellige i deres organisering af rehabiliteringsforløbet og anvendte metoder. De understøttende faktorer, der udfoldes i dette kapitel, er faktorer, der har vist sig betydningsfulde for at skabe virkningsfulde rehabiliteringsforløb for målgruppen på tværs af projekterne. Faktorerne er identificeret på baggrund af kvalitative analyser af empirisk materiale

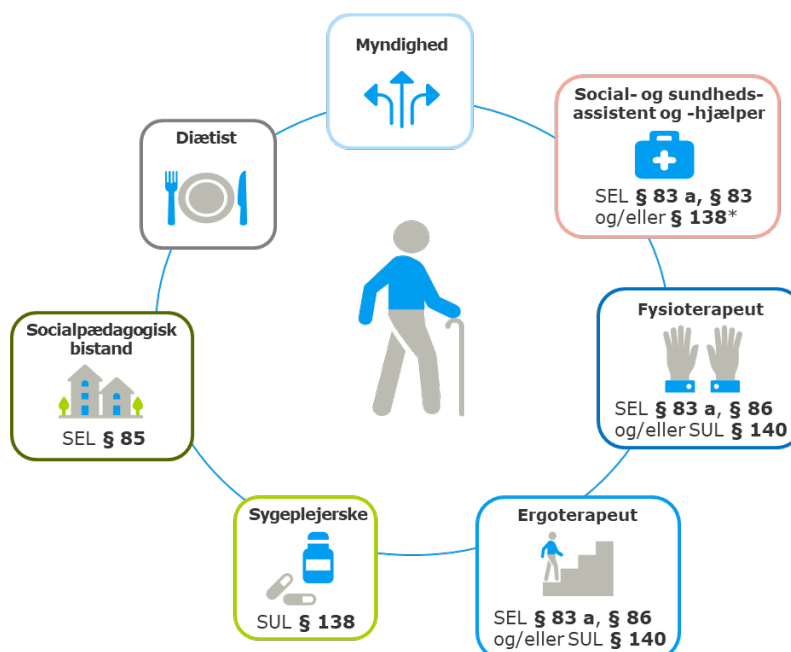
indhentet gennem workshops og interviews i projektkommunerne indledningsvist, midtvejs- og afslutningsvist i projektperioden. Faktorerne skal hver især ses som understøttende for at lykkes med og opnå de ønskede virkninger af rehabiliteringsforløb for målgruppen. De understøttende faktorer er følgende:

- Fælles forståelse af rehabilitering
- Borgerens udgangspunkt
- Kendskab og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange
- Helhedsorienteret udredning og opfølgning
- Styrket koordination
- Flexibilitet og prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende.

Flere af de understøttende faktorer er de samme, som beskrives i håndbog i rehabiliteringsforløb²⁹. I dette kapitel udfoldes det, hvorfor faktorerne dels er særligt relevante for at lykkes med rehabiliteringsforløb til målgruppen for nærværende projekt, hvad der øger kompleksiteten og konkrete eksempler på, hvordan faktorer kan understøttes over for målgruppen.

For at forstå, hvad der gør rehabiliteringsforløb til målgruppen for nærværende projekt ekstra komplekst, er det centralt at forstå kompleksiteten i den støtte og pleje, som målgruppen grundet sociale, psykiske og fysiske problemstillinger har brug for. I Figur 5-1 nedenfor er kompleksiteten i borgernes pleje- og omsorgsbehov illustreret ved de forskellige fagkompetencer, der kan være nødvendige for at imødekomme og dække borgernes behov.

Figur 5-1: Illustration af rehabiliteringsforløb til målgruppen



* Delegerede sygeplejeydelser kan leveres af alle medarbejdergrupper.

Som det fremgår af Figur 5-1 har målgruppen brug for pleje, omsorg og hjælp på tværs af mange forskellige faggrupper, paragraffer og lovgivninger. Det er ofte indsatser, der er forankret og organiseret i forskellige enheder i kommunernes ældrepleje, hvilket stiller særlige betingelser for udførelse af rehabiliteringsforløbet. Borgerne i målgruppen har samtidig brug for en mere specialiseret

²⁹ Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service, Sundhedsstyrelsen, 2016 [Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/Feeds/~media/6D27215F08464CA0A68E949BBA4BD23B.ashx>].

indsats end den øvrige ældregruppe, hvilket stiller krav til tæt koordination og samarbejde mellem de forskellige faggrupper for at tilvejebringe en sammenhængende indsats. Samtidig kan borgernes behov og habitualtilstand ændre sig hurtigt, hvilket stiller store krav til fleksibilitet og koordination i opgaveløsningen.

5.1 Fælles forståelse af rehabilitering

Analysen viser, som udfoldet ovenfor, at rehabiliteringsforløb til målgruppen kræver en bred tværfaglig involvering. Projektkommunerne har foruden ergoterapeuter og fysioterapeuter ofte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og eventuelt andre faggrupper såsom diætister og socialpædagoger.³⁰ involveret i det samlede rehabiliteringsforløb. Projektledere fortæller, at der på tværs af de forskellige involverede faggrupper er forskellige kulturer for tilrettelæggelse af arbejdet og forståelsen af, hvad rehabilitering er, og hvordan det udmønter sig i praksis. Analysen har vist, at en fælles forståelse af formålet og tilgangen til rehabilitering på tværs af de involverede aktører er central for at opnå et sammenhængende forløb, hvor rehabiliteringen tænkes ind i alle dele af den støtte og pleje, borgeren får.

I nogle kommuner har social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, der normalt leverer pleje og støtte efter servicelovens § 83, begrænsede erfaringer med rehabiliteringsforløb til målgruppen. Projektlederne oplever, at den erfaring, de har, er, at rehabilitering er et middel til, at borgerne kan klare sig uden hjælp. Det kan skabe modstand, fordi plejepersonalet har svært ved at se, at målgruppen kan blive helt eller delvist selvhjulpne. Etableringen af en fælles forståelse har derfor blandt andet handlet om at få udbredt en forståelse af rehabiliteringsforløb som et forløb, der kan styrke borgerne i at være aktive i eget liv, herunder i den pleje og støtte, borgeren får.

5.1.1 Virksomme tilgange til etablering af en fælles forståelse

I dette afsnit beskrives tilgange, som projektkommunerne har erfaret virksomme i forhold til at etablere en fælles forståelse af rehabilitering på tværs af de involverede faggrupper. Det gælder følgende tilgange:

- Oplæg på møder i hjemmepleje og plejecentre
- Integration af fysioterapeuter på plejecentre.

Oplæg på møder i hjemmepleje og plejecentre

I Furesø Kommune deltager ergoterapeuter fra kommunens tværgående rehabiliteringsteam én gang om ugen på et rehabiliteringsmøde, der afholdes lokalt i hjemmepleje- og plejecenterenheder. Rehabiliteringsmødet er et nyt initiativ, de har igangsat i regi af projektet, der har til formål at understøtte opsporing af borgere med rehabiliteringspotentiale. Ergoterapeuterne brugte i starten rehabiliteringsmøderne som et forum til at holde oplæg om rehabilitering med henblik på at udbrede en fælles forståelse. Et omdrejningspunkt i oplæggene har blandt andet været forskellen på begreberne kompenserende, aktiverende og rehabiliterende hjælp. Ergoterapeuterne har givet konkrete eksempler på, hvordan de tre begreber udfolder sig forskelligt i handlinger. Disse korte oplæg med praktiske forklaringer har været en vigtig faktor i forhold til at skabe en fælles forståelse af rehabilitering.

Tilsvarende har projektlederen i Guldborgsund Kommune været rundt i alle hjemmeplejegrupper flere gange og holdt oplæg om rehabilitering på teammøder. På den måde har plejepersonalet i hjemmeplejegrupperne fået præsenteret tilgange til rehabilitering gentagne gange. Samtidig har de i Guldborgsund Kommune ansat ergoterapeuter, der fungerer som forløbskoordinatorer på rehabiliteringsforløb i alle hjemmeplejeenheder. Det har ifølge projektlederen understøttet plejepersonalets forståelse af rehabilitering, ved at forløbskoordinatorerne har involveret plejepersonalet i

³⁰ Leverer socialpædagogisk bistand efter servicelovens § 85.

leveringen af rehabiliteringen, hvormed plejepersonalet har erfaret, hvilken virkning rehabiliteringsforløbet har for borgerne. Dertil har forløbskoordinatorene løbende været med til at italesætte og tydeliggøre fremgangen i borgernes rehabiliteringsforløb, hvilket har understøttet plejepersonalets blik for den værdi, de kan skabe for borgeren i et rehabiliteringsforløb.

Integration af fysioterapeuter på plejecentre

I Esbjerg Kommune har de arbejdet med rehabilitering til ældre på et af kommunens plejecentre. Det har de gjort ved at integrere to fysioterapeuter som en fast del af personalegruppen på plejecenteret. Fysioterapeuterne indgår på lige vilkår med de øvrige medarbejdere i den fælles opgaveløsning. Fysioterapeuternes faste tilstedeværelse på plejecenteret er medvirkende til, at den rehabiliterende tankegang udbredes på plejecenteret. Det sker dels ved, at de deltager på forskellige møder og til triagering af borgerne, hvormed de gentagende gange præsenterer plejepersonalet for den rehabiliterende tænkning og kan udfordre den eksisterende kultur og tilgang til plejeopgaverne. Tilsvarende har fysioterapeuterne også i den almindelige opgaveløsning et konstant blik for rehabilitering, hvor de løbende observerer og identificerer situationer, hvor plejepersonalet med små greb kan understøtte en mere aktiverende og rehabiliterende tilgang til arbejdet med borgerne.

“Det tværfaglige samarbejde er blevet bedre, fordi vi har haft dem tæt på. Det gør noget rigtig godt for samarbejdet. Vi får bygget en relation op og finder ud af, hvad personen kan. Ofte er det også nemmere at tage fysioterapeuten med ind til borgeren i stedet for at skulle sidde og skrive det ned. Det er nemmere at forklare face-to-face.”

– Social- og sundhedshjælper

5.2 Borgerens udgangspunkt

En anden understøttende faktor, der i analysen har vist sig betydningsfuld for et vellykket rehabiliteringsforløb, er, at forløbet tager afsæt i borgerens udgangspunkt og perspektiver. Det indebærer, at borgeren høres, inddrages og er med til at sætte mål for rehabiliteringsforløbet. Nøglemedarbejderne og projektledere peger samtidig på, at borgerne i målgruppen kan have svært ved at forstå, hvad et rehabiliteringsforløb er, og hvad fordelene med dette kan være. Mange i målgruppen kan have vanskeligt ved at identificere mål eller ønsker for deres liv, fordi de kan have svært ved at reflektere over egen fysiske tilstand og formåen grundet kognitive svækkelser. Analysen viser derfor, at det kræver en særlig indsats fra medarbejderne at identificere mål sammen med borgeren, der opleves som meningsfulde for borgeren. Samtidig peger analyse på, at borgernes motivation er afgørende for, at rehabiliteringsforløbet opleves som meningsfyldt.

I et rehabiliteringsforløb kan de pårørende være en vigtig ressource ift. at få talt borgernes ønsker og motivation frem, da de pårørende oftest har et indgående kendskab til borgernes livshistorie og interesser, som borgerne selv kan have svært ved at formulere. Analysen peger dog samtidig på, at det er begrænset, hvor mange konkrete erfaringer projektkommunerne har gjort sig med netop systematisk at inddrage pårørende.

5.2.1 Virksomme tilgange og redskaber i arbejdet med borgerens udgangspunkt

I det følgende beskrives tilgange og erfaringer fra projektkommunerne, der har vist sig virksomme i forhold til at sikre, at rehabiliteringsforløbet tager udgangspunkt i borgerens ønsker.

