

# Rehabilitering på ældreområdet

HVAD FORTÆLLER DANSKE UNDERSØGELSER OS  
OM KOMMUNERNES ARBEJDE MED REHABILITERING I  
HJEMMEPLEJEN?



2017

# Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** Ældre, rehabilitering, hjemmepleje, danske studier, organisering

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** (15.05.2017)

**Format:** pdf

**Udgivet af:**

Sundhedsstyrelsen,  
(juni 2017).

**Udarbejdet af:**

Anne Petersen, projektleder, KORA  
Lea Graff, videnskabelig assistent, KORA  
Tine Rostgaard, professor, KORA  
Jakob Kjellberg, professor, KORA  
Pia Kjellberg, analyse- og forskningschef, KORA

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

**Elektronisk ISBN:**

978-87-7104-899-5

# Indhold

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
|          | <b>Forord</b>                                       | <b>2</b>  |
| <b>1</b> | <b>Resume af rapportens fund</b>                    | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Introduktion og læsevejledning</b>               | <b>5</b>  |
| 2.1      | Læsevejledning                                      | 5         |
| <b>3</b> | <b>Data og begreber</b>                             | <b>6</b>  |
| 3.1      | Litteraturen i rapporten                            | 6         |
| 3.2      | Kort om begrebet rehabilitering samt paragraf 83a   | 6         |
| 3.2.1    | Begreberne hverdagsrehabilitering og rehabilitering | 6         |
| 3.2.2    | Indførelsen af paragraf 83a                         | 7         |
| <b>4</b> | <b>Studierne i rapporten</b>                        | <b>8</b>  |
| <b>5</b> | <b>Effektstudierne</b>                              | <b>11</b> |
| 5.1      | Læresætninger på tværs af studier                   | 12        |
| 5.2      | Delkonklusion                                       | 15        |
| <b>6</b> | <b>Studierne af borgernes oplevelser</b>            | <b>16</b> |
| 6.1      | Læresætninger på tværs af studier                   | 16        |
| 6.1.1    | At føle sig målt og vejet                           | 16        |
| 6.1.2    | Kontinuitet og kendskab                             | 17        |
| 6.2      | Delkonklusion                                       | 18        |
| <b>7</b> | <b>Studierne af organisering og implementering</b>  | <b>20</b> |
| 7.1      | Læresætninger på tværs af studierne                 | 22        |
| 7.2      | Læresætninger om implementering                     | 26        |
| 7.2.1    | Muligheden for tæt, tværfagligt samarbejde          | 26        |
| 7.2.2    | Implementeringsstrategier                           | 28        |
| 7.2.3    | Samarbejdet med borgerne                            | 31        |
| 7.2.4    | Dokumentation                                       | 35        |
| 7.2.5    | Sygeplejerskernes rolle i rehabiliteringen          | 37        |
| 7.2.6    | Private leverandører                                | 39        |
| 7.3      | Delkonklusion                                       | 40        |
| <b>8</b> | <b>Sammenfatning</b>                                | <b>43</b> |
| <b>9</b> | <b>Referenceliste</b>                               | <b>46</b> |
|          | <b>Bilag 1: Litteratursøgningen</b>                 | <b>49</b> |

## Forord

I denne oversigtsrapport sammenfattes resultatet af 24 danske studier af rehabilitering på ældreområdet. Studierne omhandler effekt, borgeroplevelser, organisering og implementering af kommunernes forskellige tilbud om rehabilitering til de ældre borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter servicelovens paragraf 83 og 83a.

Studierne er gennemført i perioden 2008-2016 og vidner om en udvikling, hvor fænomenet ”hverdagsrehabilitering” er gået fra at være et pilotprojekt i Fredericia Kommune (2008-2009) til at være et koncept, som alle kommuner kender og har indført i deres egen version (2010-2013). Den 1. januar 2015 blev det lovpligtigt for de danske kommuner at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til de personer, der vurderes at kunne forbedre funktionsevnen og dermed nedsætte behovet for hjælp (servicelovens paragraf 83a). Før og efter lovgivningen er der eksempler på kommuner, der har arbejdet videre med udvikling af konceptet, for eksempel i forhold til at nå andre målgrupper eller bruge et andet organisatorisk setup.

Formålet med denne rapport har været at sammenfatte og udlede den samlede viden, der kan udledes af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet.

Vi håber, at rapporten kan inspirere og anvendes som grundlag for fortsat udvikling af ældreomsorgen i Danmark.

København, juni 2017

# 1 Resume af rapportens fund

I denne rapport undersøges det, hvilken læring der kan drages på tværs af undersøgelser af en ikke-sygdomsspecifik rehabilitering i hjemmeplejen i danske kommuner.

## **Effekter på borgernes funktionsevne og ydelsesforbrug**

Syv undersøgelser af rehabilitering i danske kommuner belyser udviklingen i borgernes ydelsesforbrug, og seks anvender et kontrolleret design. Der findes effekt i fem ud af seks studier. To studier er gennemført i perioden 2015-2016, dvs. efter indførelsen af paragraf 83a i lov om social service. Studierne viser, at det er muligt at reducere ydelsesforbruget ved en målrettet indsats med rehabilitering også efter lovændringen i 2015.

Et studie belyser udviklingen i borgernes funktionsevne før og efter et forløb med rehabilitering. Der findes signifikant positiv effekt på borgerens funktionsevne, men studiet er ikke gennemført med kontrolgruppe, og derfor kan det ikke afgøres, om udviklingen skyldes interventionen eller andre forhold.

## **Borgernes oplevelser af rehabilitering**

Studier af borgernes oplevelser af rehabilitering viser, at det er vigtigt, for at borgerne har en positiv oplevelse af rehabiliteringstilbud, at medarbejderne kommunikerer tydeligt og kontinuerligt, at rehabilitering skal være et kvalitetstilbud – og at borgerne er sikret den hjælp, de har brug for.

## **Organisering og implementering**

Rehabilitering er indført i forskellige organisatoriske modeller i kommunerne, og for alle ses fordele og ulemper. Fordele kan i mere specialiserede teams være, at borgeren synes sikret et rehabiliterende forløb af høj kvalitet, mens ulemper kan være, at der ikke er konsistens i tilgangen på tværs af teams. Ligeledes ses der fordele og ulemper ved en integreret organisationsmodel, hvor 'den almindelige hjemmepleje' tilføres ekstra ressourcer. Implementeringen kan fremmes, fordi de ekstra ressourcer bringer den rehabiliterende tænkning i spil i hverdagen, men også hindres, fordi de ekstra ressourcer overtager opgaver relateret til rehabilitering fra social- og sundhedsmedarbejderne. Der er dog kun få studier inden for hver af de tre organisationsformer, og datagrundlaget er således usikkert.

En række elementer forekommer væsentlige for at fremme implementeringen af den rehabiliterende tilgang. Således er for eksempel et længerevarende, dagligt fokus på rehabilitering, og hvordan det praktiseres, vigtigt for, at social- og sundhedsmedarbejderne indoptager tilgangen.

Den bedste implementering sker gennem positive erfaringer, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at tilrettelægge implementeringen således, at medarbejderne opbygger erfaringer med positivt indstillede borgere, der formodes at gennemgå en positiv udvikling under rehabiliteringsforløbet.

Kommunerne bør også sætte klare rammer for, hvilke mål frontmedarbejderne kan arbejde med samt hvordan, for det kan være et dilemma for medarbejderne, hvordan de skal balancere forventningen om, at den rehabiliterende tilgang skal føre til et mindre ydelsesforbrug og samtidig arbejde ud fra borgerens mål og ønsker.

Social- og sundhedsmedarbejderne kan have store udfordringer i at anvende dokumentationen som arbejdsredskab, og det medfører, at dokumentationen ikke tages i brug som kommunikationskanal på den måde og i det omfang, den er tiltænkt.

Mange social- og sundhedsmedarbejdere samt terapeuter finder sig godt til rette med den rehabiliterende tilgang og har en klar fornemmelse af, hvad deres rolle i det rehabiliterende arbejde er. Det er til gengæld ikke tilfældet med sygeplejerskerne, som kan have svært ved at se deres rolle i det rehabiliterende arbejde. Sygeplejerskernes arbejde har dog ikke været hovedfokus i undersøgelserne – det har i stedet især social- og sundhedsmedarbejderne, og der er behov for flere undersøgelser, der belyser sygeplejerskernes tildelte rolle i det rehabiliterende arbejde og deres praktisering heraf.

Endelig er der også et behov for at undersøge de private aktørers rolle i det rehabiliterende arbejde nærmere. Der er ikke foretaget nogle undersøgelser/systematiske evalueringer af private leverandører af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen, til trods for at det sandsynligvis er langt flertallet af kommunerne, der samarbejder med private leverandører.

## 2 Introduktion og læsevejledning

*Hverdagsrehabilitering. Længst muligt i eget liv. Grib Hverdagen. Aktiv i din hverdag. Det Gode Hverdagsliv, Træning som Hjælp...* Kommunernes tilbud om rehabilitering til borgere med brug for hjælp i eget hjem har gået under mange navne, og kommunernes arbejde med at udvikle eller styrke ældre borgeres muligheder for at klare sig selv i hverdagen har under dette koncept efterhånden forløbet i ti år. Det samme har opgaven med at evaluere kommunernes arbejde med at forandre de bærende principper i hjemmeplejen, herunder ikke mindst ændringen af praksis fra at være primært kompenserende til at være aktiverende og rehabiliterende. Det er disse evalueringer, der er i fokus i denne oversigtsrapport.

I rapporten præsenteres essensen af den læring, der kan udledes fra 24 publikationer, som alle vedrører kommunale indsatser for rehabilitering af ældre borgere i Danmark, typisk over 65 år. Undersøgelserne er blevet gennemgået i forhold til resultater vedrørende:

- Effekter af de kommunale udviklingsprojekter på borgernes funktionsevne og ydelsesforbrug: Opnås de ønskede effekter – og hvorfor/hvorfor ikke?
- Borgernes oplevelse og udbytte af kommunernes tilbud om rehabilitering: Hvordan oplever borgerne kommunernes tilbud? – og hvad skal der til, for at borgerne oplever, at de får et godt forløb?
- Organiseringen og implementeringen af kommunernes tilbud om rehabilitering. Hvordan har kommunerne organiseret arbejdet med rehabilitering, og hvilke erfaringer har de gjort med implementeringen?

Formålet med at præsentere denne viden er at bidrage med inspiration til den fortsatte udvikling på området. Rapporten henvender sig således til alle, der har interesse for rehabilitering på ældreområdet.

### 2.1 Læsevejledning

I kapitel 3 præsenteres måden, hvorpå oversigtsrapporten er blevet til, og brugen af enkelte begreber specificeres. I kapitel 4 gives et overblik over de publikationer, der indgår i oversigten. Kapitel 5 præsenterer og diskuterer effektstudierne (i alt otte studier). Kapitel 6 præsenterer og diskuterer studierne af borgernes oplevelser (i alt 11 publikationer). Kapitel 7 præsenterer og diskuterer organisations- og implementeringsstudierne (i alt 18 publikationer). Kapitel 8 samler op på de mest væsentlige konklusioner og anbefalinger på tværs af undersøgelsen.

## 3 Data og begreber

### 3.1 Litteraturen i rapporten

I denne oversigtsrapport gennemgås de analyser og evalueringer, der er udarbejdet om kommunernes arbejde med at introducere en mere aktiverende og rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen i perioden fra 2008 og frem til i dag.

I rapporten er inkluderet analyser og evalueringer, der vedrører det rehabiliterende arbejde i hjemmeplejen i Danmark og er gennemført af eller i samarbejde med en ekstern evaluator, og som gør brug af videnskabelige metoder. Dette ekskluderer kommunernes egne evalueringer, som tidligere er gennemgået i en kortlægning for Socialstyrelsen (1).

Det har været et kriterium, at analyserne og evalueringerne skulle fokusere på

- effekten af kommunernes tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen på borgernes funktionsevne og ydelsesforbrug *og/eller*
- borgernes oplevelser og udbytte af kommunernes tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen *og/eller*
- kommunernes organisering og implementering af rehabilitering i hjemmeplejen samt elementer af en rehabiliterende tilgang

Litteraturen er blandt andet fundet ved en systematisk PICO-søgning. Den samlede litteratursøgning beskrives i bilag 1.

Samtlige studier er gennemlæst og analyseret i forhold til a) intervention (hvad har kommunen gjort), b) effekten på borgernes ydelsesforbrug eller andre relevante effektmål (hvad har dokumenteret effekt), c) borgeroplevelser (hvordan har borgerne oplevet de forskellige tilbud) samt d) organisation og implementering (fordele og ulemper ved den aktuelle organisering og implementeringstilgang).

### 3.2 Kort om begrebet rehabilitering samt paragraf 83a

#### 3.2.1 Begreberne hverdagsrehabilitering og rehabilitering

I rapporten anvendes begreberne hverdagsrehabilitering og rehabilitering som synonyme. Betragtes brugen af begreberne i hjemmeplejen over tid, vinder *hverdagsrehabilitering* først indpas som følge af Fredericia Kommunes arbejde med dette. Senere tages ordet *rehabilitering* også i brug og anvendes om samme type indsatser. Fordi der synes at være et skifte over tid i kommunernes sprogbrug, hvor de i den første tid anvendte ordet *hverdagsrehabilitering* om deres projekter og senere tog ordet *rehabilitering* i brug, figurerer begge ord også i rapporten, alt efter om kommunerne har anvendt ordet. I denne rapport anvendes ordet *rehabilitering*, medmindre der er tale om betegnelsen på en specifik kommunal intervention.



Rehabilitering defineres hyppigt som

*(...) en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktions- evne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.(2)*

Begrebet rehabilitering anvendes dog inden for mange områder og spænder over mange forskellige praksisser (3). Den praktisering af rehabilitering, der indføres i hjemmeplejen, er således også defineret qua dens kontekst og fokus. Det vil eksempelvis sige, at de rehabiliterende tiltag alene finder sted i borgerens nærmiljø og med fokus på borgerens nærmiljø – og ikke på hospitalet eller genoptræningssteder med de muligheder og foki i rehabiliteringen, der er gældende her, ligesom det adskiller sig fra for eksempel sygdomsspecifik genoptræning.

Til ovenstående kan lægges en processuel forståelse af, hvordan der skal/bør arbejdes med rehabilitering. Rehabilitering beskrives som en proces, hvor fokus er på borgerens hverdagsliv, borgerens forståelse af egen situation, og formålet er, at den rehabiliterende indsats medvirker til, at borgeren lever et, for borgeren selv, meningsfuldt liv. Rehabilitering skal praktiseres gennem indsatser, der inddrager borgeren, såvel som at det skal være en helhedsorienteret indsats, der omfatter borgerens fysiske, psykiske og sociale situation og er en proces, der er struktureret ud fra faste mål og tidsrammer (2).

Rehabilitering i hjemmeplejen har ofte mindst to pejlemærker. Dels et mål-pejlemærke, hvor fokus er på at gøre borgere mere selvhjulpne, hvilket eksempelvis afspejles i kommunernes forventninger om at reducere ydelsesforbruget på ældreområdet ved at forandre deres hjemmepleje fra en primært kompenserende til en rehabiliterende praksis, hvor det giver mening i forhold til den konkrete borger (4-8), dels et processuelt pejlemærke, hvor medarbejderne skal undergå en faglig forandring og praktisere deres arbejde anderledes, end hvis de anlægger en mere kompenserende tilgang. De skal for eksempel samarbejde struktureret med borgeren om at finde dennes mål, de skal arbejde tværfagligt, og de skal arbejde med at aktivere borgeren i løsningen af opgaver fremfor at gøre opgaver for borgerne.

### **3.2.2 Indførelsen af paragraf 83a**

Mange af oversigtsrapportens undersøgelser er foretaget, før paragraf 83a i lov om social service blev indført januar 2015. Med denne lovændring skal kommunerne nu tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, hvis det i forhold til den konkrete borger vurderes at have potentiale til at kunne forbedre dennes funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp (9). Ud over at kommunerne pålægges at tilbyde rehabiliterende forløb til de borgere, der forventes at kunne forbedre funktionsevnen og reducere behovet for hjælp, får de således også hjemmel til det.

Efter indførelsen af paragraf 83a er det givet, at borgere, der visiteres efter denne paragraf, skal visiteres på baggrund af en faglig vurdering af, om de forventes at kunne forbedre deres funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp (9). Der er dog flere kommuner, som både har tilbud om rehabilitering til de borgere, der får hjælp og støtte efter paragraf 83 og 83a.

## 4 Studierne i rapporten

Tabel 1 og Tabel 2 nedenfor giver et overblik over undersøgelserne, der er inkluderet i denne oversigtsrapport. Tabel 1 beskriver evalueringer af konkrete udviklingsprojekter.

Tabel 2 beskriver de øvrige inkluderede undersøgelser.

Tabellerne er opbygget efter samme struktur, hvor det beskrives: hvilken kommune og hvilket projekt studiet omhandler, hvornår implementeringen er påbegyndt og studiet foretaget, samt hvilke emner studiet adresserer: effekt, organisering og/eller borgeroplevelser, og sluttelig referencerne på studierne.

Efter tabellerne følger de tre kapitler, der præsenterer fundene fra undersøgelserne.

