

REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET

AFPRØVNING AF EN MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I TO KOMMUNER



17:17

HEIDI HESSELBERG LAURITZEN
MAJ BJERRE
LEA GRAFF

TINE ROSTGAARD
FREYA CASIER
TORBEN FRIDBERG

17:17

REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET

AFPRØVNING AF EN MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I
TO KOMMUNER

HEIDI HESSELBERG LAURITZEN

MAJ BJERRE

LEA GRAFF

TINE ROSTGAARD

FREYA CASIER

TORBEN FRIDBERG

KØBENHAVN 2017

SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET. AFPRØVNING AF EN MODEL FOR
REHABILITERINGSFORLØB I TO KOMMUNER

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for Socialpolitik og Velfærd

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-448-7

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Michael Daugaard

© 2017 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	INDLEDNING	19
	Rehabilitering på ældreområdet	20
	Beskrivelse af model for rehabiliteringsforløb, udviklet af Sundhedsstyrelsen	21
	Afprøvning af rehabiliteringsmodellen i Syddjurs og Slagelse kommuner	24
	Evalueringen	28
2	DATA OG METODE	31
	Del 1: Borgere i rehabiliteringsforløb og udvikling i funktionsevne	33
	Del 2: Borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet	46

	Del 3: Tidsforbrug og lønudgifter	50
	Del 4: Implementering af model for rehabiliteringsforløb i de to kommuner	54
3	BORGERE I REHABILITERINGSFORLØB OG UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE	61
	Beskrivelse af borgere i rehabiliteringsforløb	62
	Analyse af borgernes udvikling i funktionsevne og ensomhed	75
	Sammenfatning	87
4	BORGERNES OPLEVELSE AF REHABILITERINGSFORLØBET	91
	RehabiliteringsForløbets opstart	91
	Indhold og aktiviteter i rehabiliteringsforløbet	95
	Afslutning på forløbet	101
	Motivationsfaktorer	103
	Udfordringer og barrierer for forløbet	112
	De pårørendes rolle	116
	Borgernes oplevelse af deres udbytte af rehabiliteringsforløbet	116
	Sammenfatning	118
5	TIDSFORBRUG OG LØNUDGIFTER	121
	Slagelse Kommune	122
	Syddjurs Kommune	132
	Sammenfatning	141
6	IMPLEMENTERING AF MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I DE TO KOMMUNER	143
	Medarbejderperspektiv	143
	Ledernes og projektledernes perspektiv	168
	Sammenfatning	177

BILAG	181
Bilag 1 Analyse af borgernes udvikling i funktionsevne, målt ved de enkelte domæner i WHODAS.	182
LITTERATUR	185
SFI-RAPPORTER SIDEN 2016	189

FORORD

I denne rapport præsenteres en evaluering af en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet, der er blevet udviklet af Sundhedsstyrelsen og afprøvet i to projektkommuner, Syddjurs og Slagelse, i 2015-2016. Formålet har været at afprøve en konkret model for rehabiliteringsforløb for ældre med faldende funktionsevne med henblik på, at de ældre kan genvinde deres funktionsevne og opnå størst mulig grad af selvstændighed og livskvalitet.

Til brug for evalueringen har SFI trukket på data og interviews fra de to projektkommuner, der hermed takkes for deres store arbejde i denne sammenhæng. Projektlederne i de to kommuner: Rikke Høegh Jensen, Syddjurs Kommune, og Jesper Vind Troelsen, Slagelse Kommune, takkes endvidere for deres kommentarer til rapportudkast.

Pia Kürstein Kjellberg, analyse- og forskningschef, KORA, har været ekstern referee på rapporten og takkes her for konstruktive kommentarer til rapporten. Også Nete Krogsgaard Niss, Oxford Research, og Jette Thuesen, Syddansk Universitet, har læst og kommenteret udkast til rapporten og takkes hermed ligeledes for deres konstruktive kommentarer. Endelig takkes Thomas Ovdal Grønberg, Sundhedsstyrelsen, for konstruktive kommentarer til rapportudkast.

Rapporten er udarbejdet af ph.d.-studerende Heidi Hesselberg Lauritzen, videnskabelig assistent Maj Bjerre, videnskabelig assistent

Freya Casier samt seniorforsker Torben Fridberg. Videnskabelig assistent Lea Graff, KORA, og Professor MSO Tine Rostgaard, KORA, har stået for kapitlet om borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet. Stud.scient.pol. Kasper Nielsen har bidraget med analyser af borgere i rehabiliteringsforløb.

Evalueringen er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

København, juni 2017

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

Rehabilitering har gennem de seneste årtier vundet indpas i den kommunale ældrepleje, og igangsættelsen af rehabiliteringsforløb sker med henblik på, at de ældre kan genvinde tabt funktionsevne og opnå størst mulig grad af selvstændighed og livskvalitet (Social- og Integrationsministeriet, 2011). Ydermere er det i forlængelse heraf siden 1. januar 2015 blevet lovpligtigt for kommunerne at tilbyde rehabiliteringsforløb (§ 83a i lov om social service).

Forud for lovens ikrafttræden blev en kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet gennemført (Kjellberg, m.fl., 2013). Kortlægningen viste, at de fleste kommuner havde etableret et eller flere rehabiliteringstilbud, men også, at der i 92 kommuner var implementeret 95 forskellige modeller for rehabilitering, samt at langt fra alle kommuner havde evalueret deres rehabiliteringsindsats. Dertil kommer, at viden om de menneskelige og samfundsmæssige gevinster ved rehabilitering på det tidspunkt var relativt begrænsede.

Parallelt med dette blev der i satspuljen 2012-2013 afsat midler til ”Kvalificering, dokumentation og udbredelse af en hverdagsrehabiliteringsmetode på ældreområdet”. Midlerne blev udmøntet i projektet ”Rehabilitering på ældreområdet”, som blev igangsat af Socialstyrelsen og sidenhen (efter ressortomlægningen) videreført af Sundhedsstyrelsen i perioden 2012-2016. Formålet med det samlede projekt var at udvikle en

håndbog i rehabiliteringsforløb samt at udvikle, afprøve og evaluere en konkret model for rehabiliteringsforløb for ældre med faldende funktionsevne.

I denne rapport præsenteres en evaluering af den model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet, der som led i udmøntningen af midlerne er blevet udviklet af Sundhedsstyrelsen og afprøvet i to projektkommuner, hhv. Syddjurs og Slagelse, i perioden 2015-2016. Evalueringen har til formål at dokumentere erfaringerne med den afprøvede model for rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner og består af fire dele:

- En beskrivelse af de gennemførte rehabiliteringsforløb og deres karakteristika og af udviklingen i borgernes funktionsevne og efterfølgende behov for hjælp.
- En beskrivelse af borgernes egne oplevelser af deres deltagelse i rehabiliteringsforløb.
- En analyse af medarbejderes tidsforbrug og hermed forbundne lønomkostninger før, under og efter rehabiliteringsforløbene.
- En analyse af medarbejdere og ledes vurdering af implementeringen af den konkrete model.