Det gælder følgende redskaber/tilgange:

- Interviewbaserede screeningsredskaber
- Dialogredskaber om borgerens livshistorie
- Timing af opstarten
- Systematisk inddragelse af pårørende.

Interviewbaserede screeningsredskaber

I Guldborgsund og Furesø Kommune har de anvendt interviewbaserede screeningsredskaber som afsæt for en dialog om mål og ønsker med borgere under målsætningssamtalen. I Guldborgsund Kommune anvendes Canadian Occupational Performance Measure (COPM), som er et redskab til måling af borgerens subjektive opfattelse af udfordringer og ønsker med hverdagens aktiviteter. I Furesø Kommune anvendes ADL-taxonomien, der er et dokumentationsredskab til at beskrive aktivitetsformåen inden for en række hverdagsaktiviteter. Begge screeningsredskaber er interviewbaserede, det vil sige, at borgerne gennem en række målrettede spørgsmål selv skal beskrive og forholde sig til deres fysiske og psykiske formåen i en række hverdagsaktiviteter. Der spørges systematisk ind til specifikke aktiviteter, hvilket gør det mere konkret for borgeren at forholde sig til. Screeningsredskabernes systematik understøtter, at medarbejderne kommer væk fra egne vurderinger af, hvad der er vigtigt for borgeren. I begge kommuner udføres screeningerne af ergoterapeuter. Ergoterapeuterne fortæller, at det kan være en fordel at have borgerens primære kontaktperson fra hjemmeplejen med i opstarts- og målsætningssamtalen, da de kender borgeren og kan skabe tryghed, og samtidig bidrage med deres viden om borgerens fysiske og psykiske formåen. Ergoterapeuterne bruger deres viden fra interviewet med borgeren til at vurdere, hvad der motiverer borgeren og anvender dette i en dialog om målsætning.

Dialogredskaber om borgerens livshistorie

Flere af projektkommunerne har gode erfaringer med at bruge forskellige teknikker til at tale om borgernes livshistorie som afsæt for at identificere meningsfulde mål for borgeren. Nøglemedarbejdere kan tage udgangspunkt i disse oplevelser i forhold til at styrke borgerens motivation for et rehabiliteringsforløb. Nøglemedarbejdere uddyber, at borgernes livshistorie også kan komme til udtryk i borgernes hjem for eksempel via udvalget af bøger i bogreolen, billeder på væggen eller pyntegenstande. En social- og sundhedsassistent beskriver et eksempel med et billede på væggen, som viser, at borgeren tidligere i sit liv har været landmand og generelt været glad for dyr. I målsamtalen handler det derfor om at italesætte, at rehabiliteringsforløbet kan være en mulighed for, at borgeren kan komme ud og gå og opleve køerne på marken igen. Nøglemedarbejdere fortæller, at de ved at tage udgangspunkt i borgens livshistorie oplever, at forløbet i højere grad bliver relevant og målrettet efter de ældres ønsker, hvilket styrker borgernes motivation og lyst til at deltage i et rehabiliteringsforløb.

"Jeg sad i januar med en borger, som havde haft et voldsomt funktionstab, men hun var ikke motiveret. Det, der lige gjorde forskellen var, da vi kom til at snakke om, at hun gennem sit liv havde elsket at lave mad. Så talte vi ind i det, og jeg sagde, at det var noget, man jo kunne træne og blive bedre til."

- Visitator

For at styrke forudsætningerne for at tale med borgerne om deres livshistorie er nøglemedarbejderne omkring rehabiliteringsforløbet i mange kommuner blevet undervist i den motiverende samtale³¹ eller tilsvarende. Det har ifølge projektlederne styrket medarbejdernes forståelse for vigtigheden i at gøre målene vedrørende for borgeren. Samtidig har det givet dem et redskab til at støtte borgeren i at sætte ord på, hvad der er betydningsfuldt og dermed indikationer på, hvad der kan fremkalde motivation for forandring.

³¹ Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Flere nøglemedarbejdere understreger, at tryghed og tillid er centralt for at få adgang til borgernes livshistorie. Tryghed og tillid opstår ifølge ledere og nøglemedarbejdere gennem relationelt arbejde. I Furesø Kommune har de understøttet dette ved at dele opstartsbesøget op over flere besøg for derved at opbygge en relation til borgeren før målsætningsarbejdet. Flere projektledere uddyber dog, at det relationelle arbejde kræver kontinuitet af medarbejdere, og at denne kontinuitet udfordres af udskiftning i medarbejdergruppen, samt at det stiller høje krav til vagtplanlægningen. Derfor kræver relationsarbejdet et stort fokus fra ledelsens side.

I Guldborgsund Kommune har medarbejdere fra visitationen samt plejepersonale fra hjemmeplejen og ergoterapeuter, der er forløbskoordinatorer for rehabiliteringsforløb, deltaget på et kursus i empowerment. På kurset har de lært at kommunikere om motivation, tolke kropssprog og fået et fælles sprog omkring motivation og empowerment. Det fælles kursusforløb har medvirket til,

at borgeren møder den samme tilgang hos alle faggrupper, de møder i forbindelse med deres visitation til og gennemførelse af et rehabiliteringsforløb. Det betyder, at motivationsarbejdet med borgeren er udbredt til at foregå allerede fra det første møde med borgeren i visitationssamtalen og gennem hele forløbet. Det er ifølge projektlederen særligt vigtigt for målgruppen, der ofte har fået støtte fra kommunen i mange år. Rehabiliteringsforløbet er derfor noget nyt for borgerne i forhold til den støtte, de tidligere har fået. Motivationsarbejdet er dermed under hele forløbet ekstra vigtigt for at sikre, at forløbet opleves meningsfuldt for borgeren.

"Meget af det, der skal til for at få borgeren i centrum, er at få skabt en relation, ellers åbner de ikke op for dig. Det er meget tydeligt, at borgeren kun åbner op, hvis man kender dem godt. Ved nogle borgere er dette rigtig vigtigt. Så nogle gange bruger vi den første tid på at skabe denne relation, og så holder vi opstartsmøder bagefter."

- Sygeplejerske

Timing af opstarten

I Høje-Taastrup, Randers og Syddjurs Kommune har de erfaret, at timingen i målsætning og opstart i rehabiliteringsforløbet er vigtig. En stor andel af borgerne visiteres til et rehabiliteringsforløb som følge af akut sygdom med indlæggelse. Grundet omstændighederne kan de have meget lidt overskud og ressourcer til at starte op i noget nyt. I Høje-Taastrup Kommune har det været en central læring, at det derfor er vigtigt, at borgernes medicinske og helbredsmæssige tilstand stabiliseres, før de begynder at tale om mål og ønsker for fremtiden. Derfor starter rehabiliteringsforløbene med et besøg fra en sygeplejerske, der stabiliserer borgerens tilstand, før de taler mål og igangsætter et reelt rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsteamet yder i de første dage typisk almindelig pleje og omsorg, før de starter rehabiliteringsforløbet op med en målsætnings samtale. Det giver samtidig tid til at opbygge en relation og tillid mellem borgeren og medarbejdere i rehabiliteringsteamet. Tilsvarende har Syddjurs og Randers Kommune gode erfaringer med at bringe en sygeplejerske hurtigt ind i forløbet for at lave en helhedsvurdering af borgeren

Systematisk inddragelse af pårørende

I Roskilde Kommune inviterer de systematisk pårørende med til en opstarts- og modtagelssamtale på døgnrehabiliteringscenteret. De pårørende bidrager med vigtig viden om borgerens livssituation samt realistisk viden om borgerens udgangspunkt og de fysiske rammer i borgerens hjem. Denne viden er ifølge nøglemedarbejdere med til at etablere et godt afsæt for borgerens mål og ønsker for rehabiliteringsforløbet, der er målrettet borgeren og den virkelighed, borgeren skal fungere i efter det midlertidige ophold på døgnrehabiliteringscenteret.

"Lige med denne målgruppe er vi lidt i et dilemma, fordi vi på den ene side har behov for de pårørende til at støtte op og give indsigt i borgerens livshistorie. På den anden side er der mange pårørende, der har en forventning om, at borgerne bliver præsenteret for en palette af aktiviteter, de kan deltage i. Og her oplever vi faktisk nogle gange, at det er de pårørendes behov mere end, det er de ældres behov."

- Projektleder

5.3 Kendskab og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange

Analysen på tværs af projektkommunerne viser, at kendskab og forståelse for hinanden på tværs af involverede faggrupper er en vigtig og understøttende faktor for at skabe et sammenhængende rehabiliteringsforløb, der imødekommer borgerens komplekse behov for pleje og støtte. Kendskab og forståelse er blandt andet med til at sikre, at de rette fagligheder og kompetencer inddrages rettidigt i forhold til borgerens behov, hvormed kvaliteten og målretning af rehabiliteringsforløbet styrkes.

På tværs af de involverede faggrupper peger de på, at borgeren oplever en større sammenhæng i indsatsen, hvis alle faggrupper omkring borgeren ved, hvem der er involveret i den samlede indsats, og hvad de andre faggrupper laver. Sygeplejersker, ergoterapeuter og social- og sundhedsassistenter giver samtidig udtryk for, at de har nemmere ved at se snitfladerne i hinandens opgaver, og dermed hvordan deres kompetencer kan supplere hinanden, og helt konkret, hvor i opgaveløsningen de kan overtage opgaver fra hinanden. Det er med til at give en større fleksibilitet i opgaveløsningen, fordi kendskabet til hinandens kompetencer og arbejdsgange gør, at fx en ergoterapeut bedre kan bidrage ind i plejepersonalets arbejde og omvendt.

"Man kan sætte hurtigere ind, fordi vi nu kender hinanden, i forhold til før, hvor man ikke har haft samme mulighed for at have så mange faggrupper inde omkring borgerne. Så har man jo også fået en større viden om, hvem man kan trække på. Nu tænker jeg meget i: 'Hvem vil være gode her?'."

- Forløbskoordinator

"Det handler om at få skabt et tillidsfuldt forhold mellem faglighederne. Dem, der er mest ved borgerne, deres observationer skal gribes på en måde, så de føler sig værdifulde. Hvis tillidsforholdet ikke er der, får de ikke observationerne på bordet."

- Projektleder

Kendskab og forståelse for hinandens faglighed er samtidigt medvirkende til at øge anerkendelsen af forskellige faggruppers vigtighed i det samlede forløb. Et styrket kendskab og forståelse har ifølge nøglemedarbejderne styrket respekten og tilliden mellem faggruppers kompetencer og faglighed, hvilket har styrket samarbejdet om borgerne. Ifølge en projektleder er tilliden og anerkendelsen af hinanden samtidig afgørende for, at alle faggrupper får delt vigtige observationer, der skaber værdi i rehabiliteringsforløbet.

5.3.1 Virksomme tilgange til at opbygge kendskab og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange

I dette afsnit beskrives praksiseksempler fra projektkommunerne med at opbygge et kendskab og en forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange:

- Praksisobservationer
- Tværfaglige workshop
- Tværfaglige drøftelser og fora.

Praksisobservationer

Flere af projektkommunerne har arbejdet med praksisobservationer, hvor forskellige faggrupper følger hinanden i en praksissituation. Praksisobservationerne bidrager til, at for eksempel rehabiliteringsterapeuter, der ikke alle steder er forankret i hjemmeplejen, men samarbejder med hjemmeplejen om rehabiliteringsforløbet, opnår en god indsigt og forståelse for, hvad plejepersonalets arbejde består i, og hvilke styringsmæssige rammer de er underlagt. Det kan give en forståelse for, hvordan et rehabiliteringsforløb bedst tilrettelægges. Derudover bidrager praksisobservationerne til, at de forskellige faggrupper opbygger en god relation og et godt kendskab til hinanden.