**Tabel 1. Oversigt over de inkluderede evalueringer af konkrete udviklingsprojekter.**

| Kommune      | Projekt  | Påbegyndt implementering               | Evalueringen udgivet | Effekt   | Borgeroplevelser | Organisation og implementering | Reference |
|--------------|--|--|----------------------|----------|------------------|--------------------------------|-----------|
| Fredericia   | Længst muligt i eget liv samt Hverdagsrehabilitering | 2008                                   | 2010, 2011           | X        | X                | X                              | (10-14)   |
| Aarhus       | Grib Hverdagen                                       | 2010                                   | 2011, 2012           | X        | X                | X                              | (15,16)   |
| Fredericia   | Trænende Hjemmehjælp                                 | 2010                                   | 2011, 2013           | X        | X                | X                              | (5,11)    |
| København    | Hverdagsrehabilitering                               | 2010 (dataindsamling påbegyndes), 2011 | 2014, 2015           | X        | X                | X                              | (17,18)   |
| Odense       | Træning som hjælp                                    | 2011                                   | 2012                 | X        |                  | X                              | (4,19)    |
| Hillerød     | Aktiv i Din Hverdag                                  | 2011                                   | 2013                 |          | X                | X                              | (20)      |
| Esbjerg      | Gør Borgeren til Mester                              | 2011                                   | 2014                 | X        | X                | X                              | (21)      |
| Egedal       | Det Gode Hverdagsliv                                 | 2014                                   | 2016                 | X        | X                | X                              | (22,23)   |
| Roskilde     | Hjælp til Selvhjælp                                  | 2015                                   | 2016                 | X        |                  |                                | (24)      |
| <b>I alt</b> |  |  |                      | <b>8</b> | <b>7</b>         | <b>8</b>                       |           |

Tabel 2 Oversigt over de øvrige inkluderede undersøgelser.

| Kommunerne                                      | Rapportens titel  | Påbegyndt implementering | Undersøgt   | Effekt   | Borgeroplevelser | Organisation og implementering | Reference |
|---|---|--------------------------|-------------|----------|------------------|--------------------------------|-----------|
| <b>Esbjerg, Greve, Holbæk, Kolding og Vejen</b> | ReKoHver – projektet Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering  | ?                        | 2014        |          |                  | X                              | (25)      |
| <b>Randers</b>                                  | Dokumentation i praksis i Randers Kommune   | ?                        | 2014        |          |                  | X                              | (26)      |
| <b>Hørsholm, Svendborg og Vejen</b>             | Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering  | ?                        | 2015        |          | X                |                                | (27)      |
| <b>Svendborg og Middelfart</b>                  | Med hænderne i lommen – borger og medarbejders samspil i rehabilitering   | Hhv. 2010 & 2011         | 2016        |          | X                | X                              | (28)      |
| <b>Ikke angivet</b>                             | Rehabilitating elderly bodies and selves. New forms og care work, professional identity and status in rehabilitative home care samt Rehabilitative bodywork: Cleaning up the dirty work of homecare | ?                        | 2012 & 2014 |          |                  | X                              | (7,8)     |
| <b>Nordiske kommuner</b>                        | At arbejde rehabiliterende I hjemmeplejen gør arbejdet meningsfuldt   | ?                        | 2015 & 2016 |          |                  | X                              | (29)      |
| <b>I alt</b>                                    |   |                          |             | <b>0</b> | <b>2</b>         | <b>5</b>                       |           |

## 5 Effektstudierne

Da rehabilitering i hjemmeplejen er af en nyere dato, findes der foreløbig et begrænset antal studier af effekten af indsatsen. Otte studier omhandlende effekten af kommunernes tilbud om rehabilitering på borgernes funktionsevne og/eller ydelsesforbrug er identificeret.

**Tabel 3 Oversigt over effektstudierne**

| Studie-reference | Kommune    | Projekt  | Udgivelsesår | Ydelsesforbrug ja/nej | Funktionsevne ja/nej | Kontrolleret design ja/nej | Sideløbende organisationsstudie ja/nej | Reference |
|------------------|------------|--|--------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|--|-----------|
| 1                | Fredericia | Længst muligt i eget liv samt Hverdagsrehabilitering | 2010         | Ja                    | Nej                  | Ja                         | Ja                                     | (10)      |
| 2                | Aarhus     | Grib Hverdagen                                       | 2012         | Ja                    | Nej                  | Nej                        | Ja                                     | (16)      |
| 3                | Odense     | Træning som hjælp                                    | 2012         | Ja                    | Nej                  | Ja                         | Ja                                     | (4)       |
| 4                | Fredericia | Trænende Hjemmehjælp                                 | 2013         | Ja                    | Nej                  | Ja                         | Ja                                     | (5)       |
| 5                | Esbjerg    | Gør Borgeren til Master                              | 2014         | Ja                    | Nej                  | Ja                         | Ja                                     | (21)      |
| 6                | København  | Hverdagsrehabilitering                               | 2015         | Nej                   | Ja                   | Nej                        | Nej                                    | (17)      |
| 7                | Egedal     | Det Gode Hverdagsliv                                 | 2016         | Ja                    | Nej                  | Ja                         | Ja                                     | (22)      |
| 8                | Roskilde   | Hjælp til Selvhjælp                                  | 2016         | Ja                    | Nej*                 | Ja                         | Nej                                    | (24)      |

\* For en gruppe af borgere er der målt livskvalitet ved brug af EQ5D, men målingerne er ikke sket systematisk, hvorfor de ikke er medtaget her.

Det fremgår af tabellen, at syv af de otte studier er registerstudier, der forholder sig til spørgsmålet om, hvordan og hvorvidt borgernes ydelsesforbrug er ændret som følge af det kommunale udviklingsprojekt. Fem ud af seks er udgivet inden lovændringen, og to er udgivet derefter. Der er gennemført organisationsstudier i tilknytning til fem af de seks registerstudier – hvilket giver vigtig viden om, hvad det er, de pågældende kommuner har gjort for at opnå de ønskede ændringer i borgernes ydelsesforbrug.

Det kan ses som en generel svaghed ved registerstudierne, at de ikke beskæftiger sig med sammenhængen mellem borgernes ydelsesforbrug og deres funktionsevne målt ved eksempelvis ADL. Det betyder, at man ikke på baggrund af registerstudierne kan påvise, at udviklingen i ydelsesforbruget er en direkte følge af udviklingen i borgerens funktionsevne.

Et enkelt registerstudie (16) anvender desuden ikke et kontrolleret studiedesign. Det betyder, at de (positive) ændringer, som findes i borgernes ydelsesforbrug i dette studie, ikke nødvendigvis kan tilskrives det kommunale udviklingsprojekt.

Herudover er medtaget ét studie, der på baggrund af spørgeskemadata inkluderer borgernes egen vurdering af funktionsevne ved opstart og efter en intervention med rehabilitering. Her måles på udvikling af funktionsevne i forhold til ADL (17). Der indgår hverken et register- eller et

organisationsstudie til dette effektstudie, men den konkrete rehabiliteringsintervention er kort beskrevet i artiklen. Studiet er blandt andet udfordret af, at der ikke anvendes et kontrolleret studiedesign. Det betyder, at de (positive) ændringer, som findes i borgernes funktionsevne, ikke med sikkerhed kan tilskrives interventionen.

## 5.1 Læresætninger på tværs af studier

I det følgende præsenteres de studier, der er inkluderet i undersøgelsen, og de læresætninger, der kan uddrages af dem. Det diskuteres, om der er dokumenteret effekt – og hvis ja, hvordan studierne forklarer dette. Studierne præsenteres i kronologisk orden i forhold til *dato for udgivelse*, fordi der over tid er sket en udvikling i rehabilitering i forhold til fokus, praksis og organisatorisk setup, og studierne derfor skal tolkes i den historiske kontekst, de er udarbejdet i.

*Det første studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt, er studiet af Længst muligt i eget Liv i Fredericia, der er udgivet i 2010 (10). Der er tale om et før-efter-studie med fokus på ydelsesforbrug. Det sammenligner ydelsesforbruget hos den gruppe af borgere, der var i hjemmeplejen *før* implementering af projektet Længst Muligt i Eget Liv (2008), og med ydelsesforbruget hos den gruppe af borgere, der var i hjemmeplejen *efter* implementering af Længst muligt i eget liv (2009). I hver periode opgøres det, hvor meget hjælp borgerne får om ugen for forskellige ydelsestyper, og hvor længe de får det. På den baggrund udregnes det, hvor meget hjælp borgerne får, og hvor hurtigt de afsluttes fra hjælpen. Studiet finder en signifikant reduktion på cirka 13 procent fra før- til efter-perioden. Det svarer til et besparelspotentiale på cirka 13 millioner kroner. Studiet finder endvidere, at besparelsen i al væsentlighed kan henføres til, at borgerne afsluttes hurtigere fra hjælp efter indførelsen af Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering, end de gjorde før disse projekter. Forløbene bliver kortere, samtidig med at de borgere, der fortsat får hjælp, i gennemsnit får flere ydelser om ugen. Det indikerer, at borgere med mindre behov afsluttes hurtigere.

Et sideløbende organisationsstudie (12) viser, at interventionen – ”Hverdagsrehabilitering” – blev leveret af en specialiseret enhed. Praksis i denne enhed adskilte sig fra praksis i den almindelig hjemmepleje ved, at der blev arbejdet med afsæt i borgernes mål, ved at tidsforbruget systematisk blev nedsat, og ved at der var et ændret fokus på, at borgeren skulle klare opgaverne selv. Samtidig var der en tydelig ledelsesmæssig opfølgning på den tværfaglige indsats til borgerne i projektet.

*Det andet studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt, er studiet af Grib Hverdagen i Århus Kommune, der er udgivet i 2012 (16). Her undersøges ydelsesforbruget for de specifikke personer, der har medvirket i projektet (Grib Hverdagen), før og efter de blev visiteret til projektet. Der anvendes med andre ord et før-efter-design. Studiet finder et markant spring i udgifterne til den enkelte borger umiddelbart inden visitation, hvorefter ydelsesforbruget falder og stabiliseres på et nyt niveau efter rehabiliteringsforløbet. Dette ydelsesmønster er velvendt fra øvrige studier, hvor visitation til hjælp typisk er begrundet i en forværring af borgernes helbredstilstand og ofte omfatter en hospitalsindlæggelse – og hvor der ligeledes typisk sker en bedring i funktionstilstanden efter udskrivelse. Evalueringen giver ikke mulighed for at vurdere, om projektet (Grib Hverdagen) har påvirket ydelsesmønsteret, da der ikke anvendes kontrolgrupper og dermed ikke foretages en sammenligning med borgere, som ikke var omfattet af projektet.

*Det tredje studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt, er studiet af Træning som Hjælp (TSH) i Odense Kommune, der ligeledes er udgivet i 2012 (4). Det er også et studie af ydelsesforbruget og er gennemført efter samme principper som studiet af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia – men med den forskel, at projektet er udrullet på forskellige tidspunkter i kommunens fem distrikter. Det styrker studiet, idet det øger sandsynligheden for, at de effekter, der ses, skyldes projektet og ikke andre udefrakommende faktorer. Studiet finder en signifikant reduktion i ydelsesforbruget på cirka ni procent – igen som følge af, at efterfølgende brug af hjemmehjælp reduceres, eller borgeren ligefrem afsluttes i forhold til at modtage hjemmepleje.

Det sideløbende organisationsstudie (19) viser, at de aktive virkningsmekanismer i projektet er især a) en tværfaglig udredning og indsats ved terapeut og/eller sygeplejerske inden for ti dage kombineret med b) en tidsbegrænsning på hjælpen på maksimalt otte uger, hvorefter der skal ske en ny visitation.

Hjemmeplejens personale har også i forbindelse med projektet skullet yde aktiverende hjælp efter en tværfaglig handleplan, men organisationsstudiet kan ikke se en større forskel på personalets indsats til de borgere, der får tilbud om Træning som Hjælp sammenlignet med andre borgere i hjemmeplejen.

Effektstudiet (4) finder, at de borgere, der afsluttes fra praktisk hjælp, i højere grad er kvinder, og at sandsynligheden for at blive afsluttet fra pleje er lavere for de borgere, der havde et højt ydelsesforbrug, i perioden før projektet blev indført. Effektstudiet (ibid.) inkluderede oprindeligt også en analyse af, hvor lang tid, der går, fra en borger er afsluttet fra et forløb med rehabilitering, til vedkommende eventuelt igen bliver visiteret til hjælp. Da der er for få observationer, var det ikke muligt at gennemføre studiet.

*Det fjerde studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt, er studiet af Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune, der er udgivet i 2013 (5). Indsatsen – Trænende Hjemmehjælp – adskiller sig fra indsatsen i de øvrige projekter, der indgår i denne oversigt, fordi det er målrettet de borgere, der ellers ikke vurderes at kunne have udbytte af et forløb med Hverdagsrehabilitering svarende til det tilbud, der gives efter servicelovens paragraf 83a. Effektstudiet ser på ydelsesforbrug og anvender samme design som Odense-studiet. Studiets styrke er dermed, at det har en kontrolgruppe, og at det ser på borgere, som ellers ikke kommer i betragtning til rehabilitering. Det finder en signifikant reduktion i borgernes ydelsesforbrug i størrelsesordenen fire-fem procent for borgere over 67 år, hvilket modsvarer af den økonomiske investering, der er lavet til implementering af projektet. Det gør dermed indsatsen omkostningsneutralt i en periode over ét år.

Det sideløbende organisationsstudie (ibid.) peger på, at de aktive virkningsmekanismer i projektet er, at alle borgere i hjemmeplejen tilbydes et kvartalsbesøg ved terapeut eller sygeplejerske, hvor de rutiner, som borgeren og social- og sundhedspersonalet har udviklet i dagligdagen, gennemgås og justeres, så de modsvarer borgerens aktuelle hjælpebehov. Endvidere lægges der vægt på den specifikke måde, hvorpå ydelsesforbruget tilpasses, og det sikres, at hjælpen i hjemmet tilrettelægges efter de nye aftaler. Der sker et fagligt løft af social og sundhedspersonalet – og et brud på den måde visitation sædvanligvis praktiseres på i hjemmeplejen (ibid.).

*Det femte studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt, er studiet af ydelsesforbrug i forbindelse med Gør Borgeren til Mester i Esbjerg Kommune, der er udgivet i 2014 (21). Der er igen tale

om et før-efter-studie, der er gennemført efter samme principper som Fredericia-studiet af Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering. Studiet finder et generelt øget ydelsesforbrug i perioden og kan ikke se tendens til kortere forløb. Datagrundlaget er på grund af registreringsudfordringer og relativt få observationer svært at tolke, men det sideløbende organisationsstudie peger på, at der har været vanskeligheder forbundet med implementering, og at der reelt kun er få borgere, der har fået tilbud om rehabilitering.

*Det sjette studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt og denne gang i forhold til udvikling i borgernes funktionsevne, er studiet af en intervention med rehabilitering til ældre borgere over 65 år i Københavns Kommune, der er udgivet i 2014 (17). Målgruppen var ældre borgere, der henvendte sig om hjælp og støtte efter servicelovens paragraf 83 – eller allerede modtog hjælp efter samme paragraf og nu oplevede et øget hjælpebehov. Interventionen bestod i tre gange én times besøg ved en ergoterapeut kombineret med ugentlige rehabiliteringssessioner af 45 minutter ved social- og sundhedspersonale i 12 uger. Ændringer i borgernes funktionsevne (ADL) blev målt ved hjælp af et spørgeskema (ADL-i) ved baseline, efter 12 uger og ved followup (310-592 dage efter afsluttet forløb). I alt 91 borgere indgik i studiet, hvoraf 61 gennemførte både baseline og første interview, og 34 deltagere resterede ved followup. Studiet fandt en signifikant positiv ændring i borgernes funktionsevne fra første til anden måling, som forblev stabil ved den tredje måling – og så ingen forskel mellem gruppen af borgere over 65 år, der henvendte sig for første gang – og gruppen af ældre borgere over 65 år, der tidligere havde fået hjælp.

Det er en svaghed ved studiet, at der er så stort frafald fra baseline til 12 ugers undersøgelsen og det efterfølgende followup. Frafaldet skyldtes manglende respons på invitationen til at deltage (n=10), død (n=9), hospitalsindlæggelse (n=3), manglende ønske om at deltage (n=2), ferie (n=2) samt uvist (n=3). Det er ligeledes en svaghed, at der ikke anvendes et kontrolleret studie-design. Det gør det svært at afgøre effekten af interventionen på borgernes funktionsniveau.

*Det syvende studie*, der adresserer spørgsmålet om effekt, er studiet af Det Gode Hverdagsliv i Egedal Kommune, der er udgivet i 2016 (22). Her ses igen på borgernes ydelsesforbrug før og efter gennemførelse af interventionen. Der er tale om et kommunalt udviklingsprojekt, der blev gennemført i perioden 2014-2015 sideløbende med lovændringen i 2015 – med henblik på at styrke indsatsen med rehabilitering i hjemmeplejen. Effektstudiet finder en signifikant reduktion i ydelsesforbruget for den gruppe af borgere, der er målgruppe for kommunens rehabiliteringsprojekt (paragraf 83a) – men samtidig fremgår det, at ydelsesforbruget stiger for den øvrige gruppe af borgere i kommunen. Det sideløbende organisationsstudie giver ikke mulighed for at afgøre, hvad dette skyldes (23), og effektstudiet kontrollerer for eventuelle mulige registreringsændringer. Effektstudiet angiver som mulig forklaring, at der i projektperioden ikke har været samme fokus på at tilpasse forbruget hos de kendte som hos de nyvisiterede borgere.

*Det ottende studie*, der adresser spørgsmålet om effekt, er studiet af Hjælp som Selvhjælp i Roskilde Kommune, der er udgivet i 2016 (24) og ser på udviklingen i ydelsesforbrug. Det kommunale udviklingsprojekt blev – ligesom Det gode Hverdagsliv i Egedal – gennemført i samme periode som lovændringen med det formål at styrke indsatsen med rehabilitering i hjemmeplejen. Effektstudiet finder – ligesom i Egedal – en signifikant reduktion i ydelsesforbruget for de borgere, der får hjælp og støtte efter paragraf 83a – kombineret med en stigning i ydelsesforbruget for de borgere, der får hjælp og støtte efter paragraf 83.



Der er desværre ikke gennemført et sideløbende organisationsstudie, der kan forklare denne stigning. Effektstudierne fra Egedal og Roskilde Kommuner peger imidlertid på, at der bør være et opmærksomhedspunkt i forhold til de borgere, der får hjælp og støtte efter paragraf 83 i forbindelse med implementering af paragraf 83a.

## 5.2 Delkonklusion

Registerstudierne af effekten af kommunernes rehabiliteringsindsatser på borgernes ydelsesforbrug peger samlet set på, at det er muligt at opnå en reduktion i ydelsesforbruget ved en målrettet indsats med rehabilitering til de borgere, der er omfattet af servicelovens paragraf 83a – også efter implementering af den nye lov.

De to registerstudier, der er gennemført efter lovgivningen, peger på, at ydelsesforbruget kan øges for gruppen af borgere, der *ikke er* målgruppe for kommunens rehabiliteringsprojekt, i perioder hvor der arbejdes intensivt med at sikre tilbud til borgere, der *er* i målgruppe for rehabilitering, jf. paragraf 83a. Studierne giver ikke noget klart billede af, hvorfor det forholder sig således. Det kan dog være relevant at sikre, at der også i perioder med særlig fokus på de nyvisiterede er tilstrækkeligt fokus på ydelsesvisiteringen til de borgere, der ikke er målgruppe for servicelovens paragraf 83a.