DEN AFPRØVEDE MODEL KORT BESKREVET

Den afprøvede model for rehabiliteringsforløb har en række kerneelementer og karakteristika, hvor her skal nævnes nogle af de væsentligste.

Først og fremmest lægger den afprøvede model for rehabiliteringsforløb vægt på en helhedsorienteret tankegang, hvor rehabiliteringsindsatsen tager udgangspunkt i borgerens livssituation samt ønsker og behov med fokus på borgerens samlede (fysiske, kognitive og sociale) funktionsevne. Modellen er inddelt i fem faser: visitation, udredning, målsætning, målrettede indsatser og opfølgning samt afslutning.

Som et led i modellen udpeges en forløbsansvarlig medarbejder, der efter visitationen foretager en udredning af borgerens samlede funktionsevne med udgangspunkt i en række validerede måleredskaber. Brugen af redskaber skal blandt andet sikre, at udredningen sker systematisk og at der senere kan følges op på borgerens udvikling. Samtidig er tværfaglighed et centralt element i modellen. I det omfang, der er behov for, at flere forskellige fagligheder involveres i forløbet, er det den forløbsansvarlige, der koordinerer samarbejdet.

Det er borgerens mål, der er styrende for rehabiliteringsforløbet og den eller de indsatser, borgeren modtager. I samarbejde med borgeren afdækker den forløbsansvarlige i målsætningsarbejdet, hvilke aktivitetsproblematikker borgeren har, og hvilke mål borgeren gerne vil opnå med forløbet, og dette dokumenteres i en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen anvendes som et redskab for det tværfaglige team, og der følges løbende op på borgerens mål, som tilpasses efter behov og justeres alt efter, hvordan borgerens funktionsevne udvikler sig.

Efter afslutning på rehabiliteringsforløbet følger den forløbsansvarlige i samarbejde med borgeren op på, om borgeren har forbedret sin funktionsevne og har nået sine mål, og visitator afgør, hvorvidt borgeren har eller ikke har et efterfølgende behov for hjælp.

BORGERE I REHABILITERINGSFORLØB OG UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE

Det er forskelligt, hvad baggrunden er for, at den enkelte borger visteres til et rehabiliteringsforløb. 41 pct. af borgerne har modtaget et rehabiliteringsforløb i forlængelse af en sygehusindlæggelse, mens 29 pct. er startet i forløb på baggrund af en revisitation af igangværende bevilget hjælp. De øvrige rehabiliteringsforløb er startet i forlængelse af, at borgeren har haft et midlertidigt ophold eller træningsophold, på borgerens eller pårørendes opfordring, eller som følge af, at fx forebyggende medarbejdere har opsporet borgere, som de vurderer vil have gavn af et rehabiliteringsforløb.

De borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, har objektivt set i gennemsnit oplevet en signifikant forbedring i deres fysiske funktionsevne og tilsvarende en signifikant forbedring i deres samlede oplevelse af egen funktionsevne. Det skal bemærkes, at det på grundlag af analyserne ikke er muligt at afgøre, om forbedringerne alene skyldes det gennemførte rehabiliteringsforløb, eller om det også kan skyldes andre forhold. En stor del af de borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, er som nævnt begyndt på forløbet umiddelbart efter en sygehusindlæggelse, og mange vil derfor antageligvis genvinde funktionsevnen i større eller mindre grad i perioden efter indlæggelsen, uanset om de gennemfører et rehabiliteringsforløb eller ej. Der er således ikke tale om en egentlig effektmåling.

Undersøgelsen viser, på baggrund af de forløbsansvarliges vurdering, at langt de fleste borgere fra begyndelsen af deres rehabiliterings-

forløb er motiverede for at deltage i forløbet. 13 pct. af borgerne blev dog vurderet til ikke at være motiverede for at deltage, enten fordi de gerne ville fortsætte med den eksisterende hjælp, typisk til rengøring, eller fordi de ikke selv havde troen på at kunne blive selvhjulpne. Nogle borgere har endvidere ved opstarten af deres forløb været enten smerteplagede, har følt sig utrygge og usikre eller har ikke kunne se formålet med forløbet. Halvdelen af de borgere, der ikke var motiverede fra start, fandt dog motivationen undervejs i forløbet.

Undersøgelsen peger samtidig på, at borgernes mulighed for at genvinde deres funktionsevne i høj grad hænger sammen med deres motivationsniveau. Borgere, der er motiverede for at deltage og indgå aktivt i deres rehabiliteringsforløb, oplever i højere grad forbedringer af deres fysiske funktionsevne i løbet af rehabiliteringsforløbet. Ikke overraskende oplever borgere, som har et forløb med fysisk træning eller ADL-træning, der dækker over de aktiviteter, der knytter sig til dagligdagens gøremål, en større forbedring af deres fysiske funktionsevne end borgere, der ikke modtager indsatser af fysisk og trænende karakter.

Undersøgelsen viser endvidere en signifikant positiv sammenhæng mellem potentialet for fysiske funktionsevneforbedringer og det at bo sammen med nogen. Det vil ofte være en ægtefælle, og denne ægtefælle vil i høj grad kunne indgå som en vigtig støtte i rehabiliteringsforløbet og være med til at fremme borgerens motivation og hjælpe med at fastholde de nye rutiner og det rehabiliterende fokus.

Det er også værd at bemærke, at jo flere indsatser borgerne modtager i deres rehabiliteringsforløb, des mindre er potentialet for forbedringer af deres fysiske funktionsevne sammenlignet med borgere, der modtager færre indsatser. Dette afspejler, at de borgere, der modtager mange forskellige indsatser, ofte er mere komplekse og svækkede borgere med et omfattende behov for hjælp.

Efter endt rehabiliteringsforløb modtager omkring hver femte borger ikke yderligere hjælp efter servicelovens § 83. 24 pct. af borgerne modtager praktisk hjælp, 14 pct. personlig pleje, mens 42 pct. af borgerne modtager både praktisk hjælp og personlig pleje.

BORGERNES OPLEVELSE AF REHABILITERINGSFORLØBET

Interview med borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, viser, at borgerne i begge projektkommuner har været meget tilfredse med deres forløb. Størstedelen af de interviewede fortæller, at de oplever en

forbedring af deres funktionsevne og en højere grad af selvhjulpenhed i forbindelse med deltagelse i rehabiliteringsforløbene.

Især de borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb på baggrund af et pludseligt opstået funktionsevnetab, eksempelvis som følge af knoglebrud, oplever en hurtig og tydelig forbedring af deres funktionsevne. Samtidig fremstår disse borgere særdeles motiverede for hurtigst muligt at genvinde den tabte funktionsevne. Men generelt lægger de interviewede borgere, uanset funktionsevne og baggrund for at være i rehabiliteringsforløb, stor vægt på deres vilje til at klare sig selv.