Tværfaglig workshop

I Roskilde Kommune samlede de indledningsvist i projektet repræsentanter fra døgnrehabiliteringscenteret og rehabiliteringsteamet på en fælles workshop. Workshoppen blev brugt til at diskutere forskellige faggruppers perspektiver på et rehabiliteringsforløb med afsæt i konkrete borgercases. Det gav anledning til konkrete drøftelser af forskellige arbejdsgange omkring borgerne. Det blev blandt andet tydeligt, at medarbejderne i rehabiliteringsteamet ofte er alene med borgeren, hvilket gav medarbejderne på døgnrehabiliteringscenteret en bedre forståelse for den virkelighed, rehabiliteringsteamet arbejder i. Det gjorde det blandt andet tydeligt, hvor vigtigt det er at få bestilt hjælpemidler og lifte, så det er tilgængeligt, når borgeren kommer hjem. Foruden at det har styrket en forståelse af hinandens praksis, har det bidraget til, at rehabiliteringsarbejdet på døgnrehabiliteringscenteret målrettes mere efter forholdene i borgerens eget hjem.

Tværfaglige drøftelser og fora

I flere af projektkommunerne har tværfaglige møder om rehabilitering været et centralt forum for at styrke kendskabet og forståelsen for forskellige faggrupper og deres praksis. De tværfaglige rehabiliteringsmøder er møder, hvor repræsentanter på tværs af visitationen, sygeplejen, hjemmeplejen og rehabiliteringsenheder løbende mødes og drøfter deres fælles tilgang, de overordnede rammer og samarbejdet om rehabiliteringsforløb. Møderne afholdes løbende, og der er fokus på læring og udbredelse af rehabilitering på tværs af ældreområdet. Det tværfaglige rehabiliteringsmøde bliver især anvendt i kommuner, hvor rehabiliteringsforløb af målgruppen er forankret på tværs af forskellige enheder. Det tværfaglige mødeforum giver anledning til at diskutere rehabilitering i en bred gruppe af fagligheder. Det giver anledning til at diskutere, hvordan forskellige faggrupper griber rehabiliteringsopgaven an hos de ældre, roller og perspektiver på rehabilitering generelt. Det fælles møde har både styrket kendskabet til hinanden og styrket forståelsen af vigtigheden af tværfagligheden i opgaveløsningen.

"Der er store forskel på det udekørende rehabiliteringsteam og os [døgnrehabilitering]. Når man er ude [udekørende], har man 1,5 minut på vejen til at klare tankerne og reflektere over, hvad der sker. På Trekroner [døgnrehabiliteringscenteret] er man på 8 timer uafbrudt. Der er rigtige mange forstyrrelser. Det er der kommet en anden forståelse for. Vi er på hele tiden."

- Sygeplejerske

I Guldborgsund og Hillerød Kommune inviterer de en gang imellem andre repræsentanter med på de tværfaglige rehabiliteringsmøder såsom demenskoordinator, pårørendevejledere, frivilligheds-koordinatorer og lignende. Det medvirker til, at de opnår et indblik i, hvilke relevante faggrupper de kan trække på i den samlede indsats i kommunen.

5.4 Helhedsorienteret udredning og opfølgning

Det er en understøttende faktor for rehabiliteringsforløb, at udredning og opfølgning på borgernes forløb sker med et blik for den samlede situation i den pleje og støtte, som borgeren modtager.

Analysen viser, at der grundet kompleksiteten i målgruppens pleje- og rehabiliteringsbehov er behov for en tværfaglig udredning af borgeren. Borgerens situation skal belyses fra forskellige perspektiver for at opnå en nuanceret forståelse af borgerens situation og sikre, at alle behov afdækkes. Det samlede billede af borgerens tilstand skal bruges til at iværksætte indsatser, der er målrettet borgerens behov, og afveje eventuelle risici eller begrænsninger af at iværksætte indsatser parallelt. Tilsvarende bør der i opfølgning og eventuelle justeringer af borgerens forløb ligeledes tages højde for, hvordan justeringer ét sted påvirker øvrige forhold i borgernes rehabiliteringsforløb et andet sted.

”Det øger kvaliteten af den indsats, der bliver givet til borgeren, at vi kommer hele vejen omkring borgeren. Og borgeren oplever også en sammenhæng i indsatsen, fordi når terapeuten eller sygeplejersken kommer, så ved de godt, hvad det er, der foregår.”

-Projektleder

5.4.1 Virksomme tilgange til helhedsorienteret udredning og opfølgning

I dette afsnit beskrives virksomme tilgange til at sikre helhedsorienteret udredning og opfølgning i rehabiliteringsforløbet. Følgende tilgange beskrives:

- Tværfaglige triageringsmøder
- Inddragelse af nye faggrupper i rehabiliteringsforløbet.

Tværfaglige triageringsmøder

Guldborgsund, Frederikshavn, Hillerød og til dels Faaborg-Midtfyn Kommune har erfaret, at afvikling af tværfaglige triageringsmøder bidrager til, at borgernes problemstillinger analyseres og belyses fra flere forskellige faglige perspektiver og det besluttet hvilke rehabiliteringsindsatser og øvrige indsatser der skal tilbydes borgeren. Det giver ifølge projektledere og områdeledere fra hjemmeplejen en mere dybdegående og nuanceret forståelse for borgernes problemstillinger og behov, hvilket skaber gode betingelser for at iværksætte den mest målrettede indsats. De tværfaglige triageringsmøder er i tre af kommunerne organiseret på tværs af forskellige enheder i organisationen og afholdes dermed på tværs af medarbejdere fra rehabiliterings-, hjemmepleje- og sygeplejeenheder. I Faaborg-Midtfyn Kommune inddrager de desuden medarbejdere, der varetager socialpædagogisk bistand, hvilket giver et styrket blik for de sociale og psykiske dimensioner af borgernes liv.

De tværfaglige triageringsmøder understøtter samtidig systematisk opfølgning udvikling og forløb for borgere i hjemmeplejen. Endelig udgør de tværfaglige triageringsmøder et forum for systematisk opsporing af borgere med rehabiliteringspotentiale. Den systematiske opsporing sker ved, at alle borgere, hvor der observeres en ændring i habitualtilstanden, analyseres på triageringsmødet. I den sammenhæng er ergoterapeuter og fysioterapeuters tilstedeværelse på triageringsmøderne central. I Guldborgsund og Frederikshavn Kommune er ergoterapeuter og fysioterapeuterne ansvarlige for at sikre blikket på rehabiliteringspotentialet i analysen af borgernes problemstillinger.

Triageringsmøderne faciliteres af en mødeleder, der skal sikre styringen af mødet, herunder at alle borgere gennemgås og analyseres; at tidsrammen overholdes; at alle faggrupper italesætter deres perspektiver og observationer; at der træffes beslutninger om handlinger og udvælges en ansvarlig for udførelsen af aftalte handlinger. Borgernes situation, handlinger og den ansvarlige for handlingen noteres på en tavle eller et lignende redskab til at skabe overblik. På møderne gennemgås alle borgere, der er triageret gule eller røde. Det vil sige borgere, hvor en eller flere ændringer i forhold til borgerens normale tilstand er observeret. Borgernes situation og de identificerede ændringer beskrives, hvorefter der foretages en tværfaglig analyse af borgerens behov og mulige handlinger. På møderne koordineres, hvem og hvordan de aftalte handlinger dokumenteres. Det gør det tydeligt for alle faggrupper omkring borgeren, hvem der har ansvar for hvad.

Inddragelse af nye faggrupper i rehabiliteringsforløbet

Flere kommuner i projektet har inddraget nye fagligheder i rehabiliteringsforløb til målgruppen. Det gælder for eksempel diætister, sygeplejerske eller socialpædagogiske medarbejdere.

I Greve Kommune har de ansat en diætist i kommunens koordinerende rehabiliteringsteam (se kapitel 6). Inddragelsen af en diætist i rehabiliteringsforløbet er en ny funktion i kommunen, der fremhæves som særligt relevant i rehabiliteringsforløb for målgruppen. En stabil ernæringstilstand er ifølge diætisten afgørende for, at de ældre har energi og ressourcer til at indgå aktivt i rehabiliteringsforløbet, og understøtter, at de ældre profiterer af rehabiliteringsforløbet. Diætisten understreger, at stabilisering af ernæringstilstanden er særligt vigtig for ældre med komplekse sygdomsforløb eller gradvise funktionstab, da mange er undervægtige eller i ernæringsrisiko.

Størstedelen af kommunerne i projektet har arbejdet med at inddrage sygeplejersker i rehabiliteringsforløbene, fordi langt størstedelen af borgerne i målgruppe har brug for sygeplejefaglig behandling. Analysen viser, at det er projektkommunernes erfaring, at inddragelsen af sygeplejerskerne i rehabiliteringsforløbet og udredning af borgerne har stor betydning for, at borgernes medicinske og somatiske tilstand afdækkes og tilgodeses i rehabiliteringsforløbet.

I Hillerød Kommune har de borgerkonferencer fast to gange om ugen. Hver 14. dag sidder en demenskoordinator og en pårørendekonsulent med til konferencen. Demenskoordinatoren fungerer som ressourceperson i de komplicerede rehabiliteringsforløb til borgere med demens og bidrager på konferencen med inspiration til nye tiltag og metoder, der understøtter rehabiliteringsforløb til borgere med demens.

5.5 Styrket koordination

En anden understøttende faktor for vellykkede rehabiliteringsforløb er, at de mange faggruppers bidrag i rehabiliteringsforløbet koordineres og understøtter hinanden. Målgruppens intensive plejebehov kræver ikke alene bred tværfaglig involvering, men ofte også pleje og støtte både i aften-, natte- og weekendtimer. Jo flere faggrupper og vagtlag, der er involveret, jo større krav stilles der til koordinering af indsatsen. Derfor er koordinationen af rehabiliteringsforløb for borgerne med komplekse plejebehov særligt vigtig. Koordinationen skal sikre, at alle omkring borgeren er opdateret på borgerens situation, og relevante observationer overleveres rettidigt, da målgruppen helbredstilstand kan ændre sig hurtigt.

"Hvis jeg øver med borgeren ud fra et mål om, at vedkommende skal kunne gå mere selvstændigt, så skal plejepersonalet jo også være med til at understøtte det mål."

– Fysioterapeut

5.5.1 Virksomme tilgange i arbejdet med styrket koordination

I dette afsnit præsenteres redskaber og tilgange i arbejdet med koordination i rehabiliteringsforløb til ældre. Nedenstående redskaber præsenteres:

- Fælles og ensartet dokumentationspraksis.

Fælles og ensartet dokumentationspraksis

Overlevering af viden om forandringer eller ændringer i borgerens habitualtilstand til alle relevante faggrupper omkring borgeren er vigtigt i forhold til at sikre en velkoordineret indsats, der er tilpasset borgerens aktuelle situation. Analysen viser, at overlevering og deling af viden især kan være udfordrende i kommuner, hvor de forskellige faggrupper i rehabiliteringsforløbet er forankret på tværs af forskellige enheder. Arbejdsgange og systemer, der understøtter, at overleveringen af viden sker systematisk, er en måde at imødekomme denne udfordring på. En fælles og ensartet dokumentationspraksis er en metode, der understøtter, at alle er opdateret på borgerens tilstand og seneste udvikling. I Frederikshavn Kommune har de haft en fælles dokumentationspraksis som tema på deres tværfaglige triageringsmøder, hvor de i fællesskab har drøftet, hvordan og hvor observationer og ændringer skal dokumenteres. En systematisk dokumentationspraksis er helt afgørende i arbejdet med rehabilitering til målgruppen af ældre, fordi små ændringer har stor betydning, og alle faggrupper omkring borgerne skal vide, hvor de kan læse vigtige oplysninger.