Et enkelt studie finder samtidig, at det er muligt at påvirke ydelsesforbruget for denne gruppe ved en målrettet indsats med rehabilitering, der sikrer, at *alle borgere* i hjemmeplejen får tilbud om et kvartalsbesøg ved terapeut eller sygeplejerske, hvor de rutiner, som borgeren og social- og sundhedspersonalet har udviklet i dagligdagen, gennemgås og justeres, så de modsvarer borgerens aktuelle hjælpebehov.

Det ene studie, der er beskæftiget med udviklingen i borgerens funktionsevne, finder positiv effekt af en intervention med rehabilitering. Da studiet ikke gør brug af en kontrolgruppe, kan det ikke afgøres, om udviklingen skyldes interventionen eller andre faktorer.

Det kan ses som en svaghed ved de foreliggende studier, at de ikke inkluderer data om forbedringer på borgernes funktionsevne målt ved eksempelvis ADL i et kontrolleret studiedesign. Randers Kommune har efter bevilling fra TrykFonden igangsat et randomiseret studie af effekten af rehabilitering på borgernes funktionsevne målt ved hjælp af blandt andet COPM. Randers-studiet er færdigt og forventes udgivet i løbet af 2017. Ældre Sagen har desuden samtidig finansieret et KORA-studie, der ved hjælp af et kontrolleret design skal se på effekten af rehabilitering ved hjælp af målinger af livskvalitet (ASCOT), funktionsevne og ensomhed – og koble det til ændringer i udviklingen af borgernes ydelsesforbrug (<http://www.kora.dk/aktuelt/temaer/sundhedsoekonomi/nyheder/i13438/Virker-rehabilitering-%E2%80%93-ogsaa-paa-langt-sigt>). KORA-studiet er påbegyndt i 2016 og forventes færdigt i foråret 2019.

SFI evaluerer den generiske model for rehabiliteringsforløb i ældreplejen, der præsenteres i Sundhedsstyrelsens håndbog i rehabilitering på ældreområdet og afprøves og evalueres i Syddjurs og Slagelse Kommuner. Evalueringen sammenligner på linje med Langberg-studiet ovenfor udviklingen i borgernes funktionsevne før og efter et forløb med rehabilitering.

## 6 Studierne af borgernes oplevelser

Elleve studier vedrørende borgernes oplevelser af rehabilitering er inkluderet. Datagrundlaget er for samtlige studier kvalitativt og omfatter etnografisk feltarbejde med observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale. Studierne knytter sig både til evalueringerne af de forskellige kommuners projekter (ni studier), såvel som studier der ser på tværs (to studier), for eksempel med entydigt fokus på borgernes oplevelse af den rehabiliterende tilgang. Datamaterialet gør det således muligt at forstå borgernes oplevelse direkte koblet til medarbejdernes praksis. Tabel 4 nedenfor giver et overblik over datagrundlaget i de ti undersøgelser. Herudover henvises til bilag 1 for et grundigt resume af undersøgelserne.

**Tabel 4 Oversigt over datagrundlaget i de 11 studier, der belyser borgernes oplevelser af rehabiliterende tilbud.**

| Kommune                      | Projekt   | Udgivelsesår | Datagrundlag  | Reference |
|------------------------------|---|--------------|---|-----------|
| Fredericia                   | Længst muligt i eget liv samt Hverdagsrehabilitering                      | 2010, 2011   | 2010: Seks dages observationer. Individuelle interviews med fire borgere.<br>2011: Seks dages observationer.  | (11,12)   |
| Aarhus                       | Grib Hverdagen  | 2011, 2012   | 2011: Individuelle interviews med seks borgere og en pårørende.<br>2012: Ti dages deltagerobservation. Individuelle interviews med ni borgere og tre pårørende. | (15,16)   |
| Fredericia                   | Trænende Hjemmehjælp  | 2011, 2013   | 2011: Seks dages observationer.<br>2013: Fem dages deltagerobservationer. Et fokusgruppeinterview med otte borgere  | (5,11)    |
| København                    | Hverdagsrehabilitering  | 2014         | 18 observationer. Otte individuelle interviews med borgere.   | (18)      |
| Hillerød                     | Aktiv i Din Hverdag   | 2013         | Seks dages deltagerobservation. To fokusgruppeinterviews med hver otte borgere. Et fokusgruppeinterview med tre pårørende.                                      | (20)      |
| Esbjerg                      | Gør Borgeren til Mester   | 2014         | Observationer. Individuelle interviews med fire borgere.  | (21)      |
| Egedal                       | Det Gode Hverdagsliv  | 2016         | Fire observationsdage. To fokusgruppeinterviews med hhv. fire og tre borgere.   | (23)      |
| Hørsholm, Svendborg og Vejen | Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering *                              | 2015         | 34 individuelle interviews med borgere.   | (27)      |
| Svendborg og Middelfart      | Med hænderne i lommen – borger og medarbejders samspil i rehabilitering * | 2016         | 13 observationer. 21 individuelle interviews med borgere.   | (28)      |

Note: I beskrivelsen af datagrundlaget inkluderes kun formaliserede interview. Herudover er der i undersøgelserne eksempelvis også anvendt skriftligt materiale samt on spot-interview, der er gennemført med borgere og pårørende i forbindelse med observationerne.

\* Disse betegnelser er navnene på undersøgelsesrapporterne og ikke kommunernes projekter.

### 6.1 Læresætninger på tværs af studier

Fokus for dette afsnit er at beskrive nogle af de tværgående fund vedrørende borgernes oplevelse af rehabiliteringen, der vedrører organisering af indsatsen og samspillet med medarbejderne.

#### 6.1.1 At føle sig målt og vejlet

Seks af de inddragede undersøgelser understreger på baggrund af interview med borgere vigtigheden af på en god og fyldestgørende måde at få kommunikeret til borgeren, hvad formålet med

rehabiliteringsforløbet og dets forskellige delelementer er (14-16,23,27,28). I nogle af disse undersøgelser giver interviewede borgere udtryk for ikke at forstå eller ikke at have fået ordentligt forklaret, hvad et rehabiliterende forløb er, hvad det indebærer, eller hvad formålet med det skal være (18,27,28). Dette gør det ikke blot svært at arbejde motiverende med borgeren, det kan også skabe utryghed hos borgerne i forhold til, hvilken hjælp de kan forvente at modtage under og især efter endt rehabiliteringsforløb (27,28). Dette gælder eksempelvis i de indledende vurderinger af borgernes funktionsniveau og behov for hjælp. Her giver borgere i en af undersøgelserne (27) udtryk for at føle det stødende at blive observeret og vurderet, for eksempel når de skal vise en visitator eller terapeut, hvordan de gør, når de støvsuger. Det gør de, fordi de oplever at blive bedt om at gøre netop dét, de ikke kan, og som er hele årsagen til, at de har bedt om hjælp. Nogle borgere opfatter dette som en afprøvning af deres påstand og derfor som et udtryk for mistillid fra kommunens side.

Borgerne kan også have en negativ oplevelse af den løbende vurdering af deres funktionsevne, der ofte er indlagt i rehabiliteringsforløbene. Den løbende vurdering har blandt andet til formål, at medarbejderne kan skønne, hvorvidt det er muligt at mindske intensiteten, det vil sige antal og længde af besøg. Dette opfattes af nogle borgere som et pres: Hvis de virker 'for gode', risikerer de at miste hjælpen, førend de selv føler sig klar, og de kan dermed opleve utryghed i forhold til, hvilken hjælp de kan forvente at få fremadrettet (27). Andre borgere finder det derimod motiverende at kunne følge med i udviklingen af deres funktionsevne, eksempelvis gennem visuelle redskaber eller skemaer (20,21).

I Esbjerg-undersøgelsen forklarer medarbejderne, at de anvender redskaber til at vurdere borgernes funktionsevne og mål fleksibelt. Nogle borgere oplever redskaberne negativt og sammenligner dem med et spil uden gevinster og føler sig ikke hørt gennem brugen af det. Ønsker borgeren ikke 'at spille', fravælger medarbejderne derfor at anvende det eller anvender kun dele af det for at imødekomme borgeren (21)

Medarbejdernes mulighed for løbende at tilpasse den konkrete indsats i forhold til borgerens behov kan både bevirke, at borgeren får en mere individuelt tilpasset indsats, men det kan samtidig også betyde, at borgeren ikke har en skriftlig beskrivelse af det faktiske indhold af indsatsen, for eksempel i en handleplan, fordi mindre ændringer i den daglige indsats eller ændringer i delmål ikke nødvendigvis nedfældes i borgerens egen plan (28).

Undersøgelserne nævnt ovenfor peger således på, at det er af betydning, *hvordan* medarbejderne foretager og formidler vurderinger af borgerens funktionsevne, herunder om det sker på en måde, så borgeren rent faktisk føler sig inddraget og hørt.

### 6.1.2 Kontinuitet og kendskab

På tværs af undersøgelserne giver borgerne udtryk for, at det har stor betydning for dem, at det er de samme, og helst få forskellige medarbejdere, der kommer i hjemmet. Kendskabet – relationen – til medarbejderne gør, at borgerne føler sig tryggere og mere tillidsfulde i rehabiliteringsforløbet, der ofte er fulgt efter et hastigt fremadskridende funktionstab, eventuelt også indlæggelse, og hvor hverdagen derpå skal læres på ny. For borgerne medvirker det mindre antal medarbejdere i hjemmet ligeledes til netop denne oplevelse af kontinuitet, hvor alle arbejder mod samme mål, og hvor man kan fortsætte, 'hvor man slap'. Medarbejdere lægger også vægt på den kontinuitet, der ligger i, at det er de samme få medarbejdere, der indgår i den rehabiliterende indsats i hjemmet. For medarbejderne betyder det, dels at de når at opbygge det fornødne

kendskab til borgeren, hvilket er et vigtigt redskab til at motivere – at vide, hvilke knapper de skal trykke på, dels medvirker det lille antal faste medarbejdere til at sikre, at der arbejdes på samme rehabiliterende måde og ikke mindst mod det samme mål om højst mulig grad af selvhjulpenhed (12,14,16,18,27,28).

### **6.1.2.1 Målet om selvhjulpenhed**

Flere studier påpeger, at målet om selvhjulpenhed ikke altid deles af borgeren selv. Mange borgere ønsker at blive så selvhjulpne og dermed selvstændige som muligt, og disse borgere vil ofte finde glæde ved den rehabiliterende tilgang (20,28). Andre borgere opfatter målet om selvhjulpenhed som urealistisk og føler det som et pres at skulle leve op til eller arbejde hen mod dette. Især for disse borgere kan den løbende vurdering af funktionsniveauet og opfordringerne til at forsøge at løse opgaverne selv opleves som et frustrerende pres (27). Og borgere, der føler sig utrygge ved rehabiliteringsforløbet, for eksempel fordi de er utrygge i en badsituation, er mindre glade for den rehabiliterende indsats, og det kan være udfordrende for medarbejderne at motivere borgerne til selvhjulpenhed og eventuel afslutning af indsatser fra hjemmeplejen (20,23,28).

I forbindelse med, om borger deler målet om selvhjulpenhed, er det værd at holde in mente, at dette mål ikke altid deles i lige så høj grad, når det drejer sig om praktisk hjælp, som det gør ved personlig pleje. Flere undersøgelser (15,16,21,23,28) peger på, at det er sværere at motivere borgeren til at blive selvhjulpne i forhold til den praktiske hjælp, eksempelvis støvsugning. Generelt er det altså nemmere at motivere borgeren i forhold til selv at kunne, jo tættere på kroppen det kommer.

## **6.2 Delkonklusion**

Der er en række vigtige læresætninger at tage med videre på baggrund af de borgerstudier, der indgår i denne undersøgelse.

Borgere kan have svært ved at forstå formålet med og indholdet i de rehabiliterende forløb. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne fastholder og kommunikerer, hvad rehabilitering er, og at rehabilitering er et tilbud af høj kvalitet, som tilbydes, fordi man mener, at det er det bedste og det rette at tilbyde borgerne (se også kapitel 7).

Medarbejderne skal samtidig være opmærksomme på nødvendigheden af klart og tydeligt – og eventuelt løbende – at indgå i dialog med borgeren om formålet med, indholdet af og ikke mindst det forventede forløb efter rehabiliteringsindsatsen. Når det er nødvendigt at observere, at borgeren udfører en given opgave i vurderingen af dennes funktionsevne, må medarbejderne være opmærksomme på at optræde på en måde, så borgeren dels forstår formålet, dels ikke føler at miste sin værdighed.

Det også er vigtigt at tage borgerens eventuelle utryghed ved selv at skulle løse opgaverne alvorligt, dels ved at tilvejebringe den nødvendige støtte, indtil borgeren føler sig tryk ved selv at kunne, dels ved at sørge for, at den løbende vurdering af funktionsniveauet ikke gør borgeren usikker på, hvilken hjælp der kan forventes fremadrettet. Det kan være mere udfordrende at motivere borgeren til selvhjulpenhed til praktiske opgaver end til personlig pleje.

Endelig finder både borgere og medarbejdere det givtigt for samarbejdet, herunder ikke mindst motivationsarbejdet, at det så vidt muligt er de samme (få) medarbejdere, der kommer i hjemmet.

## 7 Studierne af organisering og implementering

Med undtagelse af Roskilde-evalueringen omhandler samtlige af de konkrete evalueringer, der indgår i denne oversigt, organisering og implementering af det rehabiliterende arbejde, ligesom fire af de øvrige studier omhandler dette. I tabellen nedenfor gives et overblik over de forskellige undersøgelsers datagrundlag.

**Tabel 5 Overblik over de forskellige undersøgelsers datagrundlag**

| Kommune           | Projekt  | Udgivelsesår           | Datagrundlag  | Reference |
|-------------------|--|------------------------|---|-----------|
| <b>Fredericia</b> | Længst muligt i eget liv samt Hverdagsrehabilitering | 2010, 2011, 2011, 2013 | 2010: Fire dages observationer. Fire gruppeinterviews med ledere og medarbejdere.<br><br>2011: Ni dages observationer. Otte fokusgruppeinterviews med fysioterapeuter, ergoterapeuter, hjemmetrænere, trænende hjemmehjælpere, 'almindeligt plejepersonale', hjemmetrænere fra rejseholdet, ledere af projektenheder, ledere af visitationen, terapeuter, rehabilitering og plejen. Individuelle interviews med projektlederen for Trænende Hjemmehjælp og projektlederen for Længst Muligt i Eget Liv  | (11-14)   |
| <b>Aarhus</b>     | Grib Hverdagen                                       | 2011, 2012             | 2012: Ti dages deltagerobservation. Individuelle interviews med projektledere. Syv fokusgruppeinterviews med tværfaglige teams, et fokusgruppeinterview med hhv. visitatorer, ergoterapeuter og sygeplejersker samt tre fokusgruppeinterviews med et hjemmehjælpkollektiv og koordinerende ledere. Spørgeskemaundersøgelse målrettet teamledere.<br><br>2011: 13 fokusgruppeinterviews med tværfaglige teams, et fokusgruppeinterviews med hhv. visitatorer, koordinerende ledere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker.   | (15,16)   |
| <b>Fredericia</b> | Trænende Hjemmehjælp                                 | 2011, 2013             | 2011: Ni dages observationer. Otte fokusgruppeinterviews med fysioterapeuter, ergoterapeuter, hjemmetrænere, trænende hjemmehjælpere, 'almindeligt plejepersonale', hjemmetrænere fra rejseholdet, ledere af projektenheder, ledere af visitationen, terapeuter, rehabilitering og plejen. Individuelle interviews med projektlederen for Trænende Hjemmehjælp og projektlederen for Længst Muligt i Eget Liv<br><br>2013: Fem dages deltagerobservationer. Gruppeinterviews med hhv. social- og sundhedsmedarbejdere uden tilknytning til Tværfagligt team, hjemmesygeplejersker uden tilknytning til Tværfagligt team, planlæggere, distriktsledere, terapeuter uden tilknytning til Tværfagligt team, Tværfagligt team, visitatorer. Individuelle interviews med visitationschefen, rehabiliteringschefen, plejeforfatteren, projektlederen. | (5,14)    |
| <b>København</b>  | Hverdagsrehabilitering                               | 2014                   | 18 observationer. Fem individuelle interviews med visitatorer, et individuelt interview med terapeut. Fire fokusgruppeinterviews med hjælpere, visitatorer og terapeuter  | (18)      |
| <b>Odense</b>     | Træning som hjælp                                    | 2012                   | Observationer. Fokusgruppeinterviews med social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, terapeuter, visitatorer samt ledere.  | (19)      |
| <b>Hillerød</b>   | Aktiv i Din Hverdag                                  | 2013                   | Seks dages deltagerobservation. Fokusgruppeinterviews med hhv. ergoterapeuter, medarbejdere fra rehabiliteringsafdelingen, hjemmesygeplejersker, daglige og assistende ledere, social- og sundhedsmedarbejdere, visitatorer. Individuelt interview med projektlederen.  | (20)      |

| Kommune                                  | Projekt   | Udgivelsesår | Datagrundlag   | Reference |
|--|---|--------------|--|-----------|
| Esbjerg                                  | Gør Borgeren til Mester   | 2014         | Observationer. Interview med det observerede personale, lederen af visitationen, teamlederen i hjemmeplejedistriktet, direktøren, projektlederen og styregruppen. Fokusgruppeinterview med henholdsvis visitatorer, ledere, teamledere, sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere.   | (21)      |
| Egedal                                   | Det Gode Hverdagsliv  | 2016         | Fire observationsdage. Fokusgruppeinterviews med hhv. sygeplejersker, rehabiliteringskonsulenter, Visitationen, Træningsteamet, tovholdere fra hjemmeplejen, områdeledere samt teamledere.   | (23)      |
| Esbjerg, Greve, Holbæk, Kolding og Vejen | ReKoHver – projektet Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering *  | 2014         | 24 observationer. 12 fokusgruppeinterviews med medarbejdere og ledere. Fem individuelle interviews. Spørgeskemaundersøgelse besvaret af 653 medarbejdere og ledere.  | (25)      |
| Randers                                  | Dokumentation i praksis i Randers Kommune *   | 2014         | Otte observationsdage. Medarbejderes selvrapporterede tid anvendt på dokumentation.  | (26)      |
| Svendborg og Middelfart                  | Med hænderne i lommen – borger og medarbejders samspil i rehabilitering *   | 2016         | 13 observationer. To fokusgruppeinterviews med hhv. ledere, deltagere i et tværfagligt rehabiliteringsmøde, medarbejdere tilknyttet en bestemt borger, samt et fokusgruppeinterview med hhv. medarbejdere der deltog i et visitationsmøde, social- og sundhedsmedarbejdere/hjemmetrænere. Syv individuelle interviews med social- og sundhedsmedarbejdere/hjemmetrænere. | (28)      |
| ?  | Rehabilitating elderly bodies and selves. New forms og care work, professional identity and status in rehabilitative home care samt Rehabilitative bodywork: Cleaning up the dirty work of homecare * | 2015, 2016   | Omfattende observationer af hverdagen i to kommunale hjemmeplejer, samt bl.a. interviews med mere end mere end 30 medarbejdere i hjemmeplejen, herunder social- og sundhedsmedarbejdere, visitatorer, terapeuter, ledere og administratorer.   | (7,8)     |
| ?  | At arbejde rehabiliterende i hjemmeplejen gør arbejdet meningsfuldt *   | 2016         | Repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt 361 ansatte i hjemmeplejen i de nordiske lande.   | (29)      |

Note: Studierne vil i varierende grad også basere sig på skriftligt materiale og on-spot-interviews i forbindelse med observationerne.