Nogle borgere har oplevet forskellige forhold som problematiske. Det har gjort sig gældende for tre ud af de 17 borgere, der har været interviewet både før og efter deres rehabiliteringsforløb. Det har dels vedrørt den indledende udredning af borgernes funktionsevne og aktuelle behov for hjælp, hvor to borgere følte sig dårligt behandlet, dels var en borger utilfreds med måden, hvorpå hans rehabiliteringsforløb ophørte. For alle tre tilfælde gælder, at disse oplevelser formentlig bunder i en mangelfuld information og kommunikation, om hvad der skal ske og egentlig ikke har noget at gøre med selve rehabiliteringsforløbene som sådan.

TIDSFORBRUG OG LØNUDGIFTER

Analysen af tidsforbruget, forbundet med rehabiliteringsforløbene i de to projektkommuner, viser, at rehabiliteringsforløbene i Slagelse Kommune i gennemsnit varer i 12,9 uger og at borgerne i gennemsnit er visiteret til 7,7 timers hjælp om ugen, svarende til i alt ca. 98 timers hjælp pr. forløb. Rehabiliteringsforløbene i Syddjurs Kommune varer i gennemsnit 10,8 uger, og borgerne er i gennemsnit visiteret til 10,5 timers ugentlig hjælp, hvilket svarer til i alt ca. 113 timers hjælp pr. forløb. I Slagelse Kommune er det beregnede tidsforbrug i gennemsnit mindre, men på grund af delvist uoplyste data i Slagelse Kommune, kan tidsforbruget ikke sammenlignes med tidsforbruget i Syddjurs Kommune.

For de borgere, der ikke har modtaget hjemmehjælp forud for rehabiliteringsforløbet, er den visiterede tid både under og efter rehabiliteringsforløbet i gennemsnit betydeligt mindre end blandt dem, som har modtaget indsatser i en længere periode op til forløbet.

Efter rehabiliteringsforløbets afslutning falder den visiterede tid til hjælp som borgerne modtager til et niveau, som fortsætter stort set uændret over en periode på seks måneder.

Når man tager udgangspunkt i den visiterede tid til rehabiliteringsforløb og inddrager de gennemsnitlige lønudgifter i relation til de forskellige faggrupper involveret i forløbet, er det muligt at beregne de ugentlige omkostninger. Beregningerne for Slagelse Kommune viser gennemsnitlige omkostninger på ca. 2.100 kr. pr. uge under rehabiliteringsforløbet efterfulgt af gennemsnitlige omkostninger på ca. 1.150 kr. pr. uge i de første 12 uger efter rehabiliteringsforløbet. Beregningerne for Syddjurs Kommune viser gennemsnitlige omkostninger på ca. 2.700 kr. pr. uge under rehabiliteringsforløbet efterfulgt af gennemsnitlige omkostninger på ca. 950 kr. pr. uge i de første 12 uger efter rehabiliteringsforløbet. På grund af datamaterialets beskaffenhed skal disse økonomiske beregninger tages med et vist forbehold, og det er ikke umiddelbart muligt at sammenligne udgiftsniveauet på tværs af de to kommuner. Det skyldes hovedsageligt, at de beregnede lønudgifter ligesom tidsforbruget i Slagelse Kommune er underestimerede som følge af delvist uoplyste data.

IMPLEMENTERING AF MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I TO KOMMUNER

Evalueringen indeholder også en undersøgelse af implementeringen af rehabiliteringsmodellen belyst fra både et medarbejder- og et lederperspektiv. Fokus har været at belyse, hvordan det er gået med implementeringen af nogle af de væsentligste elementer i modellen, som etablering samt organisering af det tværfaglige samarbejde og udpegning af de forløbsansvarlige, målsætningsarbejdet og brugen af validerede redskaber til systematisk udredning, dokumentation og opfølgning på borgerens rehabiliteringsforløb.

Både sygeplejersker og terapeuter har indtaget rollen som forløbsansvarlige. Terapeuter har været forløbsansvarlige i 87 pct. af rehabiliteringsforløbene, mens sygeplejerskerne har haft det overordnede ansvar for 13 pct. af forløbene. Det dækker over en væsentlig kommunal forskel, idet sygeplejerskerne i Syddjurs Kommune har været forløbsansvarlige i 22 pct. af rehabiliteringsforløbene, mens sygeplejerskerne i Slagelse Kommune har varetaget rollen i 4 pct. af forløbene.

I tre ud af fire rehabiliteringsforløb har blot en forløbsansvarlig og en SOSU-medarbejder været involveret. De resterende forløb har krævet en større grad af tværfaglighed, og i 6 pct. af forløbene har fire til fem faggrupper været tilknyttet. I disse forløb består det tværfaglige team som oftest af en terapeut, en sygeplejerske, en SOSU-medarbejder, en

ernæringsvejleder/diætist samt en demenskoordinator eller bostøtte. I knap hvert femte rehabiliteringsforløb er de pårørende endvidere blevet inddraget i rehabiliteringsforløbet.

Der har gennem projektet været stor opbakning fra både medarbejdere og ledere til et øget tværfagligt samarbejde. I begge kommuner har medarbejderne lige fra begyndelsen bakket op omkring tanken bag projektet og været positive indstillede over at skulle arbejde rehabiliterende. I opstartsperioden opstod der imidlertid en del skepsis. Ud fra medarbejdernes perspektiv var implementeringsprocessen præget af usikkerhed og manglende rammer for projektet, og de oplevede at skulle ”træde stien, mens man går den”. Denne skepsis var særligt at finde blandt sygeplejerskerne.

Sygeplejerskerne har ikke fra starten følt, at deres fagspecifikke kompetencer passede til rollen som forløbsansvarlig for rehabiliteringsforløb. Denne opfattelse ændrede sig undervejs blandt sygeplejerskerne i Syddjurs Kommune, der afslutningsvis fandt, at det er relevant for deres faggruppe at varetage opgaven som forløbsansvarlig.

Generelt oplever ledere og medarbejdere også, at det især har været udfordrende at etablere et samarbejde mellem sygeplejerskerne og de øvrige faggrupper. I modsætning til terapeuterne og SOSU-medarbejderne, har sygeplejerskerne ikke tidligere været en del af det rehabiliterende arbejde i projektkommunerne. Sygeplejerskerne har derfor ikke i samme grad som de øvrige faggrupper, været vant til at arbejde tværfagligt og rehabiliterende, og har i rollen som forløbsansvarlige skullet varetage en række nye arbejdsopgaver. Med hensyn til samarbejdet mellem SOSU-medarbejderne og terapeuterne er det både medarbejdernes og ledernes opfattelse, at dette fungerer rigtig godt. Og undervejs er samarbejdet mellem sygeplejerskerne og de øvrige faggrupper også blevet styrket i især Syddjurs Kommune.