Erfaringerne fra Guldborgssund og Roskilde Kommune viser, at det er afgørende for, at dokumentationen har den ønskede værdi, at de forskellige faggrupper forstår hinandens beskrivelser og observationer. I Roskilde Kommune har de understøttet en fælles dokumentationspraksis gennem et fælles kompetenceudviklingsforløb, hvor forskellige faggrupper sammen har drøftet brugen af dokumentationen. Kompetenceudviklingsforløbet har inkluderet brugen af forskellige screeningsredskaber, og hvilke opmærksomheder de hver især har i tolkningen af test og undersøgelser, samt hvordan disse dokumenteres. Det har givet en fælles forståelse for, hvorfor testene er gennemført, hvad forskellige faggrupper kan bruge det til, og hvordan de forskellige resultater kan bruges af andre. De fælles drøftelser har givet anledning til en dialog om, hvor i omsorgsjournalen forskellige resultater og observationer dokumenteres. Denne viden har hjulpet dem til at ensrette dokumentationen, så alle faggrupperne skriver observationer, testresultater og vurderinger ensartet. Det har styrket brugen af fælles dokumentation på tværs af faggrupper.

Flere projektkommuner har erfaret, at der på tværs af faggrupper er forskellige tilgange til og erfaringer med at dokumentere observationer, herunder også forskellige detaljeringsgrader og sprogbrug i dokumentation. Flere projektkommuner har erfaret, at plejepersonalet ikke i samme grad som andre faggrupper er vant til at sætte ord på deres observationer. Det betyder ifølge nøglemedarbejdere og projektledere, at deres beskrivelser ikke opfylder behov for viden. Derfor arbejder flere af kommunerne med sidemandsoplæring, hvor ergoterapeuter eller fysioterapeuter taler med plejepersonalet om deres observationer. De løbende snakke og sparring om, hvordan de bedst beskriver deres observationer, har styrket plejepersonalet i at beskrive deres observationer.

5.6 Flexibilitet og prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende

Endelig har analysen vist, at en afgørende faktor i rehabiliteringsforløb til målgruppen er, at rammerne for tilrettelæggelsen er fleksible, og der prioriteres tid til at kunne skrue op og ned ved

”Systemet kolliderer, hvis man kun har fem minutter, men man bliver nødt til at bruge 10 minutter ekstra, fordi borgeren har brug for det. Det er lettere på et plejecenter, hvor man kan gå rundt mellem forskellige borgere.”

– Projektleder

behov. Den fleksible tilrettelæggelse kan ifølge projektledere især være en udfordring i hjemmeplejen, hvor plejepersonalets tid i nogle kommuner er styret af kørelister bestående af minutter knyttet til specifikke ydelser. Samtidig har evalueringen vist, jævnfør punktet om borgerens udgangspunkt, set, at borgerens motivation for et rehabiliteringsforløb ikke nødvendigvis er bundet op på den specifikke ydelse, de er visiteret til.

Ufleksibel tidsstyring gør det vanskeligt for plejepersonalet at sikre, at borgeren får den støtte og pleje, de har behov for, og samtidig understøtte borgerens ønsker for rehabiliteringsforløbet. Samtidig fortæller flere projektledere og nøglemedarbejdere, at det for dele af målgruppen tager mere tid at arbejde rehabiliterende med borgerne, fordi borgerne har brug for ro og tryghed, når de for eksempel selv skal bade med støtte fra en social- og sundhedshjælper.

Projektlederne understreger derfor, at det er vigtigt, at der skabes de rette rammer for rehabiliteringsforløbet, der muliggør et fokus på borgerens ønsker og samtidig sikrer, at borgeren får støtte til de ydelser, de er visiteret til. I de kommuner, der har organiseret sig i rehabiliteringsteams, er der ifølge nøglemedarbejdernes udsagn oftere større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af deres dag og besøg hos borgere. Dette uddybes nærmere i kapitel 6 om organisering.

6. ORGANISERING AF REHABILITERINGSFORLØB

I dette kapitel præsenteres projektkommunernes organisering af rehabiliteringsforløbene, herunder hvordan forskellige organiseringsformer skaber forskellige betingelser for rehabiliteringsforløbene. Derudover præsenteres resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og ledere, der har haft til formål at følge kommunernes kapacitetsopbygning i form af viden, kompetencer, ændret praksis og ledelse i relation til rehabiliteringsforløbene.

Boks 6-1: Kapitlets delkonklusioner

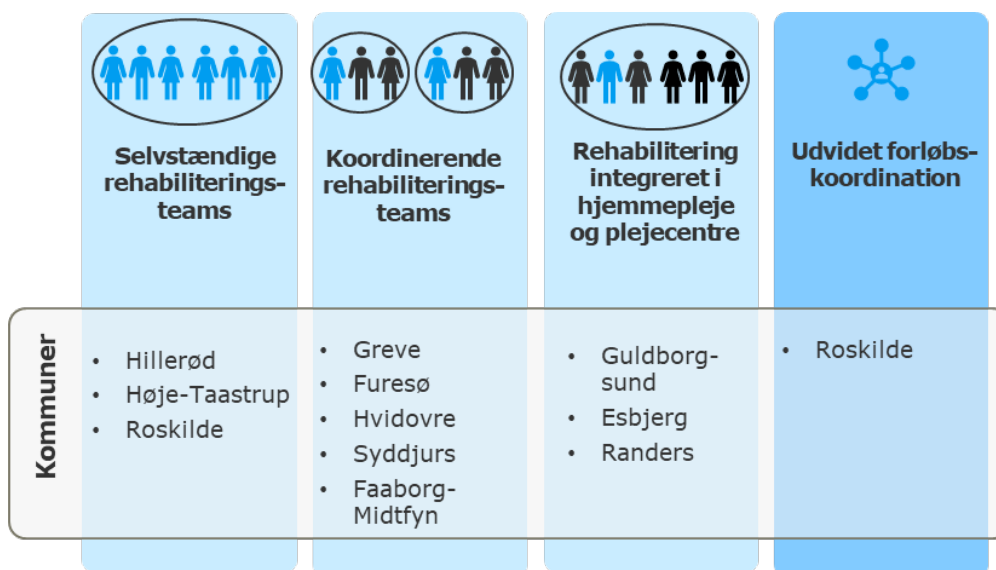
KAPITLET DELKONKLUSIONER

- Rehabiliteringsforløbet og projekternes fokus kan inddrages i tre **organiseringer**: Selvstændige rehabiliteringsteams, koordinerende rehabiliteringsteams og integreret rehabilitering i hjemmeplejen og på plejecentre.
- Styrken ved de **selvstændige rehabiliteringsteams** er, at de har samlet alle relevante tværfaglige kompetencer i én enhed, der varetager borgerens samlede indsats under et rehabiliteringsforløb. Det styrker et helhedsorienteret forløb, der både tager højde for sygepleje- og pleje behov i rehabiliteringsforløbet. Derudover har de selvstændige rehabiliteringsteams stor fleksibilitet i opgaveløsningen, da alle ressourcer og kompetencer er forankret samme sted og deres primære fokus er rehabilitering. Det styrker koordinationen og den tætte opfølgning på borgerens samlede forløb, hvilket er særligt vigtigt for rehabiliteringsforløbet til de ældre i målgruppen. Overgangen til hjemmeplejeindsats efter forløbet kan dog være en udfordring, da indsatserne i teamet ikke altid fortsættes og forankres hos øvrige hjemmeplejegrupper.
- Styrken ved de **koordinerende rehabiliteringsteams** er, at rehabiliteringsforløbet kan foregå i de samme rammer i hjemmeplejen, der skal varetage borgerens pleje og støtte efter endt rehabilitering. Samtidig er det en styrke, at de koordinerende rehabiliteringsteams er bredt tværfagligt sammensat, hvilket betyder, at borgerens rehabiliteringsforløb tager afsæt i en tværfaglig udredning, og specifikke kompetencer kan inddrages ved behov. En udfordring ved denne organisering er, at rehabiliteringsforløbet er mindre fleksibelt, da forløbet er forankret på tværs af flere enheder, der vanskeliggør koordinationen.
- Styrken ved **forankring af rehabiliteringskompetencer i hjemmeplejen og på plejecentre** er, at plejepersonalet er tæt involveret i levering af rehabilitering, og denne tilgang kan fortsætte efter endt rehabilitering, hvor de ældre i målgruppen ofte har et fortsat plejebestand. Det betyder, at borgeren oplever færre skift, og forudsætningerne for, at den rehabiliterende tilgang kan videreføres i hjemmeplejen, styrkes. En udfordring ved denne organisering er for ledere og medarbejdere at fastholde fokus på den rehabiliterende tilgang i en enhed, hvor det meste af kernopgaven omhandler kompenserende pleje og omsorg.
- Derudover har én kommune igangsat udvidet forløbskoordination på tværs af døgnrehabiliteringscenteret og det selvstændige rehabiliteringsteam. Her er styrken, at borgernes forløb tænkes sammen og i højere grad kan målrettes rammer og forudsætninger for at arbejde rehabiliterende i borgerens eget hjem.
- Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er sket en lille positiv udvikling i projektperioden i forhold til medarbejdernes vurdering af deres viden og kompetencer, mens der ikke er sket en udvikling i forhold til praksis. I forhold til medarbejdernes vurdering af deres leders opbakning er der sket et fald i projektperioden.

6.1 Tre organiseringsformer

Det er forskelligt, hvordan projektkommunerne har organiseret deres rehabiliteringsforløb til målgruppen. På tværs af projektkommunerne er der identificeret tre overordnede former for organisering. Derudover har Roskilde Kommune arbejdet med udvidet forløbskoordination på tværs af kommunens døgnrehabiliteringscenter og selvstændige rehabiliteringsteam, som er et organisatorisk greb, der binder de to enheder sammen. Dette er også beskrevet i det følgende, men betegnes ikke som en decideret organiseringsform. Derfor er der identificeret tre organiseringsformer.

Figur 6-1: Organiseringsformer



Frederikshavn Kommune er ikke indplaceret i ovenstående Figur 6-1, da dennes indsats er bredt ud over hele ældreområdet i kommunen med forskellige organiseringsformer. Det skyldes, at Frederikshavn Kommune har arbejdet med at udbrede en systematisk model for tidlig opsporing af borgere blandt andet med blik for rehabiliteringspotentiale på tværs af hele ældreområdet. Det har styrket en systematisk identificering af borgere med rehabiliteringspotentiale grundet gradvist tab i funktionsevne eller behov for en anden tværfaglig indsats.

De følgende afsnit udfolder de tre organiseringsformer og den udvidede forløbskoordination. Hertil følger konkrete eksempler fra projektkommunerne på, hvordan den enkelte organiseringsform understøtter rehabiliteringsforløbet til borgerne i målgruppen.

6.1.1 Selvstændige rehabiliteringsteams

I Hillerød, Høje-Taastrup og Roskilde Kommune varetages § 83 a-forløb til borgerne i målgruppen for nærværende projekt af selvstændige rehabiliteringsteams, der er bredt tværfagligt sammensat. De selvstændige rehabiliteringsteams er placeret blandt de øvrige hjemmeplejeteams og varetager de samlede rehabiliteringsforløb for borgeren fra start til slut. Det gælder både ydelser efter servicelovens § 83 og § 83 a samt sygeplejeydelser efter sundhedslovens § 138. Kendeteggende for de selvstændige rehabiliteringsteams er, at de har et særskilt fokus på rehabilitering, hvor andre hjemmeplejeteams har mange samtidige hensyn, blandt andet skal de både levere kompenserende og rehabiliterende hjælp og støtte efter servicelovens § 83. Når rehabiliteringsforløbet afsluttes vil det efterfølgende være et hjemmeplejeteam, der overtager forløbet, hvis borgeren fortsat har brug for støtte og hjælp efter servicelovens § 83. Målgruppens pleje- og rehabiliteringsbehov stiller som tidligere beskrevet ofte krav til tværfaglige kompetencer. For at målrette rehabiliteringsforløbene til de ældre er de selvstændige teams i projektkommunerne sammensat på tværs af flere faggrupper og kompetencer. Det gælder både ergoterapeuter, fysioterapeuter,

sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og i én af kommunerne en diætist.