\* Disse betegnelser er navnene på undersøgelsesrapporterne og ikke kommunernes projekter.

I langt overvejende grad er datagrundlaget for studierne kvalitativt i form af interviews og observationer, hvor undtagelserne er Aarhus og ReKoHver-undersøgelserne, der udover kvalitative data også omfatter spørgeskemaundersøgelser, der vedrører organisering og implementering, samt undersøgelsen af meningsfuldhed i at arbejde rehabiliterende, som udelukkende er baseret på spørgeskemadata. Med kombinationen af flere observationer og interviews med de aktører, der kan siges at være centrale for det rehabiliterende arbejde, vurderes det, at undersøgelserne samlet set baserer sig på et solidt datagrundlag.

I de følgende afsnit fremhæves centrale fund fra undersøgelserne, og hvilken læring der kan udledes.

## 7.1 Læresætninger på tværs af studierne

Som kortlægningen af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet viste i 2013 (1), viser også denne oversigtsrapport, at der er mange forskellige måder at organisere det rehabiliterende arbejde på, såvel som at de forskellige måder er opbygget af de samme komponenter, som blev beskrevet i kortlægningen. Komponenterne er eksempelvis uddannelse og kompetenceudvikling inden for rehabilitering, tværfagligt samarbejde, tidsbegrænsede forløb, mål for borgernes udvikling samt motivering af borgerne.

I kortlægningen fra 2013 (1) beskrives fire forskellige måder, hvorpå den rehabiliterende indsats er organiseret i kommunerne: *hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger*, *hjemmepleje med ekstra ressourcer*, *tværfaglig specialenhed* og *terapeutmodellen*. I dette afsnit udlægges, hvad undersøgelserne i rapporten fortæller om de nuværende organiseringsformer og deres fordele og ulemper.

Undersøgelserne, der omhandler evalueringer af kommuners implementering af den rehabiliterende tilgang, kan placeres under de tre førstnævnte måder ovenfor, og der er således ingen undersøgelser af organiseringsformen *terapeutmodellen*. I tabellen nedenfor er kommunerne kategoriseret efter organisationstyper.



**Tabel 6 Kommunerne kategoriseret efter organisationstyper**

| Kommune                  | Organisationsform                                     |   |                                 |                          |                      |
|--------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------------|----------------------|
|                          | Type 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger | Type 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer | Type 3: Tværfaglig specialenhed | Type 4: Terapeutmodellen | Andet/ikke defineret |
| Aarhus <sup>1</sup>      | X   |   |                                 |                          |                      |
| Egedal                   |   | X   |                                 |                          |                      |
| Esbjerg                  |   | X   |                                 |                          |                      |
| Fredericia               |   | X <sub>2</sub>                            | X                               |                          |                      |
| Greve                    |   |   |                                 |                          | X                    |
| Hillerød                 | X   |   |                                 |                          |                      |
| Holbæk                   |   |   |                                 |                          | X                    |
| Hørsholm                 |   | X   |                                 |                          |                      |
| Kolding                  |   |   |                                 |                          | X                    |
| København                | X   |   |                                 |                          |                      |
| Middelfart               | X   |   |                                 |                          |                      |
| Odense                   | X   |   |                                 |                          |                      |
| Randers                  |   |   |                                 |                          | X                    |
| Roskilde                 |   |   | X                               |                          |                      |
| Svendborg                |   | (X) <sub>3</sub>                          | X                               |                          |                      |
| Vejen                    | X   |   |                                 |                          |                      |
| <b>I alt<sup>4</sup></b> | <b>6</b>  | <b>4</b>                                  | <b>3</b>                        | <b>0</b>                 | <b>4</b>             |

<sup>1</sup> Aarhus Kommune kategoriseres i Socialstyrelsens kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet fra 2013 som en specialiseret enhed. Aarhus passer også ind i denne kategori for så vidt, at medarbejdere samles fra forskellige afdelinger for at indgå i fælles tværfaglige teams, som samarbejder om borgernes forløb. Medarbejderne er dog stadig ledelses- og aflønningsmæssigt tilknyttet deres oprindelige teams, hvilket skaber nogle strukturer, der giver barrierer for samarbejdet. Derfor kategoriseres Aarhus Kommune i som type 1.

<sup>2</sup> Fredericia Kommunes Trænende Hjemmehjælp kunne også kategoriseres som hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger, fordi medarbejderne stadig er tilknyttet disse. Når vi alligevel vælger at kategorisere dem som hjemmepleje med ekstra ressourcer, er det, fordi de forsøger at undgå risici ved organisationstypen, hvor afdelinger samarbejder, ved at organisere sig, som om, medarbejderne reelt er tilknyttet hjemmeplejen. Det vil eksempelvis sige, at når medarbejdere tilknyttet Trænende Hjemmehjælp arbejder i regi af dette, hører de under hjemmeplejens ledelse.

<sup>3</sup> Enkelte rehabiliteringsforløb varetages af de almindelige hjemmeplejesektioner.

<sup>4</sup> Tallet summer til 17, fordi Fredericia Kommune er repræsenteret med to forskellige projekter.

I de følgende afsnit uddybes først kort, hvad organisationsformen indebærer, og herefter hvad de inddragne undersøgelser viser om de forskellige organisationsformer.

### Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger

I denne organisationsform samarbejder forskellige faglige afdelinger om det rehabiliterende forløb, og samarbejdet tager eksempelvis form som fællesteams, som konkrete medarbejdere, eksempelvis terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, fra de forskellige afdelinger tilknyttes for at varetage rehabiliteringsforløb, samtidig med at de forbliver forankrede i deres forskellige afdelinger og varetager opgaver her.

I kortlægningen fra 2013 beskrives blandt andet den fordel ved modellen hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger, at den rehabiliterende tilgang kan vinde indpas i både hjemmeplejen og de andre afdelinger, fordi de aktører, der samarbejder om de rehabiliterende forløb, kan tage erfaringer og viden med ind i deres respektive teams og således være ambassadører for den rehabiliterende tilgang. Hertil hører dog også den sårbarhed, at succesen med organisationsformen er afhængig af et godt samarbejde mellem hjemmeplejen og de øvrige afdelinger.

Af undersøgelserne inddraget i denne oversigt fremgår det, at seks kommuner arbejder med denne organiseringsform, *Aarhus, Hillerød, København, Odense, Middelfart og Vejen*, men kun for undersøgelserne af Aarhus, Hillerød, Middelfart og Odense er det muligt at udtrække læring om, hvordan organiseringsformen virker.

Undersøgelserne bekræfter, at denne organisationstype kan være sårbar. Aarhus-undersøgelserne viser, at når medarbejderne aflønnes af flere forskellige afdelinger, og flere ledelser derfor skal nå til enighed om prioriteringer af medarbejdernes tid og afdelingernes ressourcer, kan det medføre tunge tidsregistreringssystemer, som medarbejderne ikke anvender korrekt, og som derfor tager tid uden at give et retvisende billede (15,16). Undersøgelserne i Aarhus, Odense, Middelfart og Hillerød viser, at overdragelsen af viden om borgerens forløb er et meget sårbart led i forhold til, om der praktiseres en fælles rehabiliterende tilgang inden for mellem medarbejderne i fællesteamet, såvel som når borgeren overdrages til andre teams/afdelinger. Afstemmes tilgangen ikke, kommer borgeren til at modtage flere parallelle forløb, hvor der kun tilfældigt opstår positiv synergi (15,16,19,20,28). Den rehabiliterende tænkning breder sig således ikke per automatik til de øvrige medarbejdere i de afdelinger, medarbejderne fra de tværfaglige teams kommer fra og stadig er tilknyttet. Herudover fremhæves det i Aarhus-undersøgelsen, at det er svært for medarbejderne at oplære deres kollegaer, hvilket er en yderligere barriere for, at viden spredes i organisationen (15,16). Også i de andre organiseringsstyper beskrevet nedenfor er overleveringen af viden til andre afdelinger om, hvordan der arbejdes med en borger og om hvad, dog problematisk.

---

<sup>5</sup> Aarhus Kommune kategoriseres i Socialstyrelsens kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet fra 2013 som en specialiseret enhed. Aarhus passer også ind i denne kategori, for så vidt at medarbejdere samles fra forskellige afdelinger for at indgå i fælles tværfaglige teams, som samarbejder om borgernes forløb. Medarbejderne er dog stadig ledelses- og aflønningsmæssigt tilknyttet deres oprindelige teams, hvilket skaber barrierer for samarbejdet. Derfor kategoriserer vi Aarhus Kommune som type 1.

## Hjemmepleje med ekstra ressourcer

I denne organisationsform ansættes særlige faglige ressourcer i afdelingen for hjemmeplejen, for eksempel ergo- og fysioterapeuter eller sygeplejersker.

I kortlægningen fra 2013 (1) beskrives fordele ved organiseringsformen *hjemmepleje med ekstra ressourcer* som, at den underbygger tæt tværfaglig sparring, samt at den, fordi fagpersonerne har samme leder, minimerer risikoen for, at fagspecifikke forståelser af rehabiliteringsforløbet i forhold til mål, metoder og rollefordeling karamboleres.

Af undersøgelserne i denne gennemgang fremgår det, at fire kommuner arbejder med denne organiseringsform, *Egedal, Esbjerg, Fredericia og Hørsholm*, men det er kun muligt at trække læring om, hvordan organiseringsformen virker for undersøgelserne af Egedal og Fredericia.

Egedal-undersøgelsen viser, at det tætte samarbejde mellem terapeuten og social- og sundhedsmedarbejderne er med til at fastholde fokus på den rehabiliterende tilgang og således fremme implementering. Omvendt ses der også en opgaveglidning i forhold til dokumentationen fra social- og sundhedsmedarbejdere til terapeuterne, samt at terapeutens tilstedeværelse betyder, at social- og sundhedsmedarbejderne ikke står frem som fortalere for den rehabiliterende tilgang over for kritiske borgere, men tværtimod 'gemmer sig' bag terapeuten (23).

Fredericia-undersøgelsen af Trænende Hjemmehjælp viser, at struktureringen, hvor tværfaglige teammedlemmer løbende er med ude hos borgerne og efterfølgende diskuterer tilgangen til denne med medarbejderne, sikrer implementering og kompetenceudvikling (5).

De to undersøgelser bekræfter således, at både fordelene og ulemperne ved organisationsformen eksisterer, og at det på det sparsomme datagrundlag ikke er muligt at uddrage noget om modellens fordele og ulemper.

## Tværfaglig specialenhed

I stedet for at bygge den rehabiliterende tilgang ind i noget eksisterende, etableres der i denne model et specialiseret team, der skal varetage de rehabiliterende forløb. Teamet består typisk af terapeuter (ergo- samt fysioterapeuter), social- og sundhedspersonale og eventuelt sygeplejersker og ernæringsfagligt personale.

I kortlægningen fra 2013 beskrives fordele ved organiseringsformen *tværfaglig specialenhed*, såsom at borgeren får et forløb, der af et engageret og fagligt kompetent team er optimeret til at være rehabiliterende i forhold til de behov, borgeren måtte have. Der beskrives tillige risici, såsom at der kan opstå usikkerhed om opgavefordelingen mellem det specialiserede team og

---

<sup>6</sup> Fredericia Kommunes Trænende Hjemmehjælp kunne også kategoriseres som hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger, fordi medarbejderne stadig er tilknyttet disse. Når vi alligevel vælger at kategorisere den som hjemmepleje med ekstra ressourcer, er det, fordi de forsøger at undgå risici ved organisationsformen samarbejde mellem afdelinger ved at organisere sig, som om medarbejderne reelt er tilknyttet hjemmeplejen. Det vil eksempelvis sige, at når medarbejdere tilknyttet Trænende Hjemmehjælp arbejder i regi af dette, hører de under hjemmeplejens ledelse.

hjemmeplejen, når der også er almindelige hjemmeplejeydelser tilknyttet en borger. Hjemmeplejen kan desuden opleve det specialiserede team som en trussel for deres arbejdsgrundlag. Borgerne oplever modstridende praksis i deres samarbejde med det specialiserede team og hjemmeplejen.

Af de 19 undersøgelser inddraget i denne gennemgang fremgår det, at tre kommuner arbejder med denne organiseringsform, *Fredericia, Roskilde og Svendborg*, men det er kun muligt at trække læring om, hvordan organiseringsformen virker, fra undersøgelserne i Fredericia og Svendborg.

Evalueringen af Fredericia Kommunes projekt Hverdagsrehabilitering bekræfter, at borgeren får et optimeret forløb med et engageret og fagligt kompetent team (13), mens Svendborg-Middelfart-undersøgelsen viser, at det i overgangen til den almindelige hjemmepleje er svært at bevare et rehabiliterende fokus for borgeren (28).

Igen bekræfter de to undersøgelser således, at både fordelene og ulemperne ved organisationsformen eksisterer.

I det følgende uddrages, hvilken læring der kan udledes fra undersøgelserne om implementeringen af den rehabiliterende tilgang.

## 7.2 Læresætninger om implementering

### 7.2.1 Muligheden for tæt, tværfagligt samarbejde

Som det blev pointeret i kortlægningen (1), viser denne litteraturgennemgang også, at et tæt tværfagligt samarbejde er vigtigt. Det tætte tværfaglige samarbejde skal tjene to formål:

- At skabe sammenhængende forløb for borgerne, både når samarbejdet er mellem medarbejdere, der alle er engagerede i det rehabiliterende forløb, såvel som når borgere overdrages til for eksempel den almindelige hjemmepleje.
- At udvikle den rehabiliterende tilgang, eksempelvis gennem sparring, der genererer ideer til et konkret borgerforløb eller terapeuters kompetenceudvikling af social- og sundhedsmedarbejdere.

Et mangelfuldt tværfagligt samarbejde kan således hindre den rehabiliterende indsats i det enkelte borgerforløb såvel som en effektiv implementering i organisationen.

I kortlægningen beskrives, at det kan være udfordrende at etablere god sparring mellem faggrupperne, fordi social- og sundhedsmedarbejdere finder sparring fra for eksempel terapeuter belærende (1). Denne barriere genfindes ikke i de inkluderede undersøgelser i denne gennemgang<sup>7</sup>. Tværtimod beskriver flere undersøgelser netop det gode samarbejde, der blandt andet bygger på sparring mellem terapeuter og social- og sundhedsmedarbejderne, ligesom at sparring ifølge både ledere, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere beskrives som et vigtigt og

---

<sup>7</sup> Det kan naturligvis skyldes, at undersøgelserne ikke har haft fokus på denne barriere.

givent redskab i det rehabiliterende arbejde (5,11,12,23,25,28). Der er dog andre barrierer for det tværfaglige samarbejde, som behandles herunder.

### **7.2.1.1 Den uformelle sparring**

En barriere for et godt tværfagligt samarbejde kan ligge i rammerne for møderne mellem fagpersonerne – eksempelvis i Hillerød-undersøgelsen. Terapeuterne og social- og sundhedsmedarbejderne mødes ikke uformelt i hverdagen og kun månedligt til et tværfagligt møde. Samarbejdet mellem disse faggrupper begrænser sig derfor i høj grad til *trappesparring*, fordi det primært er hos borgerne, de møder hinanden. For at give rum for en hyppigere uformel sparring kunne social- og sundhedsmedarbejderne ringe til terapeuterne, men det redskab blev kun taget i brug, hvis borgeren spurgte om noget, som social- og sundhedsmedarbejderen ikke kunne svare på, og blev altså *ikke* set som en adgang til daglig sparring (20). Det betyder, at frem for at der i hverdagen opstår rum til, at terapeuterne kan lære fra sig til social- og sundhedsmedarbejderne, sker der en udveksling af tanker ”på trappestenen” hos borgeren. Medarbejderne sætter pris på sparringen, men det er næppe en struktureret, velgennemtænkt formidling af, hvordan der i dette tilfælde såvel som generelt bedst arbejdes rehabiliterende. Herudover synes fundet af, at den telefoniske sparring ikke tages i brug, at bekræfte, hvad der også blev pointeret i kortlægningen: Hvis sparring skal foregå telefonisk, skal der være en god personlig relation mellem terapeut og social- og sundhedsmedarbejder, for ellers sker det ikke (1).

Kortlægningen fra 2013 beskrev, at flere kommuner var begyndt at organisere sig som *hjemmepleje med ekstra ressourcer*, hvor terapeuter ansættes direkte i hjemmeplejens teams, blandt andet med henblik på at sikre en gunstig, hyppig og uformel sparring (1). Denne funktion beskrives grundigt i Egedal-undersøgelsen, hvor det pointeres, at tilstedeværelsen af en terapeut fastholder et rehabiliterende fokus i det daglige, når social- og sundhedsmedarbejderne tenderer til at praktisere en kompenserende hjælp frem for en rehabiliterende (23).