I begge kommuner er lederne og projektlederne tilfredse med at arbejde rehabiliterende ud fra en fast model og struktur med en klar ansvarsfordeling og med udgangspunkt i borgerens ønsker og mål for rehabiliteringsforløbet. I den forstand har arbejdet med modellen haft en positiv virkning. Selv om det er ressourcekrævende at implementere rehabiliteringsmodellen, og i særdeleshed at inddrage sygeplejerskerne i det tværfaglige samarbejde, så er det konstruktivt og ifølge ledelsen i begge kommuner den eneste rigtige vej at gå.

I forhold til målsætningsarbejdet bakker samtlige faggrupper i de to kommuner op om vigtigheden af at kunne arbejde motiverende og at tage udgangspunkt i borgerens motivation og mål. Det er borgerens mål, der skal være styrende for rehabiliteringsforløbet, og i begge kommuner har de forløbsansvarlige arbejdet meget med at identificere, hvilke aktivitetsproblematikker borgeren oplever som vigtige, og hvilke mål borgeren har og på den baggrund tilrettelægge den eller de indsatser, borgeren skal modtage i forløbet. I forhold til målopfyldelsen har 72 pct. af borgerne nået deres mål og er blevet selvhjulpne i forhold til den pågældende aktivitet, mens 9 pct. delvist har fået indfriet deres mål. 18 pct. af borgerne har ikke opnået deres mål med rehabiliteringsforløbet. Det skyldes som oftest, at borgeren har oplevet en tiltagende svækkelse og oplevet yderligere begrænsninger i funktionsevnen eller manglet motivation og initiativ til at deltage aktivt i forløbet.

De forløbsansvarlige har ved opstart og afslutning af hvert forløb anvendt en række måleredskaber vedrørende borgerens funktionsevne. Disse redskaber skal dels understøtte en systematisk udredning af borgerne, dels anvendes til at dokumentere og følge op på udviklingen hos den enkelte borger. Det har været tidskrævende og udfordrende for de forløbsansvarlige at lære at anvende disse redskaber og gennemføre de forskellige test, og måleredskaberne har været årsag til kritik blandt medarbejdere i begge projektkommuner. Kritikken er aftaget i takt med, at erfaringerne med redskaberne blev større, men undersøgelsen peger på, at der er udfordringer forbundet med at anvende nogle af redskaberne – særligt hos kognitivt svækkede borgere.

KONKLUSIONER

Overordnet er erfaringerne med den afprøvede model for rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner positive i den forstand, at både de borgere, der har deltaget i et rehabiliteringsforløb, og de ansatte i den kommunale ældrepleje generelt har været meget tilfredse med de rehabiliteringsforløb, der er gennemført som led i afprøvningen.

Selv om modellen er blevet implementeret lidt forskelligt i de to kommuner, har begge kommuner implementeret modellens vigtige elementer omkring etablering samt organisering af det tværfaglige samarbejde og udpegning af de forløbsansvarlige, målsætningsarbejdet og brugen af validerede redskaber til systematisk udredning, dokumentation og opfølgning på borgerens rehabiliteringsforløb.

I forbindelse med etableringen af det tværfaglige samarbejde har især inddragelsen af sygeplejersker i det rehabiliterende arbejde været forbundet med en række udfordringer. Udfordringerne skyldes formodentlig, at denne faggruppe ikke tidligere har været tænkt ind i det rehabiliterende arbejde, som før primært har bestået af et samarbejde mellem hjemmeplejen (SOSU-medarbejdere) og terapeuter. Men i udgangspunktet kan sygeplejerskerne se vigtigheden af og formålet med at arbejde rehabiliterende, og især i Syddjurs Kommune er det lykkedes at få sygeplejerskerne til at indgå i det rehabiliterende arbejde og i rollen som forløbsansvarlige.

I forbindelse med målsætningsarbejdet er det et led i modellen, at rehabiliteringsforløbet tager udgangspunkt i borgerens motivation, egne mål og ønsker med forløbet. Der er i begge kommuner i høj grad blevet arbejdet med borgerens motivation og mål ved fastlæggelsen af rammen for de indsatser, borgerne har modtaget.

Til formålet med at iværksætte rehabiliteringsforløb på ældreområdet hører også en forventning om, at en effektiv indsats på længere sigt kan formindske kommunernes udgifter til ældrepleje som følge af, at borgerne vil opleve et reduceret behov for hjælp og støtte efter deres rehabiliteringsforløb. Analyserne i denne evaluering kan ikke vise, om rehabiliteringsforløbene på længere sigt medfører mindre udgifter til ældrepleje, men resultaterne peger på, at de borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb i gennemsnit har forbedret deres funktionsevne.

INDLEDNING

Der blev i satspuljen 2012-2013 afsat midler til ”Kvalificering, dokumentation og udbredelse af en hverdagsrehabiliteringsmetode på ældreområdet”. Midlerne blev udmøntet i projektet ”Rehabilitering på ældreområdet”, der er gennemført af først Socialstyrelsen og senere Sundhedsstyrelsen¹ i perioden 2012-2016. Formålet med det samlede projekt var at udvikle en håndbog i rehabiliteringsforløb samt at udvikle, afprøve og evaluere en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet, så ældre borgere får mulighed for at genvinde funktionsevne, blive mere selvhjulpne og opnå tryghed ved at leve et uafhængigt liv. Forventningen er, at en effektiv rehabiliteringsindsats på længere sigt kan formindske kommunernes udgifter til ældrepleje, fordi de ældre reducerer deres behov for hjælp og støtte (Social- og Integrationsministeriet, 2011).

På baggrund af kortlægninger af den eksisterende danske og internationale viden om rehabiliteringsindsatser for ældre borgere med nedsat funktionsevne, input fra eksperter inden for rehabiliteringsfeltet samt dialog med en række kommuner har Sundhedsstyrelsen udarbejdet *Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service* og en model for rehabiliteringsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2016). Håndbogen

1. Projektet var som udgangspunkt forankret i Socialstyrelsen, men blev med ressortomlægningen i juni 2015 forankret i Sundhedsstyrelsen.

indeholder forslag til god praksis, som kommunerne kan lade sig inspirere af, og modellen for rehabiliteringsforløb er afprøvet i to udvalgte kommuner, henholdsvis Syddjurs og Slagelse Kommuner, i perioden 2014-2016. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd fik til opgave at gennemføre en evaluering, der skal dokumentere erfaringerne med den afprøvede model i de to projektkommuner. Det er resultaterne fra denne evaluering, der præsenteres i denne rapport.

REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET

Rehabilitering er en tilgang, der igennem de seneste årtier har vundet indpas i den kommunale ældrepleje. Med begrebet ”rehabilitering” henvises der ofte til:

... 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 funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseret på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (MarselisborgCentret, 2004)

Interessen for rehabiliteringsbegrebet og dets praksis tog for alvor fart, efter at Fredericia Kommune i 2008 med *Langst Muligt i Eget Liv* som landets første kommune begyndte at arbejde med og organisere ældreplejen ud fra en rehabiliterende tankegang. På baggrund af Fredericias erfaringer har der været en massiv interesse for at indføre rehabilitering blandt landets øvrige kommuner (FOA, 2010), og kommunerne har i høj grad omsat interessen til praksis. Socialstyrelsens kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på området viste, at 92 ud af landets 98 kommuner i 2013 havde etableret ét eller flere rehabiliteringstilbud (Kjellberg m.fl., 2013). Kortlægningen viste imidlertid også, at der i de 92 kommuner var implementeret 95 forskellige modeller for rehabilitering, samt at langt fra alle kommuner havde evalueret deres rehabiliteringsindsats. Dertil kommer, at viden om de menneskelige og samfundsmæssige gevinster ved rehabilitering er meget begrænset.

Siden 1. januar 2015 er det, ifølge § 83a i Lov om social service (serviceloven), blevet lovpligtigt for kommunerne at tilbyde rehabiliteringsforløb:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Mens kommunerne tidligere kunne vælge at tilbyde rehabiliteringsforløb og i vid udstrækning har implementeret en række forskellige modeller for rehabilitering, indebærer lovændringen således, at kommunernes forpligtelse til at tilbyde disse forløb, hvis borgeren kan forbedre sin funktionsevne og nedsætte behovet for kompenserende hjemmehjælp. I det følgende afsnit beskrives den model for rehabiliteringsforløb, der er blevet udviklet som led i projektet, og som er afprøvet i de to kommuner.

BESKRIVELSE AF MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB, UDVIKLET AF SUNDHEDSSTYRELSEN

Den udviklede model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet bygger på WHO's internationale klassifikation af funktionsevne (ICF²), som tager udgangspunkt i en helhedsorienteret tankegang. Omdrejningspunktet for rehabiliteringsforløb er dermed borgerens samlede funktionsevne, der består af tre dimensioner: henholdsvis den *kropslige* (fysiske og kognitive), den, der knytter sig til dagligdagens *aktiviteter* i hjemmet, samt den, der udfoldes gennem *deltagelse* og samspil med andre (sociale). Den helhedsorienterede tilgang forudsætter endvidere, at der tages afsæt i hele borgerens livssituation, hvor funktionsevnen ikke alene skal ses i relation til borgerens helbredstilstand, men også i et dynamisk samspil med den kontekst og de omgivelser, borgerens liv foregår i (Socialstyrelsen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2016).

2. ICF står for ”International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand”.

Selve modellen for rehabiliteringsforløb er faseinddelt og tager udgangspunkt i følgende fem faser:

1. Visitation
2. Udredning
3. Målsætning
4. Målrettede indsatser og opfølgning
5. Afslutning.

Disse fem faser kan være overlappende og foregå parallelt, ligesom én eller flere af faserne vil kunne optræde flere gange i et rehabiliteringsforløb.

FASE 1) VISITATION

Ifølge lovgivningen skal borgeren visiteres til et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes, at vedkommende kan forbedre funktionsevnen og opnå et reduceret behov for hjælp efter § 83 i serviceloven.

Visitor laver en helhedsvurdering af borgeren og vurderer på denne baggrund, om et tidsafgrænset og målrettet rehabiliteringsforløb vil kunne hjælpe borgeren til at genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne. Hvis borgeren er i målgruppen, visiteres denne til et rehabiliteringsforløb på op til 12 uger. Tidsrammen varierer og afhænger af borgerens situation og den gældende problemstilling (Socialstyrelsen, 2014).

Ved hvert forløb, der igangsættes, udpeger visitorator en forløbsansvarlig. Den forløbsansvarlige har en central rolle i det enkelte rehabiliteringsforløb og i selve organiseringen omkring forløbet. Dette kan være en sygeplejerske, en ergoterapeut eller en fysioterapeut. På baggrund af helhedsvurderingen og borgerens konkrete situation og behov udpeges den forløbsansvarlige fagperson, som visitorator finder relevant for forløbet.

FASE 2) UDREDNING

Den forløbsansvarliges primære rolle er at sikre, at borgeren modtager et koordineret og effektivt rehabiliteringsforløb. Efter visitationen foretager den forløbsansvarlige således en udredning af borgeren. Det er borgerens samlede funktionsevne (fysiske, kognitive og sociale), der er genstand for udredningen, og der tages udgangspunkt i borgerens egne perspektiver på sin situation med henblik på at afdække, hvad der er meningsfuldt, og

hvad der motiverer borgeren. Udredningen foregår i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende. I det omfang der er behov for andre fagligheder i udredningen, sammensættes et tværfagligt team. Her vil typisk ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske og social- og sundhedsmedarbejdere være repræsenteret, men udredningen kan også involvere andre faggrupper. Tværfagligheden skal være med til at sikre, at udredningen sker helhedsorienteret.

I udredningsfasen foretager den forløbsansvarlige relevante test af borgeren (DEMMI, WHODAS og UCLA) af hensyn til både kvaliteten af udredningen og muligheden for at dokumentere borgerens udvikling i rehabiliteringsforløbet.

FASE 3) MÅLSÆTNING

Udredningen danner udgangspunktet for målsætningen, og i praksis foregår de to faser sideløbende. Målsætningsarbejdet er et meget centralt element for rehabiliteringsforløbet, idet målsætningen kan bidrage til at øge motivationen hos borgeren og fremme en målrettet og koordineret indsats fra fagpersonerne.

Det er borgerens målsætning, der skal være styrende for forløbet, og i samarbejde med den forløbsansvarlige fastsættes både kort- og langsigtede mål for rehabiliteringsforløbet. Til det formål anvender den forløbsansvarlige interviewredskabet COPM til at identificere, hvilke aktivitetsproblematikker der er vigtige for borgeren, og sætter på den baggrund mål for forløbet. I fællesskab med borgeren sikrer den forløbsansvarlige, at målene er SMARTe³, således at det er muligt at anvende målene som et styringsredskab og følge systematisk op på, om og i hvilket omfang borgerens mål nås. Målsætningen udmøntes i en konkret rehabiliteringsplan, der blandt andet dokumenterer de indsatser, borgeren skal modtage, og som fungerer som et redskab for det tværfaglige team til at koordinere samarbejdet i borgerens forløb.