De selvstændige rehabiliteringsteams kan i kraft af deres tværfaglige sammensætning levere et helhedsorienteret og fokuseret rehabiliteringsforløb, hvor rehabiliteringen er tænkt ind i borgerens samlede indsats. Det tværfaglige team gør, at koordinationen er mere smidig, da alle kompetencer er samlet i ét team, og medarbejderne i teamet har let adgang til at spare med hinanden på daglig basis.

Det intensive fokus på rehabilitering er i disse kommuner primært forankret i rehabiliteringsteamet. Erfaringerne fra projektkommunerne er, at viden og erfaring fra rehabiliteringsforløbet til borgeren kan være svært at overlevere til hjemmeplejen, der efter endt rehabiliteringsforløb skal levere pleje og hjælp til borgerne. Det kan gøre det svært at fastholde borgernes genvundne funktionsevne på sigt i borgerens videre forløb i hjemmeplejeteamet. Projektkommunerne oplever, at hjemmeplejen har mange forskellige opgaver og funktioner ud over et rehabiliterende fokus, og at det derfor kan være en udfordring at fastholde et intensivt fokus på rehabilitering, når selve rehabiliteringsforløbet er afsluttet.

6.1.2 Koordinerende rehabiliteringsteams

I Greve, Furesø, Hvidovre, Syddjurs og Faaborg-Midtfyn Kommune er rehabiliteringsforløbet til målgruppen for nærværende projekt organiseret i koordinerende rehabiliteringsteams, der ofte er bredt tværfagligt sammensat. De koordinerende rehabiliteringsteams ligner meget de selvstændige rehabiliteringsteams, idet de består af medarbejdere med forskellige fagligheder, der alle har et særskilt fokus på rehabilitering. Til forskel fra de selvstændige rehabiliteringsteams går de koordinerende rehabiliteringsteams på tværs af de øvrige teams i hjemmeplejen og på plejecentre og varetager rehabiliteringsforløbene i samarbejde med plejepersonalet. Det koordinerende rehabiliteringsteam har til opgave at planlægge og kvalificere de forskellige dele af rehabiliteringsforløbet. Det gælder for eksempel at planlægge opstartssamtaler, starte forløb op ved at udrede og analysere rehabiliteringsbehov og potentiale sammen med borger, oplære plejepersonalet til at varetage rehabiliteringsforløbet, følge op på mål og koordinere mellem involverede faggrupper. Selve udførelsen af rehabiliteringen varetages af plejepersonalet i hjemmeplejen eller på plejecenteret.

Styrken ved de koordinerende rehabiliteringsteams er, at plejepersonalet i hjemmeplejen undervejs sidemandsoplæres i den rehabiliterende tilgang i arbejdet sammen med borgeren. Det skaber ifølge nøglemedarbejderne gode forudsætninger for at fastholde borgerens funktionsevne, efter rehabiliteringsforløbet er afsluttet, da den rehabiliterede tilgang via sidemandsoplæringen integreres i hjemmeplejen. Når medarbejderne i hjemmeplejen og på plejecentre får et kendskab til det koordinerende rehabiliteringsteam, oplever projektkommunerne også, at det er nemmere at op-søge sparring, efter rehabiliteringsforløbet er afsluttet, og hjemmeplejen varetager borgerens forløb. En ulempe ved de koordinerende rehabiliteringsteams er, at de til forskel fra de selvstændige rehabiliteringsteams ikke har samme mulighed for at levere en fleksibel indsats. Rehabiliteringsforløbet er integreret på tværs af det koordinerende rehabiliteringsteam, hjemmeplejen og sygeplejen. Det betyder dels, at det er vanskeligere at tale om små ændringer i borgerens tilstand, der kan have betydning for tilrettelæggelsen af forløbet. Det stiller krav til, at der er tydelige kommunikationsveje og dokumentation af observationer. De små justeringer påvirker samtidig planlægningen på tværs af flere enheder, hvor der samtidig er mange andre hensyn end rehabiliteringen, der skal prioriteres i planlægningen.

6.1.3 Rehabilitering integreret i hjemmeplejen og på plejecentre

I Guldborgsund, Randers og Esbjerg Kommune er rehabiliteringsforløb til målgruppen for nærværende projekt forankret lokalt i hjemmeplejen og på plejecentre. Når rehabilitering er en integreret del af hjemmeplejen eller plejecenter, er rehabiliteringskompetencen placeret lokalt i de enkelte distrikter eller teams i hjemmeplejen eller på plejecenteret.

I projektkommunerne er det fysioterapeuter eller ergoterapeuter, der har rehabiliteringskompetencen. Det indebærer, at de er ansvarlige for at planlægge rehabiliteringsforløbet, samarbejde med de øvrige medarbejdere i hjemmepleje/plejeteamet om at udføre borgernes rehabiliteringsforløb. Til forskel fra de selvstændige og koordinerende rehabiliteringsteams indgår fagligheder som sygeplejersker og diætister ikke direkte i rehabiliteringsforløbene.

Som nævnt oven for har fysioterapeuter eller ergoterapeuter i denne organisering den funktion, der har den rehabiliterende kompetence og det overordnede ansvar for rehabiliteringsforløb. Det betyder ikke, at det øvrige plejepersonale i hjemmeplejen og plejecentrene ikke er involveret i leveringen af rehabiliteringsforløbet, men hvor plejepersonalet har mange samtidige hensyn og fokusområder, har fysioterapeuten eller ergoterapeuten det primære fokus på rehabilitering. Fysioterapeuten eller ergoterapeuten er i denne organisering forankret i hjemmeplejegrupperne og på plejecentrene og er dermed fysisk til stede i enhederne. Det medvirker ifølge medarbejdere i projektkommunerne til, at fysioterapeuterne og ergoterapeuterne er tilgængelige for løbende sparring, hvilket er med til at styrke plejepersonalets faglige kompetencer i forhold til rehabilitering. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at plejepersonalet er blevet mere observerende og reflekterende i forhold til rehabiliteringspotentiale hos borgerne. Derudover er fysioterapeuterne eller ergoterapeuternes fysiske tilstedeværelse med til at fastholde fokus på rehabilitering, også når rehabiliteringsforløbet er afsluttet.

En anden fordel ved denne organisering er, at borgeren efter endt rehabiliteringsforløb ikke skal overgå til en anden enhed. Det er med til at skabe kontinuitet i de medarbejdere, som møder borgeren.

For projektkommunerne har det været en ny erfaring, at rehabilitering også kan være relevant for ældre på plejecentre. Netop denne målgruppe har behov for løbende understøttelse og opfølgning for at få gavn af et rehabiliteringsforløb, og derfor er det en fordel, at fysioterapeuterne er til stede dagligt.

6.1.4 Udvidet forløbskoordination

Ud over de tre organiseringstyper, der er beskrevet ovenfor, har Roskilde Kommune arbejdet med at styrke sammenhængen i rehabiliteringsforløb for borgere, der får et rehabiliteringsforløb i eget hjem efter midlertidigt ophold på et døgnrehabiliteringscenter. Konkret har de arbejdet med at styrke sammenhængen via en udvidet forløbskoordination, hvor en repræsentant fra Roskilde Kommunes selvstændige rehabiliteringsteam er involveret i borgerens forløb, allerede fra de starter op på et døgnrehabiliteringscenter.

I Roskilde Kommune er den udvidede forløbskoordinator en sygeplejerske eller ergoterapeut fra kommunens selvstændige rehabiliteringsteam, der koordinerer ved at deltage på opstartsmøder på døgnrehabiliteringscenteret. På den måde tænkes rehabiliteringsforløb sammen på tværs af de to områder fra start, så der arbejdes med en fælles plan for borgerens samlede forløb. Det betyder samtidig, at borgeren tidligt møder den kontaktperson, som de vil møde, når de kommer tilbage i eget hjem. Kommunen har erfaret, at dette bidrager til, at borgerens rehabiliteringsforløb i langt højere grad målrettes rammerne i borgerens eget hjem fra start på døgnrehabiliteringscenteret. Det selvstændige rehabiliteringsteam kan arbejde videre med afsæt i det arbejde, som der

allerede er gjort på døgnrehabiliteringscenteret, fremfor at starte et nyt udredningsforløb op, når borgeren kommer tilbage i eget hjem, som de tidligere gjorde.

6.2 Kompetencer, viden og ledelsesopbakning

Ud over rehabiliteringsforløbets organisering har medarbejdernes kompetencer, viden, praksis og prioriteringen fra ledelsen ligeledes betydning for kvaliteten i rehabiliteringsforløbet. For at undersøge udviklingen i organisationens samlede kapacitet i form af kompetencer, viden, praksis og ledelsesopbakning er der løbende i projektperioden gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og lokale ledere. Der er udsendt et spørgeskema til medarbejderne tre gange i projektperioden.

Overordnet viser resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at der er sket en lille positiv udvikling i projektperioden i forhold til medarbejdernes vurdering af deres viden og kompetencer, mens der ikke er sket en udvikling i forhold til medarbejdernes vurdering af deres egen praksis i forhold til den rehabiliterende indsats for de ældre i målgruppen. I forhold til medarbejdernes vurdering af deres leders opbakning er der sket et fald i projektperioden. I Bilag 5 fremgår en fuldstændig oversigt over resultater for spørgeskemaundersøgelsen.

Den manglende udvikling i de ovenstående parametre skal ses i sammenhæng med de deltagende medarbejders udgangspunkt. En stor del af medarbejderne i dette projekt er specialiserede inden for rehabilitering, hvorfor de allerede ved projektets start havde en stor viden om rehabilitering, hvilket kan være en del af forklaringen på, at der ikke er sket en markant udvikling i projektperioden. Dog er der også en stor andel af projektkommunerne, der har involveret plejepersonale fra den almindelige hjemmeplejeindsats. Projektlederne fra disse kommuner uddyber, at de oplever en udvikling i plejepersonalets vidensniveau og forståelse af rehabilitering. De uddyber, at årsagen til den begrænsede udvikling på viden kan skyldes det faktum, at medarbejderne vurderer deres viden ud fra deres aktuelle vidensniveau, det vil sige, at de ved den første måling ikke havde indsigt i eventuelle begrænsninger eller vidensbehov.

Selvom spørgeskemaundersøgelsen ikke viser, at der er sket en markant udvikling i kompetencer og viden blandt medarbejderne, er der sket en anden form for læring. Projektledere og nøglemedarbejdere fortæller, at især det tværfaglige samarbejde er blevet styrket. Det handler om, at værdien og vigtigheden af at arbejde tværfagligt netop i forhold til målgruppen er blevet tydelig.

Tilsvarende oplever projektledere og nøglemedarbejdere, at de involverede aktører i høj grad har fået blik for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange, hvilket har styrket samarbejdet om rehabiliteringsforløbet, jf. kapitel 5.

7. OMKOSTNING VED REHABILITERINGSFORLØB

I dette kapitel opgøres kommunernes omkostninger ved at igangsætte og drive et rehabiliteringsforløb til de ældre i målgruppen. Kommunerne har i projektet løbende indrapporteret deres omkostninger forbundet med rehabiliteringsforløb til borgerne kvartalsvist fra første kvartal i 2019 og frem til og med andet kvartal i 2020.³² Efter hvert kvartal er der gennemført validerende interviews med hver enkelt kommune. Omkostningerne er undersøgt ved at beregne gennemsnitlige omkostninger på tværs af deltagerkommunerne samt ved at analysere variationen mellem kommunerne. For at kunne sammenligne omkostningerne på tværs af kommunerne er de beregnet med udgangspunkt i antallet af borgere og længden på deres forløb.