I ReKoHver-undersøgelsen fandt de ligeledes, at i den kommune, hvor sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere er placeret fysisk sammen og har samme ledelse, fungerer den relationelle koordinering bedst (25) – og i København, at hvis medarbejderne ikke mødes, risikerer resultatet at blive, at der køres parallelle forløb til forskel fra koordinerede forløb (18). Relationel koordinering består blandt andet i at koordinere arbejdet med en borger gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt (25), og det er således disse elementer, der vurderes at gå tabt, når fagpersonerne ikke mødes i hverdagen og kan følge med i hinandens arbejde og tanker bag det.

### **7.2.1.2 Den formelle sparring**

Der er såvel barrierer som muligheder i de formelle mødefora, der findes i alle kommunerne, omend deres form og medarbejdernes oplevelse af dem varierer. Undersøgelser viser dog, at fysiske møder bliver efterspurgt, og at de sikrer koordinering og kompetenceudvikling (18,28), og hvor de er utilstrækkelige, oplever medarbejderne at mangle dette. Dette er tilfældet i Hillerød Kommune, hvor social- og sundhedsmedarbejderne oplever, at sparringen med terapeuterne primært kommer til at finde sted som ’trappesparring’ efter fællesmøder hos borgerne (20).

Undersøgelsen af hjemmeplejen i Svendborg og Middelfart finder, at organiseringen af det tværfaglige møde er vigtig for, hvilket udbytte deltagerne tager med sig. Spares der eksempelvis personaletimer ved, at social- og sundhedsmedarbejderne kun deltager, når de skal præsentere en borgersag, koster det i forhold til, at den faglige læring og kompetenceudvikling af de enkelte

medarbejdere begrænses til kun at vedrøre deres egen præsentation og de drøftelser, der vedrører de borgere, som medarbejderen selv er tilknyttet (28).

Flere undersøgelser i denne litteraturgennemgang viser endvidere, at det er vigtigt, at mødedeltagerne forstår formålet med deres deltagelse. Flere undersøgelser finder eksempelvis, at sygeplejerskerne ikke ser meningen med deres deltagelse på tværfaglige møder, hvis der ikke drøftes borgere, de er tilknyttet, men kun borgerforløb tilknyttet hjemmeplejerne (13,15,16,19,23,25,28). For at deltagerne bidrager positivt på møderne, og der således kommer et godt udbytte af den anvendte tid på møderne, skal deltagerne se relevansen af deres deltagelse og ønske at bidrage konstruktivt. Undersøgelser viser, at dette kan sikres gennem en god, stram mødeledelse (16,23), der (også) har fokus på aktivt at inddrage alle de tilstedeværende fagligheder.

**Læren at tage med videre om muligheden for et tæt tværfagligt samarbejde...** Undersøgelserne peger på, at det er vigtigt, at der i hverdagen holdes fokus på at praktisere en rehabiliterende tilgang, såvel som hvordan den skal praktiseres. Én af måderne at gøre det på er at sikre hyppige uformelle såvel som formelle møder mellem faglighederne.

Tværfaglige møder med deltagelse af alle fagpersoner, der er en del af det rehabiliterende arbejde om borgerne, styrker videndeling, koordination og kompetenceudvikling. Det er dog vigtigt, at mødedeltagerne forstår den helhedsorienterede rehabiliterende tilgang og ser formålet med deres deltagelse i møderne. Derfor kan det være nødvendigt at arbejde med at få de forskellige faggrupper, særligt sygeplejerskerne synes undersøgelserne at pege på, til at se potentialet i møderne og i den kompetenceudvikling, der ligger ud over, at de får konkret udbytte i forhold til egne borgersager. I den forbindelse kan der være behov for tiltag på organisatorisk niveau, således at sygeplejerskerne inddrages bedre i det rehabiliterende arbejde, samt at der tages vare på, at der er en god dynamik mellem faggrupperne. Det store fokus på rehabilitering kan få medarbejdere, der ikke er/oplever sig så direkte involveret i det rehabiliterende arbejde, til at føle, at deres arbejde devalueres i sammenligningen med det rehabiliterende fokus.

## 7.2.2 Implementeringsstrategier

Gennem behandlingen af det tætte tværfaglige samarbejde i afsnittet ovenfor er implementeringsstrategier i forhold til den rehabiliterende tilgang allerede berørt. Sådanne behandles yderligere i dette afsnit.

### 7.2.2.1 Momentum og lavthængende frugter

Kortlægningen fra 2013 beskriver, at kommunerne fremhæver to implementeringsstrategier som vigtige: *at holde momentum og bygge på medarbejdernes energi og entusiasme* samt *begynde med de lavest hængende frugter*, dvs. de mest motiverede borgere med det mest lovende udviklingspotentiale (1). Undersøgelserne i denne litteraturgennemgang bidrager ikke yderligere til at belyse dette – og dog, for enkelte undersøgelser belyser, at medarbejderne motiveres af, at samarbejde med motiverede borgere (16,25,28,29) såvel som det at samarbejde med borgere, der er modvillige over for den rehabiliterende tilgang, kan få medarbejderne til at vægre sig imod at stå ved den rehabiliterende tilgang som den rette (23). Det synes rimeligt at antage, at disse fund underbygger, at det kan være en god implementeringsstrategi at starte ud med de forløb, der forventes at give medarbejderne positive oplevelser med den rehabiliterende tilgang. I betragtning af, at det i to år har været lovpligtigt at tilbyde rehabiliterende forløb ved denne oversigtsrapports udgivelse, og at kommunerne des lige har arbejdet med rehabilitering i denne periode, er 'de

lavest hængende frugter' sandsynligvis plukket. Det kan i stedet eventuelt tænkes ind som en strategi i forhold til at udvikle medarbejdere, som har svært ved at indoptage den rehabiliterende tilgang, netop at lade disse arbejde med borgere, der antages at være nemme at rehabilitere.

#### **7.2.2.2 Uddannelse og kompetenceudvikling**

Af de fleste undersøgelser inkluderet i denne litteraturgennemgang fremgår det, at medarbejderne har været gennem en eller anden form for uddannelsesforløb i at arbejde rehabiliterende (13,15,16,19-21,23,28). Uddannelsesforløbene er dog ikke evalueret.

I kortlægningen pointeres det, at kompetenceudviklingen skal virke til, at medarbejderne ændrer opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, og at der etableres et fælles, tværfagligt udgangspunkt (1). De undersøgelser i denne litteraturgennemgang, der behandler en organisationsforandring, beskriver alle i et eller andet omfang, at der er sket ændringer i opfattelsen af, hvad god pleje og omsorg er, men også i varierende grad at den kompenserende tilgang stadig findes, hvor der burde praktiseres en rehabiliterende tilgang. Ud fra undersøgelserne er det ikke muligt at konkludere, hvilke uddannelsesforløb eller organisationstyper der skaber den bedste, brede implementering i organisationerne. Dog pointerer flere undersøgelser, at den vigtigste læring sker i det daglige samarbejde mellem faggrupperne, ikke mindst mellem terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere (11,23,28).

#### **7.2.2.3 Fælles ledelse**

I kortlægningen fra 2013 pointerer kommunerne, at tydelig og ensartet ledelse er en forudsætning for en god implementering (1), hvilket også understreges i flere af de her medtagne undersøgelser (11,15,16,28). Aarhus-undersøgelserne pointerer i særlig grad dette. Her hentes medarbejdere ind fra deres respektive teams til at indgå i et tværfagligt team, men er fortsat under deres oprindelige ledelse. Det skaber barrierer for et godt samarbejde om borgeren, ligesom det skaber tunge tidsregistreringsprocedurer, som medarbejderne ikke tager korrekt i anvendelse – fordi de opleves belastende i det daglige arbejde (15,16).

Herudover er der barrierer, når borgere overgår fra for eksempel et tværfagligt team til den almindelige hjemmepleje. Det kan eksempelvis være svært at sikre den rette tid til, at social- og sundhedsmedarbejderne kan varetage en aktiverende praksis, såvel som det ikke er sikkert, at de deler forståelsen af, hvad rehabilitering og aktivering af borgeren er. Følgevirkningen er, at borgerne eksempelvis modtager en kompenserende hjælp, og at der således ikke bygges oven på det rehabiliterende arbejde, der allerede er gjort. Denne barriere kan dog også ses internt i distrikter, hvor medarbejderne er under fælles ledelse, men hvor der primært har været fokus på dagteamene, og aften-/nat-teamene ikke deler forståelsen for en rehabiliterende tilgang (16,21,23,28).

#### **7.2.2.4 Forandringsagenten**

Egedal, Fredericia og Aarhus Kommuner samt kommuner i ReKoHver-projektet har omfattet et implementeringsværktøj, vi her vælger at kalde en *forandringsagent*. Med det menes, at de har ansat én eller flere personer med ekspertise inden for rehabilitering, for eksempel en ergo- eller fysioterapeut, i eller i tilknytning til teamet (5,16,23,25). Det er således samme 'redskab', som i kortlægningen blev beskrevet som en måde at få uformel sparring ind i hverdagen i hjemmeplejen på (1).

Egedal-undersøgelsen såvel som den københavnske og ReKoHver-undersøgelsen finder, at selve det at være fysisk sammen på tværs af fagligheder har en væsentlig betydning. I Egedal-undersøgelsen pointeres det, at den daglige tilstedeværelse af en terapeut skaber et langt og sejt implementeringstræk, hvor det rehabiliterende fokus fastholdes i det daglige, når social- og sundhedsmedarbejderne tenderer til at praktisere en kompenserende hjælp frem for en rehabiliterende (23). I undersøgelsen fremhæves det desuden, at den daglige tilstedeværelse af terapeuten bør være langvarig, for at social- og sundhedsmedarbejdernes praksis ikke falder tilbage til dét, der tidligere var meningsfuld for dem; den kompenserende tilgang (ibid.). Også i Esbjerg- og Aarhus-undersøgelserne fremhæves det, at en aktiv fastholdelse af den rehabiliterende tilgang hos medarbejderne er vigtig (16,21), ligesom det af flere undersøgelser fremgår, at den kompenserende tilgang stadig findes, hvor der egentlig burde arbejdes rehabiliterende (16,18-21,23). At dosere den kompenserende tænkning, således at den alene anvendes, hvor det er den rette tilgang, kræver således en langvarig, aktiv udviklingsindsats.

#### **7.2.2.5 At komme et gammelt paradigme til livs**

Social- og sundhedsmedarbejdernes primære udfordring i dét at arbejde rehabiliterende synes at være at indarbejde den rehabiliterende tilgang i praksis, viser seks undersøgelser (18-20,23). Undersøgelserne beskriver, hvordan medarbejderne ser potentialet i den rehabiliterende tilgang, og i flere tilfælde oplever en langt større faglig tilfredshed ved den rehabiliterende tilgang, men alligevel lever den kompenserende tilgang videre (11,13,28). Undersøgelsen fra Hillerød kategoriserer social- og sundhedsmedarbejderne som, overordnet set, praktiserende en relationel tilgang eller en operationel tilgang. I den relationelle tilgang anses det for en værdi i arbejdet at gøre en forskel for borgeren, forstået som at give en kompenserende hjælp og gerne gøre lidt ekstra. Belønningen er taknemmelighed fra borgeren. I den operationelle tilgang er medarbejderens relation til borgeren en anden. Medarbejderen holder fokus på opgaven, inddrager borgeren, hvor det er muligt, og motiverer ved at tage afsæt i borgerens ressourcer (20). Organisationsforandringerne synes med disse kategorier at være at gå fra den ene tilgang med dertilhørende værdisæt til den anden.

Organisationsteori kan give en forklaring på, at omstillingen kræver et stort og vedvarende implementeringsarbejde. Den måde, som arbejde praktiseres og forstås på, kan kaldes institutionelle logikker, eller – som de anvendes i en undersøgelse af psykiatrisk arbejde fra 2013 – hverdagslogikker (30). Hverdagslogikker er således selve dét, man gør og tænker, og med mindre der er tale om nye tilgange eller nye situationer, ligger det 'på ryggen', hvilken praksis man skal anvende i en given situation. Man har disse praksisser, fordi de opfattes som meningsfulde i teamet, hvilket betyder, at man deler overbevisninger og antagelser om, hvad en bestemt praksis kan udrette i en bestemt situation, samt at praksissen er den rette, fordi den overholder de formelle og uformelle regler, et team agerer under, såvel som teamets værdisæt (ibid.). Indførelsen af den rehabiliterende tilgang kan ses som at indføre en ny logik, hvor medarbejderne skal antage nye praksisser samt overbevisninger og antagelser om, at den rehabiliterende tilgang er den bedste tilgang i en given situation. Værdien skal ikke (længere) være at *gøre tingene for borgeren, fordi borgeren sætter pris på det*, men at *få borgeren til at gøre det selv, fordi det gavner borgeren på sigt*.

Det er bare ikke nemt at ændre hverdagslogikker. Gamle logikker, for eksempel den kompenserende tilgang, lever og overlever godt, fordi de har været opfattet som meningsfulde og den legitime måde at praktisere et arbejde på i teamet (30,31). Sammenlignes den kompenserende og



rehabiliterende tilgang, fremstår de overordnet som hinandens modsætninger. I den ene drages der omsorg ved at servicere borgeren, i den anden ved at motivere og overlade til borgeren selv. Det betyder, at hvad medarbejderne skal praktisere med en rehabiliterende tilgang, er hvad der i en ren kompensationslogisk tænkning opfattes som illegitimt og for eksempel stridende mod værdier for god praksis. Med indførelsen af en rehabiliterende hverdagslogik, beder man (nogle) medarbejdere foretage ganske anderledes analyser af borgernes situation, og deres tilgang til denne. De skal være overbeviste om, at borgeren kan udvikle sig, og antage, at den rehabiliterende tilgang er den rette til at skabe udviklingen. De skal kunne stå inde for, at den rehabiliterende tilgang er forsvarlig, også når borgere giver udtryk for, at det for eksempel er urimeligt, at de ikke kan få en kompenserende hjælp, når de nu har betalt skat i mange år. Det er en stor forskel og mange nye måder at tænke og handle på. Omvendt er den rehabiliterende tilgang også et positivt bidrag for medarbejdernes faglige identitet, forklarer Hansen (2015, 2016). Hvor ældrepleje tidligere blev opfattet som et beskidt arbejde, fordi medarbejderne i ældreplejen skal tage sig af de ældres kroppe, som blandt andet opfattes som ukontrollerede og ”ulækre”, iscenesættes ældreplejen nu væsentligt anderledes. Når medarbejderne arbejder rehabiliterende, skal de ikke varetage sådanne opgaver, men få borgeren til selv at gøre det, og medarbejdernes rolle bliver i højere grad coachende og motiverende end direkte serviceerende. Identiteten flytter sig således fra at være at foretage ’dirty work’ til at være vejledende og motiverende i forhold til at skabe positiv forandring i de ældres liv. Denne bevægelse indebærer, hvad forfatteren betegner som en diskursiv defeminisering, hvor medarbejderne skal aflægge sig ’omsorgsgenet’, som således bliver et kendetegn, der står i modsætning til den rehabiliterende tilgang (7,8).

**Læren at tage med videre om implementeringsstrategier...** Det er vigtigt, at implementeringsstrategien tilrettelægges, således at der bygges på positiv motivation hos medarbejderne, og den energi kommer blandt andet gennem gode, inddragende samarbejder med motiverede borgere som beskrevet i afsnit 7.2.2.1.

Uddannelse og kompetenceudvikling skal fokusere på at skabe en fælles forståelse for den rehabiliterende tilgang som en god måde at praktisere omsorg og pleje på. Det er en forudsætning for at implementere tilgangen.

Det er vigtigt, at der er et fælles ledelsesgrundlag for det rehabiliterende arbejde, således at der ikke opstår barrierer for praktiseringen af de rehabiliterende forløb i hverdagen.

Det er vigtigt at fastholde et dagligt fokus på, at der skal praktiseres en rehabiliterende tilgang, såvel som hvordan den skal praktiseres, eksempelvis i form af muligheder for uformel sparring. Den forandring, som (nogle) medarbejdere skal gennemgå, er stor – de skal ændre deres grundlæggende opfattelse af, hvad der er det rette at gøre, og ’rutiner på rygraden’ skal skiftes ud. Det tager tid og træning.

### 7.2.3 Samarbejdet med borgerne

Kortlægningen fra 2013 (1) såvel som gennemgangen af undersøgelser i nærværende oversigtsrapport viser, at det opleves nemmest at arbejde rehabiliterende med borgere, der ikke tidligere har modtaget kompenserende hjælp. Det skyldes, at borgere, der allerede har modtaget kompenserende hjælp, har en stærk forventning om igen at skulle modtage en sådan, og at medarbejdernes samarbejde med borgerne påvirkes af borgernes personlighed, situation og indstilling til det rehabiliterende forløb (15,16,19,20,23,28).

Borgernes motivation påvirkes af den måde, de indtræder i et rehabiliterende forløb. I kortlægningen fra 2013 (1) beskrives det, at nogle kommuner står splittede mellem at give et rehabiliterende forløb som et frivilligt tilbud og på den anden side fastholde, at *det* er tilbuddet fra kommunen. To kommuner i denne litteraturgennemgang, København og Hillerød, har tilbudt et rehabiliterende forløb som et 'alt eller intet tilbud'. Takker borgeren nej, takker de nej til at modtage hjemmepleje. Undersøgelserne fra begge kommuner viser, at det skaber modstand hos borgerne og besværliggør medarbejdernes samarbejde med dem (18,20).

### **7.2.3.1 Medarbejderne trives med et godt samarbejde med borgerne, og det kan forme praksis**

Et godt samarbejde med borgeren er af betydning for medarbejdernes arbejdsmiljø. ReKoHverundersøgelsen finder, at medarbejdernes trivsel stiger, når de oplever, at borgerne er inddraget i forløbet (25,29). Inddragelse af borgeren er dog noget, der skal læres. Undersøgelsen af Fredericia Kommunes Trænende Hjemmehjælp finder for eksempel, at medarbejderne kan have en tendens til at svare for borgerne ved de tværfaglige møder i dennes hjem. Undersøgelsen finder også, at jo bedre medarbejderne er til at tale med borgeren om dennes plan, desto mere vedkommende bliver den for borgeren (5). Rammerne for møderne med borgerne har også betydning herfor, finder de i Odense Kommune, hvor visitationsmøderne afholdes med deltagelse af mange forskellige faggrupper samlet. Det store antal fagpersoner bevirker, at den fortrolige stemning i 'almindelige visitationssamtaler' ikke etableres, men snarere at der opstår en utryghed hos borgeren (19).