FASE 4) MÅLRETTEDE INDSATSER OG OPFØLGNING

Med udgangspunkt i udredningen og borgerens rehabiliteringsplan samarbejder borgeren i denne fase med relevante fagpersoner om de aftalte

3. Et mål er SMART, når det er Specifikt: Hvad er det helt konkret, der er målet?, Målbart: Hvordan ved vi, at målet er nået? Accepteret: Er målet meningsfyldt for alle parter? Realistisk: Er det muligt at nå målet med den afsatte tid og ressourcer? og Tidsafgrænset: Hvornår skal målet være nået? (Sundhedsstyrelsen, 2016).

indsatser i rehabiliteringsforløbet. I det omfang borgeren modtager flere indsatser, kræver det ofte, at flere fagligheder arbejder sammen. Den forløbsansvarlige koordinerer forløbet og mødes med de øvrige fagpersoner, knyttet til forløbet, og drøfter det enkelte forløb. Det tværfaglige samarbejde skal sikre, at alle fagpersoner arbejder efter samme mål og koordinerer deres indsatser, således at de aftalte mål er styrende i hele forløbet. For at skabe effektive forløb skal den forløbsansvarlige løbende følge op på, om målene nås. Der kan være behov for at tilpasse og justere målene undervejs, hvis borgerens funktionsevne enten ikke udvikler sig så hurtigt som forventet, eller borgeren klarer sig bedre end ventet. Opfølgningen og justeringen af mål og indsatser sker i samarbejde med borgeren.

FASE 5) AFSLUTNING

Når forløbet er slut, jf. den tidsramme, som er blevet fastsat for rehabiliteringsforløbet, skal den forløbsansvarlige, i samarbejde med borgeren, følge op på, om borgeren har nået målene. Med henblik på at kunne vurdere og dokumentere, om borgeren har forbedret sin funktionsevne, gentages de test (DEMMI, WHODAS og UCLA), som blev gennemført i forbindelse med udredningen. På baggrund heraf foretager visitator en ny helhedsvurdering af borgeren med henblik på at afgøre, hvorvidt borgeren er blevet selvhjulpne og ikke længere har behov for hjemmehjælp eller er blevet delvist selvhjulpne og fremadrettet har et reduceret behov for hjælp, eller om borgeren ikke har mindsket sit behov for hjælp.

AFPRØVNING AF REHABILITERINGSMODELLEN I SYDDJURS OG SLAGELSE KOMMUNER

Modellen for rehabiliteringsforløb er afprøvet i perioden 2015–2016 i Slagelse Kommune og Syddjurs Kommune. Forud for afprøvningen af modellen har der i begge kommuner været iværksat rehabiliterende indsatser. I Syddjurs Kommune har man under titlen ”Syddjurs træner for en bedre fremtid” arbejdet rehabiliterende siden januar 2011, mens Slagelse Kommune med ”Lev livet aktivt i hverdagen” siden august 2011 har arbejdet ud fra en rehabiliterende tankegang. I begge kommuner blev borgere, der efterspurgte hjemmehjælp og samtidig blev vurderet til at have et udviklingspotentiale, visiteret til aktiv hjælp i form af rehabilite-

ring frem for kompenserende hjemmehjælp, og udvalgte terapeuter varetog, i samarbejde med hjemmeplejen, det rehabiliterende arbejde.

I forbindelse med afprøvningen af Sundhedsstyrelsens model for rehabiliteringsforløb har kommunerne individuelt tilpasset modellen til deres organisationer og udarbejdet hver deres sagsgangsbeskrivelse, der beskriver procedurene for arbejdet med rehabiliteringsmodellen samt angiver specifikke ansvarsopgaver.

I rehabiliteringsmodellens første fase besøger visitatoren borgeren i dennes eget hjem. I Syddjurs Kommune besøger visitatoren borgeren inden for tre hverdage efter henvendelsen om hjælp, mens visitationsbesøget i Slagelse Kommune afvikles inden for ti dage efter henvendelsen. Under besøget foretager visitator en helhedsvurdering af borgeren, sætter et retningsgivende mål og visiterer til et forløb på op til 12 uger. Derudover er det visitators rolle at afgøre, hvilket forløb borgeren skal modtage, udpege hvilken faglighed den forløbsansvarlige skal have og sammensætte det tværfaglige hold i det omfang, der er behov for deltagelse af flere fagligheder i forløbet. For at sikre effektive og målrettede rehabiliteringsforløb har begge kommuner inddelt forløbene i tre grupper, henholdsvis råd og vejledning, enkle forløb og sammensatte forløb. I boks 1.1 fremgår de tre typer af forløb. Hvilket forløb borgeren skal modtage, vurderes ud fra de opstillede kriterier.

BOKS 1.1

Oversigt over typer af forløb i Syddjurs og Slagelse kommuner.

Råd og vejledning	Enkle forløb	Sammensatte forløb
<ul style="list-style-type: none">• Begrænset nedsat funktionsevne (funktionsevnevurdering 0-1 i Fælles Sprog II)• Behov for råd og vejledning ved terapeut• Behov for yderligere undersøgelser og afprøvning, inden afgørelse om hjælp kan træffes	<ul style="list-style-type: none">• Nedsat funktionsevne (funktionsevnevurdering 1-2 i Fælles Sprog II)• Ofte behov for mindre end tre faggrupper• Behov for udredning, vurdering, fastholdelse eller udvikling af funktionsevne	<ul style="list-style-type: none">• Betydeligt nedsat funktionsevne (funktionsevnevurdering 3-4 i Fælles Sprog II)• Ofte behov for tre eller flere faggrupper• Ofte konkurrerende lidelser

Forløb med råd og vejledning gives til borgere, der i udgangspunktet ikke er berettigede til hjælp efter servicelovens § 83 og består af et kortvarigt forløb med 1-3 besøg af en terapeut.⁴ I det omfang terapeuten vurderer, at borgeren har behov for et rehabiliteringsforløb, vil borgeren, afhængigt af kompleksiteten i borgerens helbredssituation og antallet af faggrupper, der skal involveres, blive visiteret til et enkelt eller et sammensat rehabiliteringsforløb.

Tværfagligheden er som sagt et væsentligt element i rehabiliteringsmodellen, og for at sikre en høj tværfaglighed har kommunerne lavet en tværfaglig mødestruktur for samarbejdet og udviklet en fælles rehabiliteringsplan, som alle faggrupper arbejder efter.