I kapitlet beskrives først omkostningerne forbundet med etablering og derefter ved hver fase i forløbet, samt hvilke faggrupper der bidrager i de forskellige faser. Kapitlet afsluttes med, at omkostningerne kobles med virkningsanalysen i kapitel 4. Her undersøges, om der er en sammenhæng mellem omkostninger og borgernes udvikling i trivsel eller funktionsevne. Nedenfor i boksen fremgår kapitlets delkonklusioner.

Boks 7-1: Kapitlets delkonklusioner

KAPITLETSDELKONKLUSIONER

- Der er **stor variation i kommunernes omkostningsniveau**, både i etableringsomkostninger og driftsomkostninger per borger per uge.
- Kommunernes etableringsomkostninger varierer fra cirka 50.000 kroner i den kommune, der har brugt færrest midler til to millioner kroner i den kommune, der har haft flest etableringsomkostninger. Variationen oprinder fra en kompleks sammenhæng mellem forskellige faktorer. Det gælder eksempelvis kommunens tidligere erfaring rehabilitering, valg af indsats, størrelse på indsatsen og lignende.
- **I gennemsnit koster det 1.500 kroner per borger per uge i et rehabiliteringsforløb.** Dette varierer fra 700 kroner til knap 10.000 kroner per borger per uge i rehabiliteringsforløbet og spænder over alle de forskellige målgrupper og indsatser. Driftsomkostningerne indeholder lønudgifter til løbende projektledelse og administration af rehabiliteringsindsatsen, visitering, udredning, levering af indsats og afslutning.
- **I gennemsnit går 55 pct. af driftsomkostningerne til levering af indsatsen**, herudover 24 pct. til visitation, udredning og afslutning af borgerne. De sidste 20 pct. anvendes til projektledelse og administration.
- Driftsomkostningerne per borger per uge er signifikant højere jo lavere gennemsnitlige funktionsevne, borgerne har før rehabiliteringsforløbet.

Omkostningsanalysen baserer sig på systematisk indsamlede data om omkostninger og tidsforbrug forbundet med rehabiliteringsforløbet hos de deltagende kommuner.³³ Hver kommune har indberettet omkostninger og tidsforbrug opdelt på forskellige poster ud fra projektets faser og faserne i Sundhedsstyrelsens model for rehabiliteringsforløb.³⁴:

- Forberedelse og planlægning af indsatsen
- Uddannelse og kompetenceudvikling

³² Det skal bemærkes, at den sidste dataindsamling er præget af nedlukningen af Danmark som følge af Covid-19. Kommunernes omkostninger er generelt lavere i denne periode, da mange af indsatserne har været sat på pause.

³³ Frederikshavn Kommune er udeladt af analyserne, da størstedelen af deres indsats er almindelige rehabiliteringsforløb, hvorfor de ikke har haft en egentlig indsats at undersøge omkostningerne for.

³⁴ Sundhedsstyrelsen, 2016: *Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet* [Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/Viden/AEldre/Rehabilitering-af-aeldre/Haandbog-i-rehabiliteringsforloeb-paa-aeldreområdet>].

- Projektledelse, administration og drift af indsats
- Fase 1: Visitation
- Fase 2 og 3: Udredning og målsætning
- Fase 4: Levering af det målrettede rehabiliteringsforløb og opfølgning på mål
- Fase 5: Afslutning og eventuel revisitation
- Andre aktiviteter
- Øvrige omkostninger.

For hver post er kommunerne blevet bedt om at opdele timeforbruget på henholdsvis administrative medarbejdere, social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, terapeuter, diætister og andre medarbejdere. De administrative medarbejdere dækker over en lang række faggrupper, hvilket kan være AC-fuldmægtige, kontoransatte, fysioterapeuter og ergoterapeuter eller sygeplejersker, der udfører administrative opgaver.

Det indtastede ressourceforbrug er blevet omregnet til omkostninger ved brug af gennemsnitlige månedslønninger hentet fra *Kommunernes og Regionernes Løndatakontor*³⁵ for de enkelte overenskomstgrupper³⁶ (se Bilag 3 for en beskrivelse af løndata). For ressourceforbruget ved administrative medarbejdere er der beregnet en gennemsnitsløn på tværs af alle administrative stillingsbetegnelser i kommunerne. Lønniveauet her er højere end for kontoransatte, og det ligger på et niveau mellem gennemsnitslønnen for en fysioterapeut og en sygeplejerske. Dette afspejler, at det ikke udelukkende er kontoransatte, der udfører opgaverne indberettet under 'administrativt personale'.

Udover gennemsnitslønnen tages der højde for forskelle mellem kommunerne i form af deres rehabiliteringsforløbs gennemsnitlige varighed og antallet af borgere, de har haft igennem forløbene. Det gøres ud fra en antagelse om, at det forventes at være dyrere at drive en indsats med enten mange borgere eller lange forløb i forhold til få forløb med borgere eller korte forløb.

Som en del af de kvartalsvise indberettede tal er kommunerne blevet bedt om at opgøre antallet af borgere, som har været en del af indsatsen i det foregående kvartal. Samlet har kommunerne i perioden haft 1.884 borgere i berøring med indsatsen i de deltagende kommuner, hvilket er et væsentligt større antal borgere end de 700 borgere, der er indrapporteret ift. virkningsevalueringen. Antallet på de 1.884 er valideret ad flere omgange med kommunerne og dækker over de borgere, der har været en del af projektet i mere eller mindre grad. Det betyder dog, at der i nogle kommuner er medtaget omkostninger til mange borgere, som kun kort har været i berøring med projektet, men som enten ikke er opstartet et reelt forløb eller ikke har gennemført det. I disse tilfælde er målgruppen derfor bredere defineret i omkostningsanalysen end i det øvrige projekt. Derudover er der kommuner, hvor der har været mange problematikker i at få indtastet progressionsdata på alle borgere i projektet i virkningsevalueringen. Her indgår ligeledes flere borgere i omkostningsanalysen end virkningsevalueringen i kapitel 4. Samlet set vurderes det, at den bredere borgergruppe, der indgår i omkostningsanalysen, er retvisende for projektet. Det skyldes, at den bredere borgergruppe repræsenterer borgere som har været i berøring med projektet på forskellige måder, og ikke kun borgere der ender med at gennemgå et forløb. Betydningen af denne forskel i borgerpopulationen vil blive undersøgt i omkostningsanalyserne igennem subgruppeanalyser, hvor kun de kommuner med borgere, der gennemfører hele eller dele af et forløb, medtages i omkostningsanalysen.

³⁵ Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. [Tilgængelig på krl.dk].

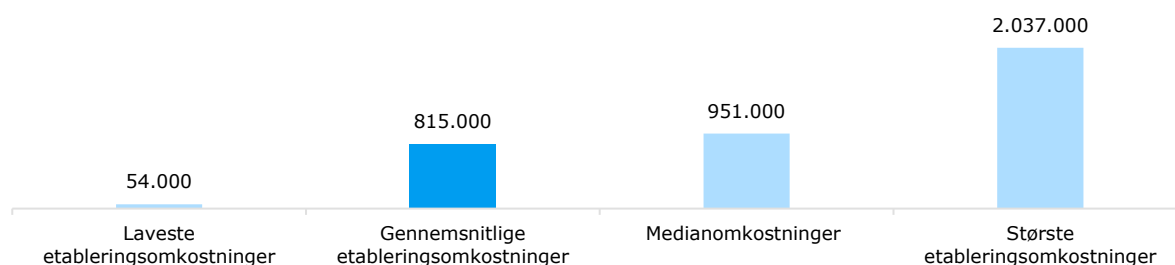
³⁶ De gennemsnitlige timeomkostninger er beregnet ud fra gennemsnitsmånedsløn inkl. tillæg, særydelse, ferie og pension. Herfra er der tillagt en overhead på 20 pct., og timeomkostningen er beregnet med en effektiv timeårnorm på 1.418 timer per år. De gennemsnitlige månedslønninger er hentet fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og er baseret på de respektive overenskomstgrupper i kommunerne.

Antallet af borgere varierer imellem kommunerne fra knap 10 borgere per år, hvor der har været færrest borgere, der har været i berøring med projektet, til knap 500 borgere per år, hvor der har været flest i berøring med projektet. I gennemsnit har kommunerne haft 114 borgere igennem forløbene på ét år. Den gennemsnitlige varighed af forløbene er 11,2 uger per borger. Varigheden beregnes på baggrund af de borgere, der indgår i virkningsevalueringen med både en før- og eftermåling. Med udgangspunkt i ovenstående diskussion af målgruppen vil der være nogen kommuner, hvor varigheden overestimeres, og andre, hvor den underestimeres. Varigheden af forløbet på de 11,2 uger er inden for normen på varighed af forløb, der er mellem otte og 12 uger.³⁷

7.1 Kommunernes etableringsomkostninger ved rehabiliteringsforløb

Figur 7-1 herunder viser variationen i de etableringsomkostninger, kommunerne har haft. Etableringsomkostningerne indeholder indledende uddannelse og kompetenceløft, forberedelse og planlægning af projektet, udgifter til kursusgebyr, kørsel, print af materialer, elektronisk udstyr og andet udstyr.

Figur 7-1: Etableringsomkostninger ved rehabiliteringsindsats til de ældre i målgruppen (i tusinde kroner)

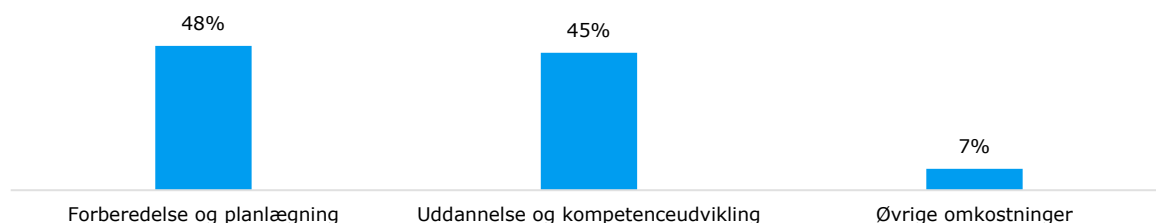


Note: De gennemsnitlige etableringsomkostninger er vægtet, så en kommunes etableringsomkostninger svarer til den andel af borgere, der er med i forløbet i kommunen, i forhold til det samlede antal borgere i projektet.

Etablering af rehabiliteringsprojektet til ældre varierer fra 54.000 kroner i den kommune, der har brugt færrest omkostninger, til 2,0 millioner kroner for den kommune, der har brugt flest. Den store variation i etableringsomkostningerne kommer fra mange parametre, herunder kommunens erfaringsniveau med rehabilitering, inden de gik i gang; behovet for efteruddannelse af medarbejdere; indholdet af indsatsen, herunder hvor 'omfangsrig' indsatsen er. De kommuner, der har lave etableringsomkostninger er også kendetegnet ved ikke at have brugt ressourcer på uddannelse og kompetenceløft til deres medarbejdere. Derimod har kommunerne med høje etableringsomkostninger brugt en større andel heraf på uddannelse af medarbejdere. Ud over denne forskel er det ikke entydigt, hvilke faktorer der driver etableringsomkostningerne.