For at undgå konflikter med borgerne viser Egedal-undersøgelsen, at social- og sundhedsmedarbejdere og rehabiliteringskonsulenter påtager sig/tildeles rollerne som henholdsvis 'den gode' og 'den onde' i samarbejdet med borgere, der er modvillige over for et rehabiliterende forløb. 'Den gode' social- og sundhedsmedarbejder er som borgeren underlagt det krav om rehabilitering, som rehabiliteringskonsulenten repræsenterer i rollen som 'den onde'. Det sikrer social- og sundhedsmedarbejderen et bedre samarbejdsklima med borgeren, men bevirker også, at social- og sundhedsmedarbejderen ikke kommer til at stå inde for rehabiliteringen som den bedste mulighed over for borgeren (23). Hvis medarbejderne selv kan stå inde for den rehabiliterende tilgang, er det meget lettere at motivere borgeren, pointeres det i kortlægningen fra 2013 (1).

Endelig peger undersøgelserne af Odense og Aarhus Kommuner projekter på, at kontinuitet i relationen mellem borger og medarbejder skaber bedre samarbejde. Det vil sige, at det er de samme få medarbejdere, der skal køre forløbene hos borgerne (15,16,19). Det sikrer mere velkørende forløb, hvor medarbejderne kan trække på deres viden om borgerens situation og hidtidige udvikling i motivationsarbejdet. Et godt kendskab hindrer desuden, at borgerne kan spille medarbejderne ud mod hinanden, som de eksempelvis gør ved at kategorisere dem som henholdsvis gode og onde, hvor de gode er dem, der i højere grad gør tingene for borgerne og eventuelt gør noget ekstra, og de onde er dem, der holder sig til handleplanen og de tildelte ydelser (19).

### **7.2.3.2 Målene for borgernes forløb**

På tværs af kortlægningen fra 2013 (1) og de inkluderede undersøgelser i denne gennemgang er der enighed om, at motiverede borgere er et vigtigt udgangspunkt for et succesfuldt rehabiliteringsforløb. Motiverede borgere knyttes sammen med, at borgerne skal opleve, at de mål, der

arbejdes frem imod, er deres egne. Flere undersøgelser viser dog, at dét at arbejde ud fra borgerens egne mål ikke er enkelt og ligetil. Flere undersøgelser viser, at der kan sættes spørgsmålstegn ved, om målene sættes ud fra borgerens behov, situation og ønsker eller ud fra det kommunale ydelseskatalog og antagelsen om, at rehabilitering er borgernes mål. Heraf følger, at der også kan sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt og hvordan borgerne reelt inddrages i målsætningen (5,7,8,16,18-20,23,28). Udfordringen med målsætningen kan være forment af en dekobling mellem visitationsleddet og de efterfølgende udførende led. Visitationen sætter nogle indledende mål, men i udførelsen er indsatsen samtidig tilrettelagt, således at udførerne skal arbejde sig videre ind på borgerens mål. Det rejser for eksempel spørgsmålet, om de har hjemmel til at gå i mod visitationens allerede fastsatte mål, hvis det viser sig relevant? Eller i hvilken grad kan de bøjse det visiterede for at imødekomme borgerens ønsker til forløbet? Problematikken kan også at bunde i selve dagsordenen om, at rehabiliteringen skal føre til en bedring af borgerens funktionsniveau, således at behovet for hjælp for den enkelte kan nedsættes. Fokus skal derfor holdes på, at dét, udførerne praktiserer, skal have potentiale til at forbedre et konkret, målbart funktionsniveau – og ikke på borgermål, der ikke er koblet til et bedre funktionsniveau. Hertil hører, at ydelser er det styringsredskab, som kommunerne anvender til at tildele borgerne hjælp. Ydelseskataloget bliver således formende for, hvilke borgermål medarbejderne kan arbejde med. Dette kan synes legitimt, men også at kunne skabe udfordringer for medarbejderne i forhold til, hvordan de skal samarbejde med borgerne om målene for deres forløb. Som det pointeres i en undersøgelse af borgerinddragelse i hjemmeplejen, bliver det nemt styringssystemerne i form af visitation, kvalitetsstandarder og tildelte pakker med mere, der kommer til at forme arbejdet frem for en inddragelse af borgeren (32). Undersøgelserne i gennemgangen giver ikke svar på, hvordan udfordringen løses, men fremstår som et væsentligt opmærksomhedspunkt for kommunerne.

### **7.2.3.3 Redskaber til at sætte mål for borgernes udvikling**

I flere af de inkluderede kommuner er der indført scoringsredskaber som en hjælp til, at medarbejderne kan udlede og fastsætte mål for forløbet sammen med borgeren.

I Københavns og Hillerød Kommuner anvendes ADL-redskabet til at undersøge borgerens aktivitetsformåen i hverdagen og til at udarbejde mål og delmål for borgerens forløb (18,20). I Københavns Kommune synes der at være organisatoriske udfordringer. Mens redskabet er kendt for terapeuterne, er social- og sundhedsmedarbejderne ikke klædt på til at anvende det i samarbejde med borgerne. Hertil kommer, at visitatorerne allerede har anvendt det sammen med borgerne, inden terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere eventuelt tager det i anvendelse. Visitator har således allerede angivet den ydelsesramme, de kan arbejde indenfor, og da bliver redskabet meningsløst at anvende for udførerne, som oplever ikke at kunne handle konstruktivt på redskabet og scoringsresultatet. I undersøgelsen af Hillerød og Esbjerg Kommuner finder de, at nogle borgere sætter pris på den synlighed af deres forbedrede funktionsevne, som ADL giver ved gentagen brug (20,21).

I Aarhus og Fredericia Kommuner anvendes COPM til at undersøge borgerens opfattelse af egen aktivitetsudførelse, borgerens prioritering af aktivitetsproblemer og borgerens tilfredshed med udførelsen. Det munder ud i en plan for forløbet (11,13,15,16). I begge kommuner finder medarbejderne det meningsfuldt at arbejde med redskabet og dét at arbejde ud fra mål sammen med borgeren. I Aarhus ser de øvrige faggrupper det dog som en ulempe, at det primært er ergoterapeuterne, der anvender redskabet, fordi det betyder, at det er den ergoterapeutiske faglighed,

der former, hvad der spørges ind til, og følgelig hvilke mål der sættes. Det synes således at kunne skabe en ubalance i forholdet mellem fagligheder og uenighed om, hvad der er det rette i borgerens forløb, at det er én bestemt faglighed, der anvender redskabet og herigennem lægger kursen for borgerens forløb.

Esbjerg Kommune har efter inspiration fra COPM udviklet Borgerhjulet (21). Visitatorerne oplever stor tilfredshed med redskabets evne til at strukturere samtalen og bringe borgeren på banen. Tovholderne, der også skal anvende det, oplever som medarbejderne i Hillerød, at deres anvendelse af redskabet begrænses af, at visitatorerne allerede har anvendt det og sat rammerne for deres samarbejde med borgerne. Tovholderne oplever endvidere, at redskabets anvendelighed er begrænset til bestemte borgergrupper. For eksempel egner det sig ikke til borgere, der har en demenssygdom eller er psykisk sårbar. Herudover påvirker borgerens indstilling til Borgerhjulet, om og hvordan tovholderne anvender det. Ønsker borgeren ikke en scoring, anvender de det ikke eller kun dele af det. Nogle borgere oplever det som et spil uden gevinster og føler sig således ikke hørt gennem brugen af det. Andre føler sig netop hørt. Og nogle sætter pris på, at Borgerhjulet er et visuelt orienteret redskab.

#### **7.2.3.4 Motiveringen af borgeren**

Den rehabiliterende tilgang er forankret i antagelsen om, at borgerne selv ønsker rehabilitering. Det er blot ikke altid tilfældet, pointeres det eksempelvis af Hansen (2016). Antagelsen medfører en praksis, hvor (nogle) medarbejdere ikke lytter til borgernes faktiske ønsker, men blot antager, at modstanden imod den rehabiliterende tilgang skyldes et endnu ikke erkendt ønske om at blive rehabiliteret. Derfor kan motivationsarbejdet tage afsæt i en underkendelse af borgerens egne ønsker og således en mangelfuld inddragelse af denne (7,8).

For at motivere borgerne arbejder medarbejderne for eksempel med ros, rationelle argumenter og dét at bygge på borgerens lyst til at være sammen med medarbejderen. Det er bare ikke givet, at borgerne deler målet om at blive selvhjulpne, og det udfordrer arbejdet med at motivere dem (19,20,23). En variation af den rosende tilgang til at motivere borgere til at varetage opgaver selv er bevidst at 'komme for sent til besøget' i antagelsen/håbet om, at borgeren så selv varetager opgaven. Formålet er, at borgeren skal opleve selv at kunne, og når medarbejderen så kommer til borgeren, roser denne borgeren for at kunne selv for at opbygge yderligere motivation (28). Det rationelle argument kan eksempelvis være, at det er til borgerens eget bedste at genvinde kompetencerne, såvel som at det kan omfatte moralisering, hvor det gøres klart for borgeren, at det er dennes forpligtelse at gøre, hvad denne kan for at genvinde kontrollen over kroppen i stedet for at forlade sig på kommunal pleje (7,8).

For at motivere de borgere, der ønsker, at medarbejderne skal komme hos dem, til at afslutte ydelser, anvendes en praksis med at trække hjælpen langsomt ud. På den måde giver de borgeren en oplevelse af at kunne og turde selv, før medarbejderne slipper borgeren. Det pointeres dog, at det er meget svært at arbejde rehabiliterende med borgere, som ikke er motiverede for at klare sig selv (21,23).

**Læren at tage med videre om samarbejdet med borgerne...** Medarbejdere oplever, at det er nemmest at samarbejde om rehabilitering med borgere, der ikke tidligere har modtaget hjemmepleje, fordi de ikke har samme forventning om en kompenserende pleje, som kan ses hos borgere, der har erfaring med at modtage hjemmepleje. I disse tilfælde skal en sådan forventning således ikke korrigeres.

Borgerens motivation er en forudsætning for et godt samarbejde, der også lover godt for en funktionsforbedring. En organisering, hvor dét at takke nej til et rehabiliterende tilbud medfører, at der ingen hjælp tilbydes, skaber ikke positivt motiverede borgere og er ikke et godt udgangspunkt for samarbejdet med borgeren.

Samarbejdet med borgerne er vigtigt for medarbejdernes trivsel, og inddragelse af borgere sammenkobles med bedre trivsel. Inddragelse er dog noget, der skal læres. Eksempelvis i form af så forskellige facetter som at lade være med at svare for borgerne, eller som medarbejder at turde stå inde for den rehabiliterende tilgang som den rette, også når borgeren tvivler og bliver vred.

Kontinuitet i relationen mellem borger og medarbejder(e), dvs. et lille team om borgeren, forekommer at være en struktur, der understøtter medarbejdernes målrettede arbejde med de forskellige motivationsstrategier hos borgerne og minimerer risikoen for, at borgerne 'kræver' mere af den enkelte medarbejder med reference til at modtage en sådan service fra andre.

At arbejde ud fra borgerens mål er en grundsten i den rehabiliterende tilgang, men at sætte mål for borgerens forløb er ikke ligetil. Medarbejderne skal sætte og arbejde med målene i krydspresset mellem antagelsen om, at rehabilitering er borgerens mål, den konkrete ydelse, som borgeren tildeles og har krav på at modtage – og således også den begrænsning i, hvad borgeren kan modtage, der ligger heri, såvel som borgerens egne ønsker.

Frontmedarbejdere og visitatorer kan anvende redskaber sammen med borgerne til at sætte målene. Den, der anvender redskabet sammen med borgeren, skal have et meningsfuldt råderum til at tilrettelægge et forløb for borgeren. Det kan eksempelvis opleves meningsløst for frontpersonalet at anvende et redskab til at sætte mål for forløbet sammen med borgeren, hvis visitatoren allerede har gjort dette og herigennem sat en snæver ydelsesramme for, hvordan der kan arbejdes. På den måde bliver dét, at både visitator og frontpersonale kan/skal anvende samme redskab, til en meningsløs praksis i andet led.

Når anvendelsen af redskaber ligger hos en bestemt faggruppe, kan den medføre gnidninger mellem faggrupper, og hvad fokus i det rehabiliterende arbejde skal være. Det fokus, som en ergoterapeut når frem til ved brug af redskabet sammen med en borger, vil være et ergoterapeutisk fokus, som andre faggrupper kan opleve for snævert i forhold til deres arbejde.

Borgerne kan både opleve redskaber positivt og negativt. Nogle oplever den synlighed omkring målene, som redskaberne medfører, positivt. Nogle oplever at føle sig hørt gennem brugen af redskaber, mens andre omvendt oplever, at de ikke bliver hørt.

Med borgerens motivation som en forudsætning for et succesfuldt forløb har medarbejderne udviklet 'strategier' for, hvordan man arbejder med at motivere forskellige 'borgertyper' og anvender blandt andet ros, rationelle argumenter og borgerens lyst til at være sammen med personalet i deres motivering af borgerne.

#### **7.2.4 Dokumentation**

Som allerede beskrevet i kortlægningen fra 2013 (1), finder flere undersøgelser i dette review (15,16,18,20,23,26), at dokumentationsopgaven kan være vanskelig for social- og sundhedsmed-

arbejderne. Barriererne ligger i anvendelsen af selve dokumentationsprogrammerne, i vurderingerne af hvad der skal formidles til hvem, samt i selve skrivekompetencerne. Udfordringerne i forhold til dokumentation knytter sig således til social- og sundhedsmedarbejdernes

- It-kompetencer – hvordan anvender jeg dette redskab?
- Analytiske kompetencer – hvad er relevante observationer?
- Formidlingskompetencer – hvordan skriver jeg det her? Og til hvem?

I Egedal-undersøgelsen (23) førte udfordringerne til en opgaveglidning. Opgaven med at dokumentere var indledningsvist tildelt tovholderne i borgernes forløb, det vil sige en social- og sundhedsmedarbejder. Opgaven blev dog i vidt omfang varetaget af terapeuter, både fordi de magtede det, fandt dokumentationen meningsfuld og kunne sætte det faglige niveau for dokumentationen, som de fandt meningsfuld. Mens denne praksis fungerede i hverdagen for medarbejderne, var den en hindring for implementeringen af den tilsigtede organisationsforandring, fordi social- og sundhedsmedarbejdernes dokumentationskompetencer kun udviklede sig langsomt.

Dokumentationsbarrieren ses også i, at handleplanen ikke anvendes som primær kilde til at blive opdateret på borgerens situation. I stedet tager medarbejderne et andet kommunikationsredskab i brug: *mundtlig dialog*. Daglig dialog til at blive opdateret om en borgers situation forudsætter dog 'menneskemøder', men når disse er der, når man eksempelvis mødes uformelt i forbindelse med frokost, så udfylder dialogen medarbejdernes behov for kommunikation. Og så længe de ikke føler, at den skriftlige dokumentation bibringer dem noget, de mangler i deres arbejde, lige så længe vil implementeringen af en skriftlig dokumentation og anvendelse af handleplaner sandsynligvis være udfordret.

I kortlægningen fra 2013 (1) beskrives det blandt andet, at flere kommuner har indarbejdet et mantra om, at *al dokumentation er bedre end ingen*, og at det førte til, at barrieren med ikke at *turde* skrive af frygt for at skrive det forkerte eller udtrykke sig forkert på skrift blev nedbrudt.

At dokumentationssystemer ikke anvendes til at skabe indblik i borgerens situation ses også i koordineringen mellem afdelinger. Denne barriere kan både ligge i, at it-redskaberne eller handleplanerne ikke fremmer, at forskellige afdelinger bliver opmærksomme på hinandens indsatser, såvel som at det ikke er en indarbejdet praksis at orientere sig i, om borgeren samarbejder med andre af kommunens afdelinger, som det for eksempel ses i undersøgelsen af Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune (5).

**Læren at tage med videre om dokumentation...** Det er vigtigt, at den skriftlige dokumentation opleves som meningsfuld og understøtter et reelt *oplevet* behov for viden. At skabe meningsfuldhed kan for eksempel bestå i, at tværfaglige grupper med ledelsesdeltagelse analyserer borgerforløb, der skulle have været helhedsorienterede og rehabiliterende, men hvor manglende kommunikation, også mellem afdelinger, fører til forskelligartede og eventuelt modvirkende handlinger i borgerens forløb.

Det er desuden vigtigt, at social- og sundhedsmedarbejderne støttes i at magte dokumentationsopgaven i forhold til it, analytiske og skriftlige kompetencer. Opleves opgaven uoverstigelig eller irrelevant, vil de sandsynligvis holde sig til mundtlig dialog som deres alternative kommunikationsvej og kun dokumentere i det allermost nødvendige omfang – som måske ikke bidrager med reel viden og ikke understøtter det iboende behov for vidensdeling, som det rehabiliterende

arbejde fordrer. En måde at understøtte deres udvikling kan være ved længerevarende sidemandsoplæring og ekstra ressourcer i form af tid – her er det dog vigtigt at være opmærksom på, at opgaven ikke glider fra social- og sundhedsmedarbejderen over til 'sidemandsoplæreren'.

### 7.2.5 Sygeplejerskernes rolle i rehabiliteringen

Gennemgangen af studierne viser en række opmærksomhedspunkter omkring inddragelsen af sygeplejersker i rehabiliteringen. Der er stor forskel på sygeplejerskernes rolle i rehabiliteringen på tværs af kommuner, ligesom at der er forskel på, hvordan og hvor meget sygeplejerskerne inddrages i det rehabiliterende arbejde. Ud fra studierne er det ikke muligt at pege på, at disse forskelle skulle afhænge af den valgte organisationstype. De tværgående fund vedrørende udfordringerne med at inddrage sygeplejerskerne er netop tværgående – de samme emner optræder på tværs af studier og organisationstyper. I dette afsnit gennemgås derfor de tværgående fund omkring sygeplejerskernes rolle, og der peges på en række forhold af betydning for inddragelsen af faggruppen i rehabiliteringen.

I kortlægningen af kommunernes erfaringer med rehabilitering i ældreplejen (1) fremgår det, at sygeplejerskerne ikke er ligeså integrerede i det rehabiliterende arbejde som for eksempel terapeuterne. Kortlægningen peger på, at den manglende integration af sygeplejen ifølge kommunerne bunder i tvivl om, hvordan det i praksis skal udføres. Både i forhold til, hvilke ydelser sygeplejerskerne skal bidrage med, men også på grund af udfordringer i forhold til, hvordan rehabilitering i ældreplejen udspiller sig i forhold til ydelser under henholdsvis serviceloven og sundhedslovens. Kommunerne udtrykte på tidspunktet ambitioner om at få inddraget sygeplejerskerne bedre i det rehabiliterende arbejde, hvorfor der er grund til opmærksomhed på de faktorer, der kan bidrage dertil.