Umiddelbart efter visitationen iværksættes udredningen. På baggrund af visitators vurderinger sættes der navn på den forløbsansvarlige og en fast SOSU-medarbejder, henholdsvis hjemmetræner/fast hjælper i Syddjurs Kommune og primær SOSU i Slagelse Kommune, som har ansvaret for den primære daglige kontakt og for at udføre handlingerne i rehabiliteringsplanen i borgerens hjem. I Syddjurs Kommune indledes hvert forløb med et kort planlægningsmøde, der afholdes uden borgeren. Planlægningsmødet afholdes umiddelbart efter visitationsbesøget, inden for tre dage fra henvendelsen, hvor den forløbsansvarlige og den faste SOSU-medarbejder samt øvrige relevante fagligheder, herunder visitator, deltager. Formålet med mødet er at sikre genbrug af informationer og vidensdeling forud for forløbets reelle opstart, og de opfølgende hjemmebesøg koordineres, og datoer for opstarts-, midtvejs- og afslutningsmøde fastsættes. I Slagelse Kommune afholdes der ikke faste planlægningsmøder uden borgeren forud for rehabiliteringsforløbets opstart. Derimod er det den forløbsansvarliges opgave at koordinere borgerens forløb med relevante faggrupper, dog uden at dette foregår ved et reelt møde.

Som et led i udredningen gennemfører den forløbsansvarlige i begge kommuner DEMMI, WHDOAS og UCLA med borgeren. Sideløbende med udredningen påbegyndes målsætningsarbejdet i begge kommuner, hvor den forløbsansvarlige benytter COPM til at kortlægge borgerens aktivitetsproblematikker, og på den baggrund opstilles SMARTe

4. Borgerne har en begrænset nedsat funktionsevne og ønsker at blive selvhjulpne med hensyn til fx på- og aftagning af kompressionsstrømper, madlavning, rengøring eller bad og har derfor oftest blot brug for råd og vejledning i forhold til bevægemønstre, indretning af hjemmet og korrekt brug af hjælpemidler.

mål (kort-, mellem- og langsigtede mål) for forløbet, og borgerens rehabiliteringsplan udfyldes. I begge kommuner afholder den forløbsansvarlige i forbindelse med forløbets opstart et opstartsmøde i borgerens eget hjem med deltagelse af den faste SOSU-medarbejder og eventuelt pårørende. På mødet gennemgås borgerens forhistorie og mål, borgerens rehabiliteringsplan drøftes, og man vurderer, om andre relevante samarbejdspartnere eller pårørende skal kontaktes. I Slagelse Kommune afholdes mødet inden for 10 dage, mens det i Syddjurs Kommune afvikles inden for de første to uger. I Syddjurs har man besluttet, at der kan være særlige tilfælde, hvor mødet ikke afholdes i borgerens hjem i det omfang, der er behov for faglige diskussioner og refleksion det tværfaglige team imellem.

I relation til de aftalte mål bliver de faglige indsatser derefter igangsat, og borgeren bliver behandlet, vejledt, trænet, instrueret eller superviseret af det tværfaglige team, der er knyttet til borgerens rehabiliteringsforløb. I Syddjurs Kommune afholdes et tværfagligt midtvejsmøde med borgeren, hvor indsatsen evalueres, og der følges op på målene, som justeres i det omfang, der er behov for det, og indsatserne såvel som rehabiliteringsplanen tilpasses derefter. I Slagelse Kommune afholdes der ikke et tilsvarende tværfagligt midtvejsmøde med borgeren. I Slagelse er det tværfaglige samarbejde organiseret omkring ugentlige ”stormøder”, som områdelederne fra hjemmeplejen koordinerer og faciliterer. I det omfang den forløbsansvarlige vurderer et behov for at sætte borgeren på dagsordenen på et af de ugentlige møder, kontakter den forløbsansvarlige områdelederen, der indkalder det tværfaglige team, der er tilknyttet den pågældende borger, til mødet. På baggrund af drøftelserne på mødet tilpasses indsatserne til borgeren efter behov, og de dokumenteres i rehabiliteringsplanen, og den forløbsansvarlige indkalder endvidere til et afsluttende møde, der ofte foregår i borgerens hjem.

I rehabiliteringsforløbets afsluttende fase gentager den forløbsansvarlige de tre test (DEMMI, WHODAS og UCLA) med borgeren, og i begge kommuner afholdes et afslutningsmøde med borgeren og eventuelt pårørende, hvor der følges op på indsatsen og mål, og den forløbsansvarlige afslutter rehabiliteringsplanen og noterer, hvad forløbet endte med. I det omfang den forløbsansvarlige vurderer, at borgeren har behov for yderligere indsatser, deltager visitator ligeledes i det afsluttende møde med henblik på at visitere borgeren til efterfølgende indsatser.

Projektperioden blev sat i gang 1. marts 2015. Her begyndte kommunerne at gennemføre rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i modellen for rehabiliteringsforløb, udviklet af Sundhedsstyrelsen, som den var beskrevet i et notat fra den daværende Socialstyrelse (2014), idet håndbogen først blev udgivet i marts 2016.

Efter den oprindelige tidsplan skulle projektperioden afsluttes ultimo maj 2016. På grund af vanskeligheder forbundet med at få et tilstrækkeligt antal borgere i rehabiliteringsforløb blev projektperioden i Syddjurs Kommune forlænget til medio september 2016, mens den i Slagelse Kommune blev forlænget til ultimo november 2016. Projektperioden blev i begge kommuner udvidet, således at hver kommune havde 150 gennemførte rehabiliteringsforløb, hvor borgerne i forbindelse med forløbets opstart og afslutning havde gennemført de relevante test. At hver kommune præsterede 150 gennemførte rehabiliteringsforløb, det vil sige 300 forløb i alt, som grundlag for evalueringen, er mindre end det oprindeligt forventede, idet kommunerne som udgangspunkt havde forpligtet sig til hver at levere 250 gennemførte rehabiliteringsforløb, det vil sige 500 i alt.

EVALUERINGEN

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd fik til opgave at gennemføre en evaluering af afprøvningen i de to projektkommuner. Evalueringen, der har til formål at dokumentere erfaringerne med den afprøvede model for rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner, består af fire dele. For det første gives en beskrivelse af de borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb samt hvad der kendetegner deres forløb. I forlængelse heraf foretages en analyse af udviklingen i disse borgeres funktionsevne og oplevelse af ensomhed fra rehabiliteringsforløbenes opstart til deres afslutning samt hvilke efterfølgende behov for hjælp efter servicelovens § 83, som borgerne har efter endt rehabiliteringsforløb.

For det andet rummer den en beskrivelse af borgernes oplevelser af at deltage i og modtage et rehabiliteringsforløb, baseret på kvalitative interview med borgere ved rehabiliteringsforløbenes opstart og afslutning i de to projektkommuner.

For det tredje indgår en analyse af tidsforbrug og de hermed forbundne omkostninger før, under og efter rehabiliteringsforløbene i de

to kommuner. Endelig er der for det fjerde en vurdering af implementeringen af den konkrete model, der hovedsageligt er baseret på interview med medarbejdere og ledere samt på en spørgeskemaundersøgelse til medarbejderne i de to kommuner.