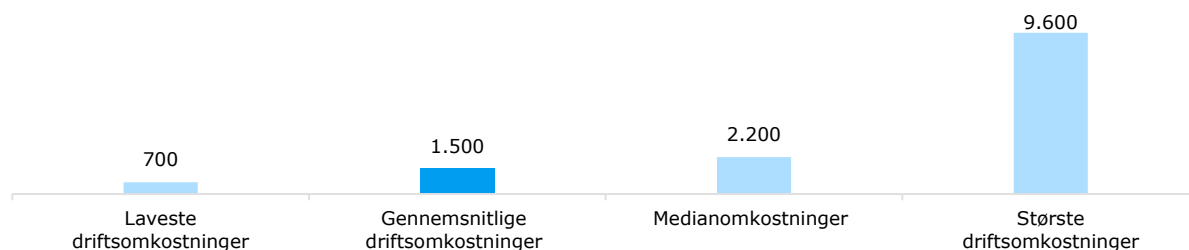
Hvis etableringsomkostningerne inddeles på forskellig de områder (se Figur 7-2), er det i gennemsnit halvdelen (48 pct.) af etableringsomkostningerne, der går til forberedelse og planlægning af projektet. Derudover er 45 pct. af etableringsomkostningerne i gennemsnit brugt til uddannelse og kompetenceudvikling af medarbejdere. Endeligt anvendes syv pct. af de samlede etableringsomkostninger til øvrige omkostninger, det dækker blandt andet over kursusgebyrer, elektronisk udstyr, materialer, kørsel og lignende.

³⁷ Sundhedsstyrelsen, 2016: *Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet* [Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/Viden/AEldre/Rehabilitering-af-aeldre/Haandbog-i-rehabiliteringsforloeb-paa-aeldreområdet>].

Figur 7-2: Etableringsomkostninger fordelt på forskellige typer omkostninger (pct.)

7.2 Kommunernes driftsomkostninger ved rehabiliteringsforløb

Dette afsnit præsenterer driftsomkostningerne ved rehabiliteringsforløb til målgruppen på tværs af de deltagende kommuner. Derudover undersøges fordelingen af driftsomkostninger på faggrupper. Figuren herunder viser de gennemsnitlige omkostninger per borger per uge i rehabiliteringsforløbet. Driftsomkostningerne indeholder lønudgifter til løbende projektledelse og administration af rehabiliteringsindsatsen, visitering, udredning, levering af indsats og afslutning.

Figur 7-3: De gennemsnitlige driftsomkostninger per borger per uge i forløbet (afrundet til hele hundrede kroner)

Note: De gennemsnitlige driftsomkostninger er vægтет, så en kommunes driftsomkostninger svarer til den andel af borgere, der er med i forløbet i kommunen, i forhold til det samlede antal borgere i projektet.

Rehabiliteringsforløb til målgruppen koster i gennemsnit 1.500 kroner per borger per uge i driftsomkostninger. Det går fra 700 kroner per borger per uge i kommunen med laveste driftsomkostninger til 9.600 kroner per borger per uge i kommunen med højeste omkostninger. De kommuner, der har lave omkostninger til driften (dvs. betegnet som "Laveste driftsomkostninger"), er kendetegnet ved at have mange borgere i berøring med projektet, ofte i forbindelse med opsporings- og visitationsarbejde, men hvor flere af borgerne ikke ender med at gennemføre et rehabiliteringsforløb. Dermed er der en større andel af borgerne, der ikke gennemfører et forløb, hvorfor omkostningerne per borger er lave. Ses der på kommunerne med de største omkostninger, er de kendetegnet ved at have færre borgere igennem, og hvor omkostningerne primært er forbundet med leveringen af selve forløbet og udviklingen af projektet.

Hvis der gennemføres en subgruppeanalyse for de kommuner, der kun har medtaget borgere, der gennemfører forløb i deres omkostninger³⁸, så er de gennemsnitlige driftsomkostninger 3.500 kroner per borger per uge. Driftsomkostningerne for borgere der har gennemført forløb, varierer fra 2.200 til 9.600 i kommunerne. Dette tal viser, hvad det koster at gennemføre én uges rehabiliteringsforløb for en borger, da der ikke er medtaget omkostninger for borgere, der hurtigt falder fra. Tallene stemmer overens med omkostningsniveauet i en tidligere analyse gennemført af SFI³⁹, der finder, at der under et rehabiliteringsforløb anvendes henholdsvis 2.300 og 3.000 kroner per uge per borger i de to kommuner, der deltager i deres undersøgelse.

³⁸ De fire kommuner der har medtaget omkostninger for en bredere målgruppe, hvor borgere der kun kort har været i berøring med projektet, er udeladt her.

³⁹ Rehabilitering på ældreområdet: Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner. SFI, 2017.

Tabellen herunder viser driftsomkostningerne beregnet per borger og årligt på kommuneniveau.

Tabel 7-1: De gennemsnitlige årlige driftsomkostninger (afrundet til nærmeste 1.000 kroner, hvis mere end 10.000 kroner)

	Per kommune per år	Per borger	Per borger per uge
Laveste omkostninger	320.000 kroner	7.700 kroner	700 kroner
Gennemsnitsudgifter per kommune	1.961.000 kroner	17.000 kroner	1.500 kroner
Medianen	1.459.000 kroner	24.000 kroner	2.200 kroner
Højeste omkostninger	5.026.000 kroner	69.000 kroner	9.600 kroner

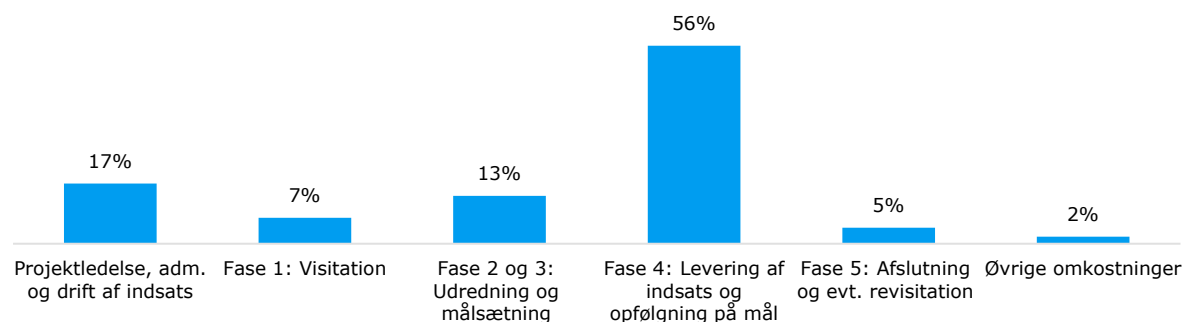
Note: Det er ikke nødvendigvis den samme kommune, der har de højeste udgifter per kommune per år, som den der har højeste udgifter per borger eller per borger per uge.

Den gennemsnitlige driftsomkostning per borger i et forløb på 11,2 uger er cirka 17.000 kroner. Regnes dette til kommuneniveau per år, har der årligt været driftsomkostninger per kommune for 1,9 millioner kroner i gennemsnit. Igen varierer dette meget fra cirka 320.000 per år til cirka fem millioner per år alt efter typen af indsats og antallet af borgere.

Fordelingen af driftsomkostningerne på de forskellige faser

Driftsomkostningerne ved indsatsen er inddelt i forskellige områder: Projektledelse, administration, og drift af indsats, visitation (fase 1), udredning og målsætning (fase 2 og 3), levering af indsats og opfølgning på mål (fase 4), afslutning og evt. revisitation (fase 5) samt øvrige omkostninger. Fordelingen af de gennemsnitlige driftsomkostninger per borger per uge på de forskellige faser i forløbet samt projektledelse og administration ses i Figur 7-4 herunder.

Figur 7-4: De gennemsnitlige driftsomkostninger fordelt på rehabiliteringsforløbenes faser (pct.)

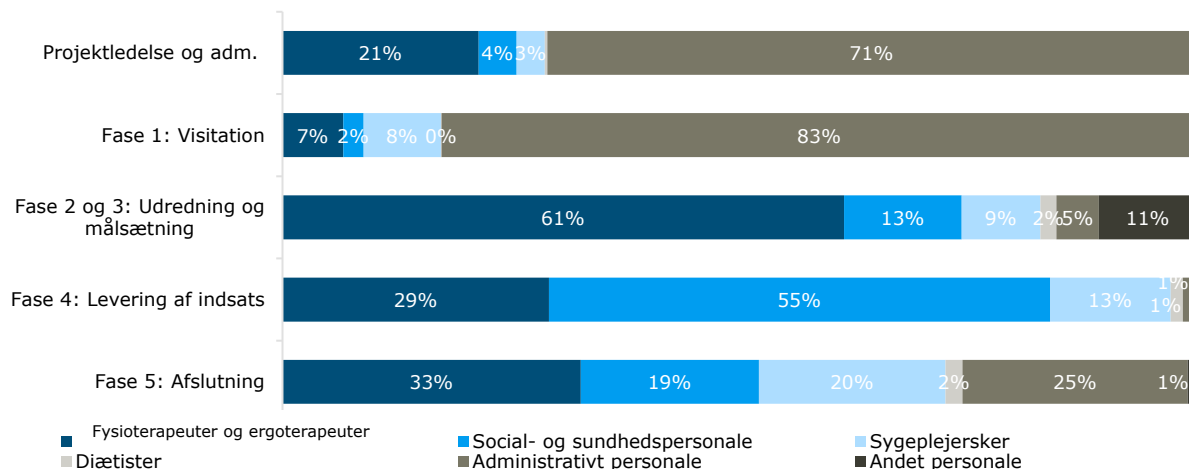


De gennemsnitlige driftsomkostninger består hovedsageligt (55 pct.) af levering af selve indsatsen. De øvrige faser: Visitation, udredning og målsætning samt afslutning og evt. revisitation udgør 24 pct. af omkostningerne. Projektledelse og administrative opgaver udgør 17 pct. i driftsomkostningerne. Endelig fylder øvrige omkostninger 2 pct. Øvrige omkostninger dækker blandt andet over indkøb af bøger eller andet materiale, print af papir og kørselspenge.

Fordeling af driftsomkostninger på faggrupper

Figuren herunder viser, hvilke faggrupper der er involveret i rehabiliteringsforløbet i gennemsnit fordelt på de forskellige faser. I hver fase undersøges fordelingen af medarbejderressourcer, der er indrapporteret i gennemsnit fra kommunerne.

Figur 7-5: Fordeling af tidsforbrug for de involverede faggrupper i de forskellige faser af indsatsen (pct.)

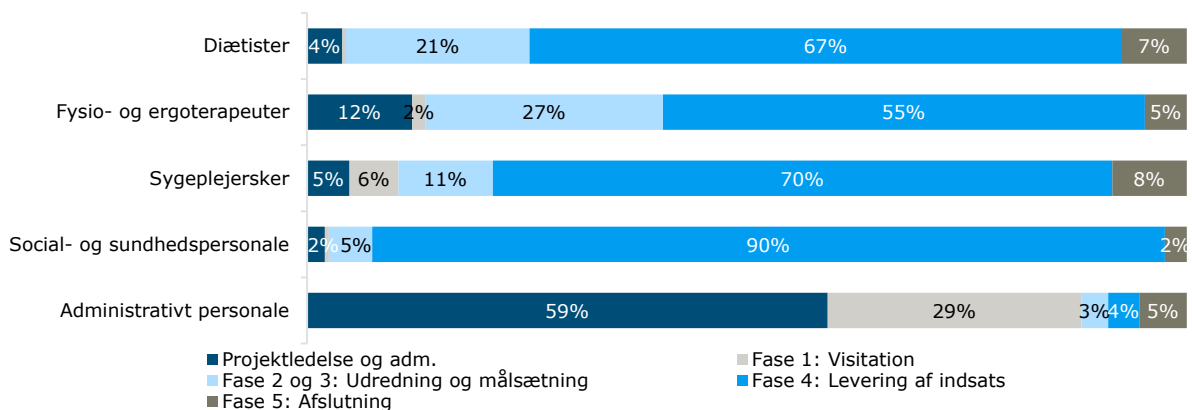


Note: Administrativt personale kan i mange tilfælde dække over for eksempel sygeplejersker eller fysioterapeuter/ergoterapeuter med administrative opgaver. Ligeledes kan det være AC-fuldmægtige, der varetager projektlederroller eller lignende.