#### 7.2.5.1 Sygeplejefaglighed versus rehabiliteringstanken

En stor del af studierne påpeger, at sygeplejerskerne har svært ved at se deres rolle i det rehabiliterende arbejde, blandt andet fordi de ikke nødvendigvis ser rehabilitering som en del af deres faglighed, eller fordi de opfatter hele rehabiliteringstanken som hjemmehørende i terapeutfagligheden snarere end hos dem selv (15,16,19,20,23,25,28). Heri ligger blandt andet, at der på tværs af studierne peges på, at sygeplejerskerne har haft tendens til at anvende en mere kompenserende i stedet for rehabiliterende tilgang til borgerne i det daglige arbejde. Dette svinger lige fra at tage skraldeposen med ud for en borger, der egentlig godt selv kan gøre det, til at ignorere et rehabiliteringsteams beslutning om, at en borger selv skal tage sin insulin. At sygeplejerskerne i undersøgelserne tenderer til denne kompenserende tilgang, forklares blandt andet ud fra deres faglighed – at selve det at hjælpe, støtte og kompensere den svage borger er et vigtigt aspekt af deres faglige selvforståelse og for deres opgaveløsning. I forlængelse heraf peger nogle sygeplejersker i en af undersøgelserne selv på, at det at tænke rehabiliterende simpelthen ikke er en del af deres grundlæggende faglighed (28).

Studierne i Egedal og Hillerød Kommuner peger på, at sygeplejeopgaver med et rehabiliterende potentiale overdrages til social- og sundhedsmedarbejderne, når opgaverne ikke længere er komplicerede. Dette er ofte på det tidspunkt, hvor borgeren egentlig er klar til at blive inddraget

---

<sup>8</sup> Udfordringer der har deres udspring i opgavefordelingen mellem sundhedsloven og serviceloven indgår ikke i de gennemgåede studier.

i opgaveløsningen, men hvor sygeplejerskerne altså skal 'give slip'. Det gør, at sygeplejerskerne kan opleve det svært at indtænke en aktiverende eller rehabiliterende praksis i de enkelte forløb (20,23).

Undersøgelser viser også, at sygeplejerskerne ikke finder det muligt at inddrage hverken borgeren eller andre fagligheder i de mere specialiserede eller komplicerede sygeplejeopgaver. Det er altså ikke nødvendigvis alle sygeplejeopgaver, hvor det er relevant at tænke og arbejde rehabiliterende (15,15,16). Også ved de mindre specialiserede sygeplejeopgaver kan det være en udfordring for sygeplejerskerne at tænke rehabilitering. Som en sygeplejerske bemærker i en undersøgelse: "... så er der ikke nødvendigvis ret meget rehabilitering over en gang sårpleje" (28).

At opnå en fælles (sygeplejefaglig) forståelse af, hvilke opgaver der har rehabiliteringspotentiale, er således en udfordring på tværs af kommunerne.

### **7.2.5.2 Tværfagligt samarbejde**

Et andet tværgående fund fra undersøgelseerne er udfordringer i forhold til det tværfaglige samarbejde i rehabiliteringen. Her viser undersøgelseerne (5,11,15,16,19-21,28), at der i det daglige arbejde ikke de store udfordringer i forhold til samarbejdet mellem de forskellige faggrupper, herunder sygeplejerskerne. Tværtimod betones i flere undersøgelser, at det tætte samarbejde mellem faggrupperne generelt er en force, også for indsatser uden rehabiliterende sigte. En enkelt undersøgelse finder dog, at sygeplejerskerne har svært ved at "finde deres rolle i samarbejdet med de andre faggrupper, herunder specielt med terapeuterne" (25). Samtidig efterspørger social- og sundhedsmedarbejderne i undersøgelsen, at sygeplejerskerne netop får en mere fremtrædende rolle i det rehabiliterende arbejde, hvilket som nævnt ovenfor netop er en ambition hos kommunerne.

Et sted er den tværfaglige inddragelse af sygeplejerskerne især udfordret: i de tværfaglige møder, som er et vigtigt redskab i kommunerne til samarbejde og koordination i rehabiliteringen. Dette er et emne for mange af undersøgelseerne. To undersøgelser (19,28) peger på, at sygeplejerskerne kan have svært ved at se formålet med deres deltagelse på de tværfaglige rehabiliteringsmøder og på forskellige tidspunkter har bedt sig fritaget eller blot givet udtryk for ikke at se relevansen i at skulle deltage. Undersøgelseerne viser, at sygeplejerskernes manglende blik for vigtigheden af at deltage kan handle om, at de ikke finder det relevant at bidrage til den tværfaglige diskussion i for eksempel rehabiliteringsforløb uden sygeplejeydelser. Social- og sundhedsmedarbejderne oplever ikke samme barrierer for at byde ind på de tværfaglige møder, hvilket blandt andet forklares med, at netop deltagelse på møderne giver dem indblik i de andre borgers forløb. At deltage i de tværfaglige møder er således en måde, hvorpå også sygeplejerskerne sandsynligvis kan opnå den fornødne viden til at forstå relevansen af egen deltagelse. Det forudsætter naturligvis en deltagelse med en positiv indstilling, og her peger en undersøgelse på, at en stram mødeledelse er et vigtigt redskab til at skabe et mødeforum, som sygeplejerskerne sætter pris på (23).

### **7.2.5.3 De organisatoriske rammer**

Som beskrevet ovenfor kan sygeplejerskerne have svært ved at se deres rolle i rehabiliteringen. Men undersøgelser (14-16,23,28) peger også på, at sygeplejerskerne ofte fastholdes i deres traditionelle kerneopgaver og har sygeplejeopgaver, hvor det ikke nødvendigvis er relevant at tænke rehabiliterende. Der kan altså være strukturer, der understøtter, at de forbliver snævert fo-



kuseret på deres sygeplejefaglige opgaver. Her er både brug for, at sygeplejerskerne selv ser betydningen af deres særegne faglighed i forståelsen og udførelsen af rehabilitering, og ikke mindst at de aktivt forsøger at udfylde deres rolle i det tværfaglige rehabiliterende arbejde. I forhold til organiseringen kan organisatoriske forhold, for eksempel vagtplanlægning, samarbejdet og opgavedelingen, når både social- og sundhedsmedarbejdere, terapeuter og sygeplejersker kommer hos en borger, såvel som i overdragelsen af opgaver fra sygeplejersken til social- og sundhedsmedarbejderne, muliggøre en reel inddragelse af sygeplejerskerne.

Ligeledes viser undersøgelserne, at organisering af det daglige arbejde, herunder muligheden for at mødes både formelt og uformelt, er af betydning. Det at kende hinanden – at kunne sætte et ansigt på en given sygeplejerske eller social- og sundhedsmedarbejder – er af betydning for det daglige tværfaglige arbejde. I Svendborg Kommune har man for at støtte op om inddragelsen af sygeplejersker i rehabiliteringen – men også for at implementere rehabiliteringstanken hos sygeplejerskerne – for eksempel valgt at lægge alle sygeplejeydelserne ind under de tværfaglige teams i både hjemmeplejen og i Hjemmetræningssektionerne (28). En anden fremgangsmåde er aktivt at inddrage sygeplejerskerne i rehabiliteringsforløbene ved at gøre dem til tovholdere i de relevante forløb. Dette har man for eksempel haft gjort i Fredericia og Esbjerg Kommuner (11,21). Denne fremgangsmåde indgår endvidere også i Sundhedsstyrelsens model for organiseringen af rehabiliteringsforløb (33).

De her beskrevne udfordringer sammenfattes desuden i et notat fra KORA om sygeplejerskers rolle i rehabilitering i ældreplejen (34).

**Læren at tage med videre om sygeplejerskernes rolle i rehabilitering...** Undersøgelserne viser, at sygeplejerskerne kan have svært ved at finde deres rolle i det rehabiliterende arbejde. Det kan skyldes, at de ikke opfatter rehabilitering som deres arbejdsområde, fordi de i højere grad finder en kompenserende tilgang meningsfuld. Det kan også skyldes opfattelsen af, at deres opgave er at løse sygeplejeopgaver, som ikke kan overdrages, og når disse er løst, er opgaven slut. Opfattelsen af, hvornår en opgave kan overdrages, er knyttet til sygeplejerskernes vurdering af, om der er en risiko for forværring af borgerens situation i den forbindelse.

Etableringen af et tværfagligt rehabiliterende samarbejde forankret i tværfaglige møder er udfordret af, at sygeplejersker kan have svært ved at se meningsfuldheden i deres deltagelse i sådanne møder, hvis ikke der drøftes borgere, der har en sygeplejeydelse tildelt.

Ud over forhold hos sygeplejersker, eksempelvis faglig identitet, kan årsagen til, at de fastholdes i et snævert fokus på sygeplejeydelser, også findes i de organisatoriske rammer. Her kan organiseringen af vagter, formelle og uformelle møder mellem medarbejdere og selve det at gøre sygeplejersker til tovholdere på rehabiliterende forløb fremme sygeplejerskernes integration i det rehabiliterende arbejde.

#### 7.2.6 Private leverandører

De eksisterende undersøgelser synes at efterlade et blindt punkt: de private hjemmeplejeleverandører i det rehabiliterende arbejde. Det belyses i dette afsnit.

Rehabiliteringsforløb efter paragraf 83a er ikke omfattet af frit valgs-bestemmelserne, men den enkelte kommunalbestyrelse kan vælge at inddrage private leverandører ved tilrettelæggelse af

rehabiliteringsforløbene, jf. servicelovens paragraf 4, stk. 2. I en lang række kommuner kan borgerne derfor vælge en privat leverandør af rehabiliteringsforløb. Allerede i 2013, da KORA kortlagde kommunernes erfaringer med rehabiliteringsforløb (1), oplyste 30 kommuner, at private leverandører leverede rehabiliterende indsatser efter paragraf 83. Dette tal er sidenhen steget, således at en kortlægning foretaget af Rambøll i 2016 viste, at 40 ud af 63 adspurgte kommuner samarbejder med private leverandører om rehabiliteringsforløb efter paragraf 83a. Hos disse kommuner udføres cirka 15 procent af forløbene af private leverandører. Ligeledes viser rapporten, at kommunerne fremadrettet forventer en stigning i anvendelsen af private leverandører på området (35).

Der er ikke foretaget nogle undersøgelser/systematiske evalueringer af private leverandører af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen, og der er dermed ikke tilvejebragt systematisk viden om eksempelvis de private leverandørers evne til at øge de ældres selvhjulpenhed eller funktions-evne, herunder hvor mange borgere der for eksempel afsluttes til 'ingen/mindre hjælp' hos henholdsvis den private og den kommunale leverandør. I flere af undersøgelserne, som denne oversigtsrapport behandler, har kommunerne også private leverandører, men uden at disse inddrages særskilt analytisk. Der mangler således viden om, hvilke udfordringer inddragelsen af private leverandører byder kommuner og leverandører. Der kan dog peges på følgende:

Det kan være en udfordring for de mindre private leverandører at leve op til kravet om at tilbyde en tværfaglig indsats, hvis de qua deres størrelse ikke har mulighed for at tilbyde en tværfaglig medarbejdersammensætning, som eksempelvis også omfatter terapeuter eller sygeplejersker (36). Dette løses i nogle kommuner ved, at kommunen tilbyder muligheden for tværfaglig sparring, herunder terapeutbistand, ved for eksempel at stille therapeuttimer til rådighed for den private såvel som den kommunale leverandør. Men denne løsning kan stille store krav til en kommune, hvori der er flere/mange private leverandører af rehabiliteringsforløb. For større private leverandører, der tilbyder deres ydelser i flere kommuner, kan det være udfordrende at skulle forholde sig til flere kommuners forskelligartede rehabiliteringsmodeller. Derudover oplever en del kommuner udfordringer i forhold til de private leverandørers dokumentation af indsatsen, herunder også udfordringer i forhold til, at de ofte ikke har adgang til de kommunale elektroniske omsorgsjournaler (1). Til gengæld udtrykker kommunerne både i 2013 og 2016, at de ikke oplever eventuelle incitamentsproblematikker omkring de private leverandørers indsats for at bidrage til, at borgerne bliver så selvhjulpne som muligt (1,35). Som nævnt er dette desværre endnu ikke systematisk undersøgt/evalueret.

### 7.3 Delkonklusion

Der er en række vigtige læresætninger at tage med videre på baggrund af studierne vedrørende organisering og implementering, der indgår i denne undersøgelse.

De inkluderede evalueringer omfatter tre forskellige måder at organisere det rehabiliterende arbejde på: *hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger*, *hjemmepleje med ekstra ressourcer* og som *tværfaglig specialenhed*. Studierne bekræfter de fordele såvel som ulemper, der blev beskrevet ved de forskellige organisationsformer i kortlægningen fra 2013 (1). *Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger* er således sårbar, fordi dens succes er afhængig af, at flere ledelser når til enighed om prioriteringer af medarbejdernes tid og afdelingernes ressourcer, såvel som at der er gode kommunikationskanaler mellem de medarbejdere, der samarbejder om de re-

habiliterende forløb. For organisationsformen *hjemmepleje med ekstra ressourcer* ses, at tilfø- jelsen af ekstra kompetencer i teamet kan fremme implementeringen af den rehabiliterende til- gang hos social- og sundhedsmedarbejderne. Det ses dog også, at det kan betyde, at 'den ekstra ressource', for eksempel terapeuter, varetager opgaver i forbindelse med rehabilitering for so- cial- og sundhedsmedarbejderne, hvormed kompetenceudviklingen af social- og sundhedsmed- arbejderne sinkes. Omvendt ses en stram strukturering af samarbejdet mellem de ekstra ressour- cer og social- og sundhedsmedarbejderne at fremme implementering og kompetenceudvikling. Organiseringsformen *tværfaglig specialenhed* synes at kunne sikre borgerne et godt rehabilite- ringsforløb, mens de er tilknyttet specialenheden, men overgår borgere til 'den almindelige' hjemmepleje, er der stor risiko for et markant brud med tilgangen, hvor den rehabiliterende til- gang afløses af en kompenserende, også uden at det er for at imødekomme borgerens behov.

Undersøgelserne peger desuden på en række elementer, der synes vigtige for at fremme imple- menteringen af den rehabiliterende tilgang.

Det er vigtigt, at der i hverdagen holdes fokus på, at der skal praktiseres en rehabiliterende til- gang, såvel som hvordan den skal praktiseres. Én af måderne at gøre det på er at sikre hyppige såvel uformelle som formelle møder mellem faglighederne. Tværfaglige møder med deltagelse af alle fagpersoner, der er en del af det rehabiliterende arbejde om borgerne, styrker vidende- ling, koordination og kompetenceudvikling, men gode møder forudsætter blandt andet positivt engagement fra alle mødedeltagere. Derfor kan det være nødvendigt at arbejde med, at alle fag- ligheder forstår og påtager sig deres rolle i det rehabiliterende arbejde og i udviklingen af det faglige miljø.

Den bedste implementering synes at ske gennem positive erfaringer, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at tilrettelægge implementeringen, således at medarbejderne opbygger erfaringer med positivt indstillede borgere, der også gennemgår en positiv udvikling.

En fælles forståelse på tværs af teams og afdelinger er en forudsætning for et godt samarbejde om borgerne, og for at borgerne får et sammenhængende forløb. Derfor bør undervisning og kurser tilrettelægges, således at der opnås en fælles forståelse for den rehabiliterende tilgang som en god måde at praktisere omsorg og pleje på.

Det er vigtigt, at de organisatoriske rammer rækker til at skabe en positiv motivation hos bor- gerne, såvel som at frontpersonalet formår at gøre det. Det vil sige, at de skal formå at fremme *lysten* til den rehabiliterende tilgang hos borgeren. At borgerne er positivt motiverede er vigtigt for medarbejdernes trivsel i deres arbejde. Medarbejderne udvikler 'strategier' for, hvordan man arbejder med at motivere forskellige borgere, og det synes oplagt, at et fokus på at italesætte og udvikle sådanne strategier internt i organisationerne kan skabe potentiale for et mere målrettet arbejde med at motivere borgerne. Kontinuitet i relationen mellem borger og medarbejder(e), det vil sige et lille team om borgeren, forekommer at være en struktur, der kan understøtte med- arbejdnernes målrettede arbejde med de forskellige motivationsstrategier hos borgerne.

At sætte mål for borgernes forløb er ikke en ligetil opgave for frontmedarbejdere som for ek- sempel terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere. Der bør derfor gives klare organisatori- ske rammer for, hvordan de skal balancere kravene om på den ene side at fremme borgerens selvhjulpethed for herigennem også at kunne nedsætte ressourceforbruget, og på den anden side arbejde med udgangspunkt i borgerens egne ønsker og mål. Redskaber såsom COPM og ADL

kan anvendes til at sætte mål. Ved en sådan tilgang er det vigtigt, at den, der anvender redskabet sammen med borgeren, skal have et meningsfuldt råderum til at tilrettelægge et forløb sammen med borgeren, og således ikke være for snævert bundet af, hvad der er beskrevet i ydelseskataloget.

Social- og sundhedsmedarbejderne kan have store udfordringer i forhold til mestring af it-redskaber, analytiske og skriftlige kompetencer, som påvirker deres varetagelse af dokumentationsopgaven negativt. Det kan betyde, at dokumentationen ikke bliver et så centralt kommunikationsredskab som tiltænkt. Mundtlig dialog synes i stedet at være den kommunikationskanal, der anvendes, med de muligheder og svagheder, den besidder. Skal dokumentationen i højere grad tages i brug som kommunikationskanal, kan der være behov for at give social- og sundhedsmedarbejderne omfattende støtte til at udvikle de fornødne kompetencer og ikke mindst tage dokumentationen i brug som kommunikationsvej.

Flere studier viser, at sygeplejerskerne har svært ved at finde deres rolle i det rehabiliterende arbejde. Der kan derfor være behov for at organisere arbejdet, således at sygeplejerskerne får tydelige roller i det rehabiliterende arbejde, der rækker ud over blot at praktisere klassiske sygeplejeopgaver, ligesom der er behov for, at sygeplejerskerne aktivt søger at udfylde deres rolle i det tværfaglige rehabiliterende arbejde.

Endelig synes de eksisterende undersøgelser at efterlade et blindt punkt: de private leverandører. Der er ikke foretaget nogle undersøgelser/systematiske evalueringer af private leverandører af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen, og der er dermed ikke tilvejebragt systematisk viden om eksempelvis de private leverandørers evne til at øge de ældres selvhjulpenhed eller funktions-evne, herunder hvor mange borgere der for eksempel afsluttes til 'ingen/mindre hjælp' hos henholdsvis den private og kommunale leverandør.

## 8 Sammenfatning

Denne rapport er en oversigt over 24 publikationer om rehabilitering til ældre borgere, der får hjælp og støtte efter servicelovens paragraffer om personlig og praktisk bistand i eget hjem (paragraf 83 og 83 a).

Publikationerne er gennemgået og analyseret for: a) effekten af kommunernes tilbud om rehabilitering på borgernes funktionsevne og ydelsesforbrug, b) borgernes oplevelse og udbytte af kommunernes tilbud om rehabilitering, samt c) erfaringer med organisering og implementering af kommunernes rehabiliteringstilbud.

### **Effekter på borgernes funktionsevne og ydelsesforbrug**

Der er gennemført et studie, som ser på udviklingen i borgernes funktionsevne før og efter et forløb med rehabilitering. Der findes signifikant positiv effekt på borgerens funktionsevne, men studiet er ikke gennemført med kontrolgruppe, og derfor kan det ikke afgøres, om udviklingen skyldes interventionen eller andre forhold.

Syv studier ser på udviklingen i borgernes ydelsesforbrug, og seks anvender et kontrolleret design. I de seks studier, der anvender et kontrolleret design, findes effekt i fem. Tre er gennemført i perioden 2009-2013, og to er gennemført i perioden 2015-2016. Dette viser, at det er muligt at reducere ydelsesforbruget ved en målrettet indsats med rehabilitering – også efter lovændringen i 2015.

Studiet fra 2013 (5) er interessant, fordi det vedrører en anden målgruppe end målgruppen for de øvrige projekter. Interventionen bestod i, at *alle borgere* i hjemmeplejen får tilbud om et kvartalsbesøg ved terapeut eller sygeplejerske, hvor de rutiner, som borgeren og social- og sundhedspersonalet har udviklet i dagligdagen, gennemgås og justeres, så de modsvarer borgerens aktuelle hjælpebehov. Interventionen blev indført, samtidig med at der fortsat var et tilbud om Hverdagsrehabilitering til de borgere, der i dag ville være målgruppe for paragraf 83a. Det indikerer, at der kan være effekt af et tilbud om rehabilitering til alle borgere i hjemmeplejen. Ligeledes er det interessant, at studiet fra 2015 finder, at funktionsevnen bedres for borgere, der gennemfører et rehabiliteringsforløb, uagtet om de er førstegangshenvendende eller også tidligere har modtaget hjælp. Da studiet ikke gør brug af en kontrolgruppe, kan det dog ikke afgøres, om udviklingen skyldes interventionen eller andre faktorer.

### **Borgernes oplevelser af rehabilitering**

Studier af borgernes oplevelser af rehabilitering viser, at det, for at borgerne har en positiv oplevelse af rehabiliteringstilbud, er vigtigt, at medarbejderne kommunikerer tydeligt og kontinuerligt, at rehabilitering er et kvalitetstilbud – og at borgerne skal have den hjælp, de har brug for. Der er brug for en målrettet ledelsesmæssig indsats for at sikre dette i alle kommuner.

### **Organisering og implementering**

De inkluderede undersøgelser bygger på (mindst) tre forskellige organisationsformer, og for alle ses fordele og ulemper. Fordele kan i mere specialiserede teams være, at borgeren synes sikret et rehabiliterende forløb af høj kvalitet, mens ulempen kan være, at der ikke er konsistens i til-

gangen på tværs af teams, og at der derfor kun er en lav grad af sammenhæng mellem den tilgang, det specialiserede team leverer, og tilgangen som den øvrige hjemmepleje leverer. Ligeledes ses der fordele og ulemper ved en integreret organisationsmodel, hvor 'den almindelige hjemmepleje' tilføres ekstra ressourcer. Det kan fremme implementeringen, blandt andet fordi de ekstra ressourcer bringer den rehabiliterende tænkning i spil i hverdagen, men også modvirke implementeringen, fordi de ekstra ressourcer overtager opgaver relateret til rehabilitering fra social- og sundhedsmedarbejderne. Der er dog kun få studier inden for hver af de tre organisationsformer, og datagrundlaget er således usikkert.

En række elementer forekommer væsentlige for at fremme implementeringen af den rehabiliterende tilgang.

Et længerevarende dagligt fokus på rehabilitering og praktisering heraf er vigtig for, at social- og sundhedsmedarbejderne indoptager tilgangen.

Den bedste implementering synes at ske gennem positive erfaringer, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at tilrettelægge implementeringen, således at medarbejderne opbygger erfaringer med positivt indstillede borgere, som også formodes at ville gennemgå en positiv udvikling under rehabiliteringsforløbet. Hertil kan lægges, at det påhviler kommunerne at skabe de rette organisatoriske rammer, for at frontpersonalet kan arbejde rehabiliterende, og at frontpersonalet skal praktisere en tilgang, der skaber en positiv motivation hos borgerne. Et fokus i forhold til dette kan være, at der på organisationsniveau arbejdes bevidst med at udvikle medarbejdernes tilgang til at motivere borgerne.

Det kan være vanskeligt for frontmedarbejderne at balancere de to hensyn, som den rehabiliterende tilgang mange steder synes at skulle imødekomme: dels at den rehabiliterende tilgang tilrettelægges ud fra borgerens mål, ønsker og tanker om livskvalitet, dels at den tilrettelægges ud fra kommunens definerede ydelser med sigte på afslutning og følgelig reducerede udgifter. Kommunerne kan med fordel arbejde bevidst med, hvad dette betyder i praksis, for at give frontmedarbejderne bedre rammer for deres arbejde. Hvis medarbejderne eksempelvis skal anvende redskaber, eksempelvis COPM, til at sætte mål for borgernes rehabiliteringsforløb, er det vigtigt, at medarbejderne kender deres råderum til at forfølge borgernes egne mål, ønsker og tanker om livskvalitet, eller omvendt hvor bundet de er til at arbejde i overensstemmelse med kommunens ydelseskatalog.

Social- og sundhedsmedarbejderne kan have store udfordringer i forhold til at praktisere skriftlig dokumentation, og det medfører, at den skriftlige dokumentation ikke tages i brug som kommunikationskanal på den måde og i det omfang, den er tiltænkt. I stedet holder medarbejderne fast i mundtlig dialog som kommunikationskanal, for den er de trygge ved, og den fungerer for dem i praksis. At udvikle social- og sundhedsmedarbejdernes dokumentationskompetencer kan forudsætte omfattende støtte.

Mange social- og sundhedsmedarbejdere samt terapeuter finder sig godt til rette med den rehabiliterende tilgang og har en klar fornemmelse af, hvad deres rolle er i det rehabiliterende arbejde. Den rehabiliterende tilgang kan forandre deres faglige identitet og fremme deres trivsel. Det er til gengæld ikke tilfældet med sygeplejerskerne, som kan have svært ved at se deres rolle i det rehabiliterende arbejde. Der kan derfor være behov for at organisere arbejdet, således at sygeplejerskerne får tydelige roller i det rehabiliterende arbejde, der rækker ud over blot at praktisere klassiske sygeplejeopgaver, ligesom der er behov for, at sygeplejerskerne aktivt søger at

udfylde deres rolle i det tværfaglige, rehabiliterende arbejde. Sygeplejerskernes arbejde har dog ikke været hovedfokus i undersøgelserne – det har i stedet især social- og sundhedsmedarbejderne – og det begrænser mulighederne for at belyse, hvordan sygeplejerskerne integreres bedre i det rehabiliterende arbejde.

Endelig er der også behov for at undersøge de private aktørers rolle i det rehabiliterende arbejde nærmere. Der er ikke foretaget undersøgelser/systematiske evalueringer af private leverandører af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen, til trods for at det sandsynligvis er langt flertallet af kommunerne, der samarbejder med private leverandører. Dermed foreligger der ikke systematisk viden om eksempelvis de private leverandørers evne til at øge de ældres selvhjulpethed eller funktionsevne – herunder hvor mange borgere der for eksempel afsluttes til 'ingen/mindre hjælp' hos henholdsvis den private og den kommunale leverandør.

## 9 Referenceliste

- (1) Kjellberg PK, Hauge-Helgestad A, Madsen MH, Rasmussen SR. Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Odense: Socialstyrelsen; 2013.
- (2) Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. 2004.
- (3) Thuesen J. Er det legitimt at være gammel og svækket? Gerontologi 2013;29(1):20-21.
- (4) Kjellberg J, Ibsen R. Træning som hjælp. Økonomievaluering. København: KORA; 2012.
- (5) Kjellberg PK, Kjellberg J, Navne LE, Ibsen R. Trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Organisations- og økonomievaluering. København: KORA; 2013.
- (6) Limborg HJ, Albertsen K. Sygeplejersker skal spille en aktiv rolle i hverdagsrehabiliteringen. Sygeplejersken 2013;113(8):77-79.
- (7) Hansen AM. Rehabilitative bodywork: Cleaning up the dirty work of homecare. Sociology of Health and Illness 2016;38(7):1092-1105.
- (8) Hansen AM. Rehabilitating elderly bodies and selves. New forms of care work, professional identity and status in rehabilitative home care (Ph.d.-afhandling). Roskilde: Roskilde University; 2015.
- (9) Social- og Indenrigsministeriet. Lov om social service. 2016:§83a.
- (10) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (11) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (12) Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (13) Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R. Længst muligt i eget liv og hverdagsrehabilitering. Gerontologi 2013;29(1):4-7.
- (14) Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R, Christensen LT. Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010. København: KORA; 2011.
- (15) Aarhus Kommune. Grib hverdagen. Midtvejsevaluering. Aarhus: Aarhus Kommune; 2011.
- (16) Tonnesen M, Sørensen JB, Nygaard K. Grib Hverdagen, slutevaluering. Aarhus: Aarhus Kommune; 2012.



- (17) Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. *Disability and Rehabilitation* 2015;37(15):1347-1352.
- (18) Christensen U, Malling G, Christensen B. Hverdagsrehabilitering. Rapport fra en kvalitativ undersøgelse. København: Københavns Kommune; 2014.
- (19) Kjellberg PK. Træning som hjælp. Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune. København: KORA; 2012.
- (20) Navne LE, Kjellberg PK. Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune. København: KORA; 2013.
- (21) Madsen MH, Christensen IE, Kjellberg PK, Kjellberg J, Ibsen R. Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune. København: KORA; 2014.
- (22) Kjellberg J, Ibsen R. Rehabiliterende hjemmepleje efter Egedal-modellen. En analyse af de økonomiske konsekvenser af initiativer igangsat i hjemmeplejen i Egedal Kommune i løbet af 2015. København: KORA; 2016.
- (23) Petersen, A., Kjellberg, P.K. Det gode hverdagsliv i Egedal Kommune. København: KORA; 2016.
- (24) Kjellberg J, Ibsen R. Rehabiliterende hjemmepleje efter Roskilde-modellen. En analyse af de økonomiske konsekvenser af Roskilde-modellen for rehabilitering. København: KORA; 2016.
- (25) Albertsen K, Wiegman IM, Limborg HJ. Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering. Afsluttende rapport fra RekoHver-projektet. 2014.
- (26) Pedersen HS, Buch MS, Holm-Pedersen C. Dokumentation i praksis. Undersøgelse af ældreområdet i Randers Kommune. København: KORA; 2014.
- (27) Hansen EB, Eskelinen L, Rahbæk MØ, Helles JN. Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering. København: KORA; 2015.
- (28) Rostgaard T, Graff L. Med hænderne i lommen. Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering. København: KORA; 2016.
- (29) Rostgaard T, Matthiesen MU. At arbejde rehabiliterende i hjemmeplejen gør arbejdet meningsfuldt. København: KORA; 2016.
- (30) Petersen A. Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer (Ph.d. Serie 33.2013). Frederiksberg: Copenhagen Business School; 2013.
- (31) Greenwood R, Reyard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lousbury M. Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management Annals* 2011;5(1):317-371.

- (32) Glasdam S, Henriksen N, Kjær L, Præstegaard J. Client involvement in home care practice - a relational sociological perspective. *Nursing Inquiry* 2012;20(4):392-340.
- (33) Sundhedsstyrelsen. Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet. 2016.
- (34) Kjellberg PK, Graff L. Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen. Hvad kan vi lære af danske studier. København: KORA; 2017.
- (35) Rambøll Management Consulting. Innovationspartnerskaber om rehabilitering. 2016; Available at: [http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Marts/~~/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Rehabiliteringsforlob-paa-aeldreomraadet/Hovedrapport-om-offentlige-private-partnerskaber-om-rehabilitering.ashx](http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Marts/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Rehabiliteringsforlob-paa-aeldreomraadet/Hovedrapport-om-offentlige-private-partnerskaber-om-rehabilitering.ashx). Accessed 9. 1. 2016.
- (36) Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde. Datarapport. Cases om kommunernes erfaringer med private leverandører i integrerede løsninger på ældre- og sundhedsområdet. 2015.
- (37) Kamp A. Rehabilitering i hjemmeplejen - begejstring, krydspres og paradokser. *Gerontologi* 2013;29(2):16-21.

## Bilag 1: Litteratursøgningen

I reviewet er inkluderet empiriske undersøgelser af kommuners arbejde med rehabilitering af ældre borgere i deres eget hjem, hvorfra eget hjem på en plejehjem/plejehjem fraregnes. Der er hovedsageligt inkluderet undersøgelser, der fokuserer på implementeringen, effekterne og borgernes oplevelse af en rehabiliterende tilgang, men herudover også enkelte undersøgelser, hvor det ikke er selve det kommunale rehabiliterende projekt, der er i centrum, men hvor dette ligger i periferien. I disse undersøgelser er det eksempelvis praksissen 'dokumentation' i det rehabiliterende arbejde eller medarbejdernes identitetsudvikling som følge af introduktionen af rehabilitering, der er det primære fokus, men der er tale om aspekter, der vedrører det praktiserende af det rehabiliterende arbejde.

De følgende overordnede kriterier har betinget, hvilke undersøgelser der er inkluderet i reviewet:

- Undersøgelserne skal være foretaget i kommuner, der opererer under den danske lov om social service paragraf 83 (for publikationer efter 2015 også paragraf 83a).
- Undersøgelsen skal omfatte ældre borgere, dvs. 60 år eller ældre.
- Undersøgelsen skal være gennemført af eller i samarbejde med en ekstern evaluator, som gør brug af videnskabelige metoder. Dette ekskluderer en lang række af kommunernes egne evalueringer, som tidligere er gennemgået i en kortlægning for Socialstyrelsen (1).
- Undersøgelserne skal omhandle kommunernes organisering og implementering af rehabilitering i hjemmeplejen og/eller borgernes oplevelser og udbytte af kommunernes tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen, og/eller effekten af kommunernes tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen på borgernes funktionsevne og ydelsesforbrug.
- Undersøgelserne skal være foretaget efter 2007, som kan regnes som skelsår for, hvornår arbejdet med den rehabiliterende tilgang for alvor organiseres og bliver en bevidst strategi i kommunerne (37). Selve *litteratursøgningen* har dog omfattet ældre studier for på denne måde at kunne afsøge, om der var relevante undersøgelser at inddrage i de indledende og diskuterende afsnit. Det betyder følgelig, at den gennemgåede litteraturmængde har været større, end hvis grænsen var sat ved 2007.
- Den rehabiliterende tilgang skal praktiseres af personale ansat i hjemmeplejen og skal foregå i borgerens eget hjem og umiddelbare nærmiljø.
- Da den rehabiliterende tilgang i hjemmeplejen ikke er en sygdomsspecifik rehabiliteringsintervention, er undersøgelser, der vedrører sådanne indsatser, ikke inkluderet. Sådanne interventioner er ikke sammenlignelige med den tilgang, som begrebet rehabilitering anvendes til at dække over i hjemmeplejen. Det samme gælder rehabiliteringsinterventioner, der omfatter/lægger sig op af en fokuseret genoptræning, for eksempel postoperativt; interventioner, der ikke omfatter en direkte kontakt mellem personale fra

hjemmeplejen og borgerne, for eksempel tele-rehabiliterende interventioner, og interventioner, der ikke finder sted i borgerens hjem, men for eksempel henlægges til et træningscenter eller lignende.

Litteratursøgningen er foretaget ad to spor:

Det ene spor var en snowballing på de undersøgelser, vi i KORA var bekendte med, hvorefter brainstormingen blev suppleret af en 'gråzone' litteratursøgning efter evalueringer og andre undersøgelser af danske, kommunale indsatser med at omorganisere hjemmeplejen fra en kompenserende til en rehabiliterende tilgang. Det vil sige søgninger via søgedatabaserne Google og Google Scholar med henblik på at finde evalueringer og undersøgelser af den danske kommunale hjemmeplejes arbejde med rehabilitering i hjemmet – og således undersøgelser, der ikke havde fundet vej til videnskabelige søgedatabaser. Vi anvendte blandt andet søgeordene hjemmepleje, hverdagsrehabilitering, rehabilitering, kommune og variationer over disse. Denne søgning resulterede i 21 inkluderede undersøgelser om kommunernes arbejde med rehabilitering. Herudover er der inddraget otte referencer i de indledende og diskuterende afsnit.

Det andet spor er en søgning i følgende videnskabelige søgedatabaser: PubMed, Embase, PsycINFO, Cinahl, Pedro, SveMed+, Forskningsdatabasen, Sociological Abstracts, Social Service Abstracts, Social Sciences Citation Abstracts og Science Citation Abstracts. Resultatet af søgningen var 627 referencer. Af disse blev 614 frasorteret efter gennemlæsning af abstracts, fordi de ikke levede op til inklusionskriterierne. Der var således 13 publikationer tilbage, som alle blev gennemgået og vurderet i forhold til, om de levede op til inklusionskriterierne. Heraf blev tre undersøgelser inddraget som undersøgelser af kommunernes arbejde med rehabilitering, og to inddraget i de indledende og diskuterende afsnit.