Figur 7-5 viser, at de administrative medarbejdere har en stor rolle i forbindelse med projektledeelse og administration samt ved visitation med henholdsvis 71 og 83 pct. Her skal det dog nævnes, at administrative medarbejdere kan dække over fysioterapeuter og ergoterapeuter samt sygeplejersker, der varetager administrative opgaver. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har generelt en gennemgående rolle, som er størst i forbindelse med fase 2 og 3 omkring udredning og målsætning for borgerne. Fysioterapeuter og ergoterapeuterne har også betydelige roller i fase 4 og 5 til levering af indsatsen og afslutningen, hvor de indgår med henholdsvis 29 og 33 pct. af faserne. Ligesom fysioterapeuter og ergoterapeuterne har sygeplejerskerne også en gennemgående rolle i alle faser. Sygeplejerskerne indgår dog generelt i mindre grad end terapeuterne. For eksempel udgør sygeplejerskerne 13 pct. af ressourceforbruget i fase 4 og 20 pct. af ressourceforbruget i fase 5. Social- og sundhedspersonalet indgår primært i fase 4, hvor de leverer 55 pct. af selve indsatsen. Derudover indgår social- og sundhedspersonale også i afslutningen af forløbene med 19 pct.

Hvis man ser på den enkelte faggruppe, og hvordan deres tid fordeler sig mellem de forskellige faser (se Figur 7-6 nedenfor), gælder det for alle faggrupper på nær medarbejderne kategoriseret i 'administrativt personale', at størstedelen af tiden anvendes til levering af selve indsatsen. For social- og sundhedspersonalet er det 90 pct. af tiden, hvor det for fysioterapeuter og ergoterapeuterne er 55 pct. af tiden, der går til levering af indsatsen, mens sygeplejerskerne anvender 70 pct. af tiden til levering af indsatsen. Diætister anvender 67 pct. af deres tid på levering af indsatsen.

Figur 7-6: Fordelingen af de enkelte medarbejdergruppers tidsforbrug på et rehabiliteringsforløb (pct.)



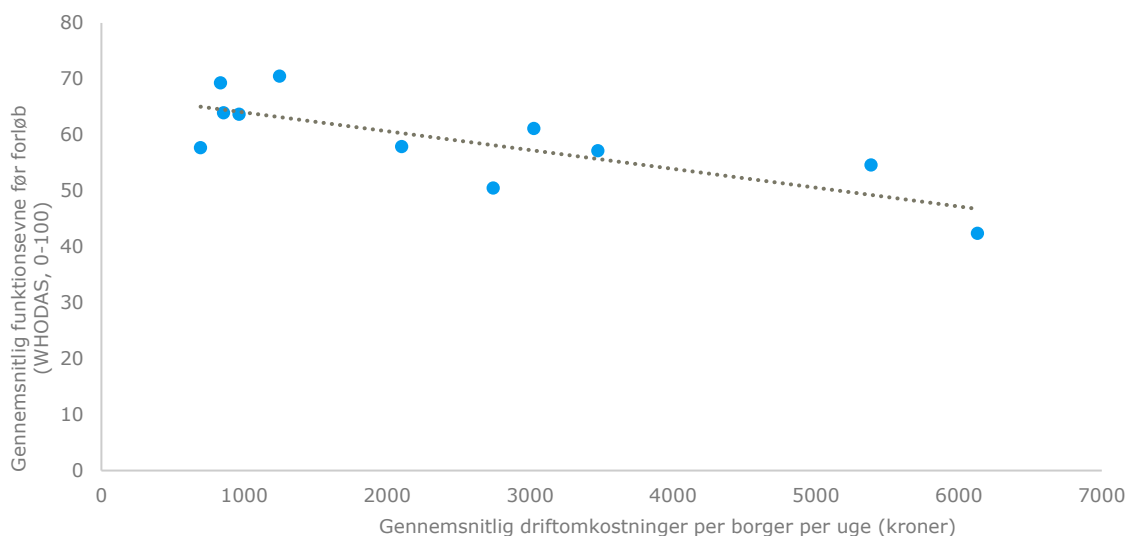
7.3 Driftsomkostninger og virkninger

I dette afsnit undersøges to hypoteser. Den første er, om der er en sammenhæng mellem kommunernes driftsomkostninger og deres borgeres trivsel og funktionsevne før forløbet. Den anden hypotese er, om kommuner med høje driftsomkostninger også har borgere med bedre udvikling i trivsel og funktionsevne fra før til efter forløbet.

Analyserne er gennemført ved at beregne borgernes gennemsnitlige funktionsevne og trivsel før forløbet i hver enkelt kommune. Dertil beregnes den gennemsnitlige udvikling fra før til efter rehabiliteringsforløb i borgernes trivsel og funktionsevne for de enkelte kommuner. Sammenhængen mellem kommunernes driftsomkostning og virkningen for borgerne testes herefter for, om den er signifikant.

Figur 7-7 nedenfor viser en grafisk fremstilling af sammenhængen mellem kommunernes driftsomkostninger og borgernes gennemsnitlige funktionsevne før forløbet. Hver prik repræsenterer én kommune. Den stiplede linje er den beregnede lineære sammenhæng. Figuren viser, at der er en negativ sammenhæng mellem borgernes funktionsevne før forløbet og kommunens driftsomkostninger per borger per uge i rehabiliteringsforløbet. Det vil sige, at jo lavere funktionsevne, de ældre har, jo dyrere er det for kommunen. Denne sammenhæng er signifikant. Den negative sammenhæng mellem omkostningsniveau og funktionsevne før forløbet er ikke overraskende. Jo dårligere funktionsevne borgerne har, jo dyrere er rehabiliteringsforløbet, hvis der skal ske en udvikling.

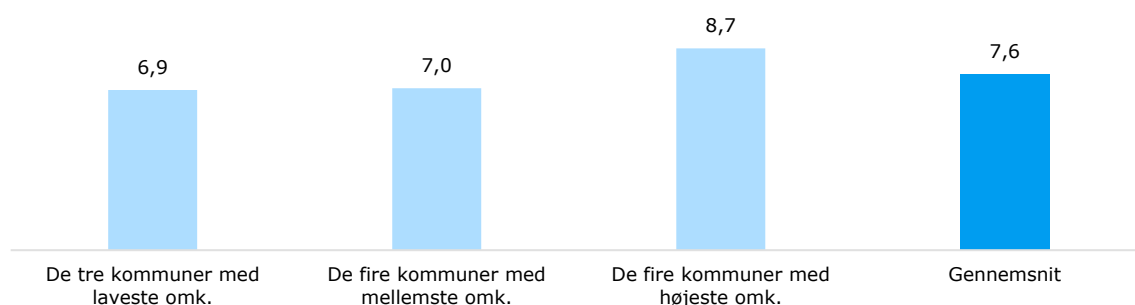
Figur 7-7: Sammenhæng mellem borgernes gennemsnitlige funktionsevne før forløbet og kommunernes driftsomkostninger per borger per uge i rehabiliteringsforløb



Note: Gennemsnitlig funktionsevne før forløb er målt på WHODAS-skalaen (0-100), hvor en høj score indikerer en høj funktionsevne. Den negative sammenhæng er signifikant.

Figur 7-8 herunder viser den gennemsnitlige udvikling i funktionsevne for borgerne sammenholdt med kommunernes omkostningsniveau. Figuren viser, at i kommuner med de højeste omkostninger per borger per uge har de også den største forbedring af funktionsevne blandt borgerne. Forskellen mellem de tre grupper er dog ikke signifikant. Det betyder, at man ikke kan sige, om kommuner, der bruger flere omkostninger på rehabiliteringsforløbene, nødvendigvis vil opleve en øget forbedring i borgernes funktionsevne i forhold til kommuner med færre omkostninger.

Figur 7-8: Gennemsnitlig udvikling fra før til efter rehabiliteringsforløbet i funktionsevne for tre kommuneomkostningsgrupper (WHODAS med skalaen 0-100)

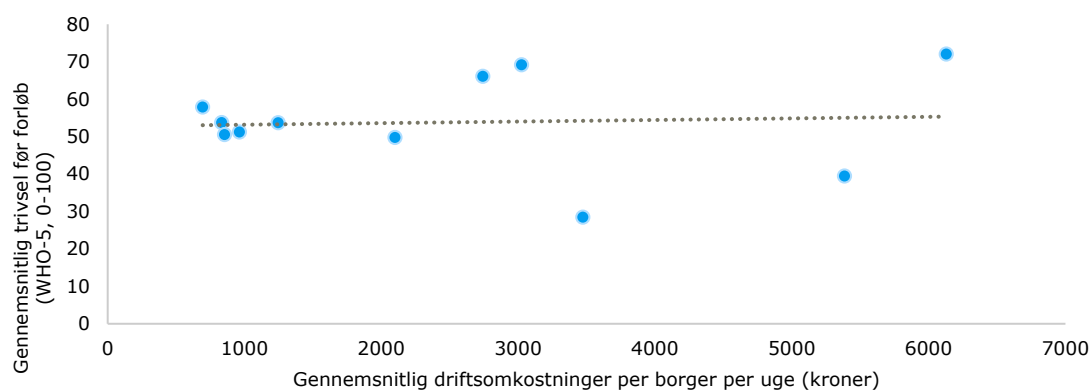


Note: Alle forskelle fra før til efter er signifikante. Men der er ikke signifikant forskel på udviklingen mellem grupperne.

En mulig fortolkning af Figur 7-7 og Figur 7-8 er, at kommuner med borgere med lav funktionsevne fra start skal anvende flere ressourcer for at forbedre borgernes funktionsevne lige så meget som borgere, hvis funktionsevne som udgangspunkt var høj.

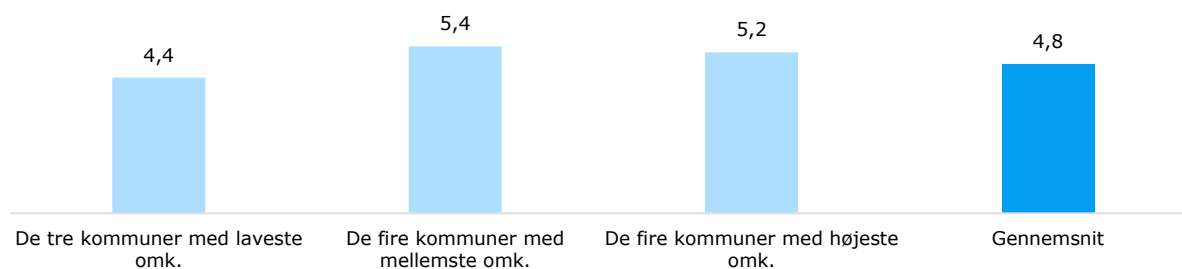
Gennemføres de samme analyser for borgernes trivsel, findes der ikke nogen entydig sammenhæng mellem kommunernes driftsomkostninger og borgernes trivsel før forløbet. Ligeledes findes der ingen forskel i udviklingen i trivsel mellem kommuner med høje og lave omkostninger per borger (se Figur 7-9 og Figur 7-10 herunder).

Figur 7-9: Sammenhæng mellem borgernes gennemsnitlig trivsel før forløbet og kommunernes driftsomkostninger per borger per uge i rehabiliteringsforløb



Note: Trivsel er målt på WHO5-skalaen (0-100), hvor en høj score indikerer en høj trivsel. Sammenhængen i figuren er ikke signifikant.

Figur 7-10: Gennemsnitlig udvikling fra før til efter rehabiliteringsforløbet i trivsel for tre kommuneomkostningsgrupper (WHO-5 med skalaen 0-100)



Note: Kun forskellen fra før til efter forløbet for de mellemste kommuner er signifikant. Der er ikke signifikant forskel på udviklingen mellem grupperne.