Evalueringen var oprindeligt planlagt og designet som en effekt-evaluering, hvor resultaterne fra rehabiliteringsforløbene i projektkommunerne skulle være sammenlignet med indsats og resultater i en kontrolkommune. Umiddelbart før projektperiodens opstart viste det sig imidlertid, at det ikke var muligt at inddrage en kontrolkommune til brug i evalueringen. Analyserne i denne rapport baserer sig på før- og eftermålingerne, og evalueringen kan således ikke opgøre effekter af den afprøvede model, men alene give en beskrivelse af, hvordan borgerne har udviklet sig i løbet af deres rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner. Endvidere skal det bemærkes, at det reducerede antal af gennemførte forløb har betydning for evalueringen. Det skyldes, at datagrundlaget i rapportens analyser er mere spinkelt, og det har, alt andet lige, betydning for, hvilke analyser der kan udføres og graden af sikkerhed, hvormed konklusionerne i nogle tilfælde kan drages.

DATA OG METODE

I dette kapitel præsenterer vi de indsamlede data og de metoder, der er anvendt i evalueringen af den model for rehabiliteringsforløb, der er blevet afprøvet i de to projektkommuner. Vi beskriver blandt andet de validerede redskaber, der er blevet benyttet i modellen samt redegør for målgruppen og afgrænsning af undersøgelsespopulationen til rapportens analyser.

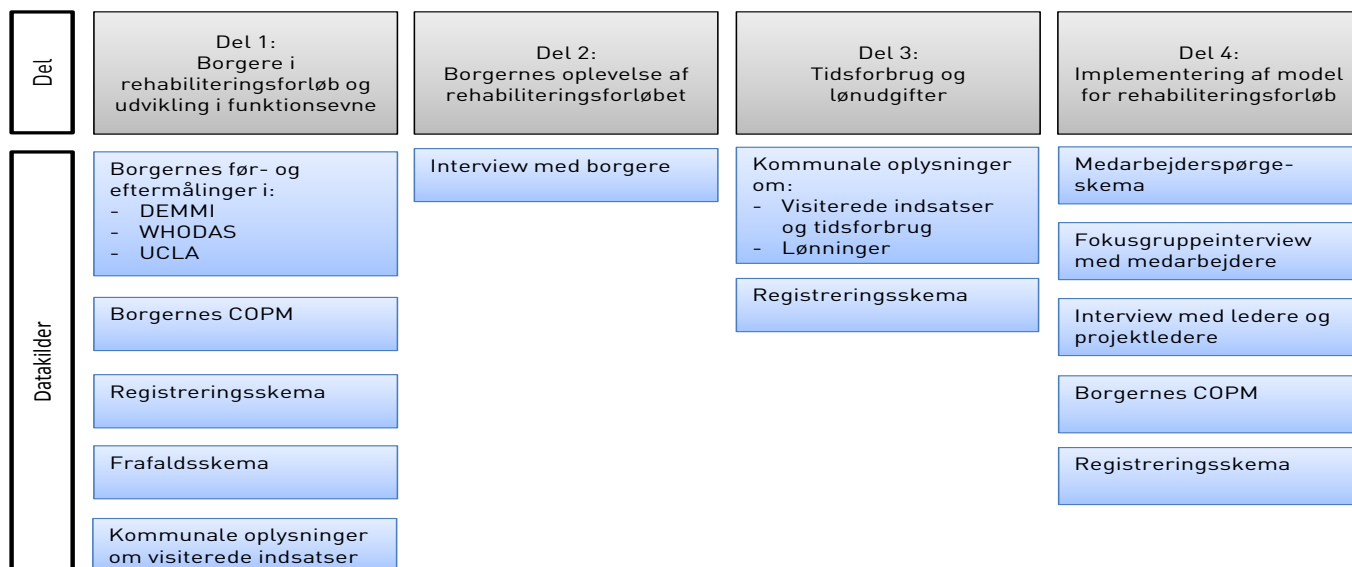
Som nævnt i kapitel 1 består evalueringen af fire dele:

- Del 1: Borgere i rehabiliteringsforløb og udvikling i funktionsevne
- Del 2: Borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet
- Del 3: Tidsforbrug og lønudgifter
- Del 4: Implementering af model for rehabiliteringsforløb i to kommuner.

Kapitlet er bygget op omkring de fire dele og beskriver til hver del de anvendte data og metoder. For at give et overblik over data, viser figur 2.1, til hvilken del af evalueringen de forskellige data er indsamlet og anvendt.

FIGUR 2.1

Oversigt over datakilder til de enkelte delelementer i evalueringen.



DEL 1: BORGERE I REHABILITERINGSFORLØB OG UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE

Formålet med første del af rapporten er at undersøge, hvilken betydning den afprøvede model for rehabiliteringsforløb har for borgerne på følgende indsatsmål:

- Udvikling i funktionsevne
- Oplevelse af ensomhed
- Efterfølgende behov for hjælp efter § 83 i serviceloven.

Som det fremgår af figur 2.1, er der til denne del blevet indsamlet en række forskellige data. For at undersøge borgernes udvikling i forhold til de opstillede indsatsmål anvendes kvantitative data i form af borgernes resultater på de anvendte redskaber DEMMI, WHODAS og UCLA. Der indledes med en nærmere præsentation af redskaberne og det registreringsskema, der danner grundlag for analyserne. Derefter beskrives den anvendte analysemetode samt hvordan målgruppen er defineret og undersøgespopulationen er blevet udvalgt og afgrænset.

VALIDEREDE REDSKABER OG REGISTRERINGSSKEMA

Som en del af udredningen af borgeren i rehabiliteringsmodellens anden fase skal borgeren gennemføre en række forskellige test, som er foretaget med udgangspunkt i en række validerede redskaber, henholdsvis DEMMI, WHODAS og UCLA. For at den forløbsansvarlige kan følge op på borgerens udvikling i løbet af rehabiliteringsforløbet, testes borgeren igen med de samme redskaber i afslutningen af forløbet. Disse testresultater udgør vores før- og eftermålinger til brug i analyserne i kapitel 3. I forbindelse med målsætningsarbejdet i modellens tredje fase benyttes redskabet COPM til at kortlægge borgernes aktivitetsproblematikker med henblik på at fastsætte borgernes mål for rehabiliteringsforløbet. Borgernes COPM-besvarelser indgår dels i beskrivelsen af borgernes rehabiliteringsforløb i kapitel 3, og dels i kapitel 6 som et led i vurderingen af, om de forløbsansvarlige er lykkedes med at fastsætte mål for borgernes rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov. I de følgende afsnit præsenteres de fire redskaber nærmere.

DEMMI

DEMMI (De Morton Mobility Index) er et valideret redskab, designet til at måle mobilitet hos ældre borgere. DEMMI er et objektivt redskab, der består af 15 forskellige opgaver, der knytter sig til borgerens fysiske funktionsevne. De 15 opgaver er inddelt i fem temaer:

1. Seng (forflytninger, uden sko)
2. Stol (forflytninger, med sko)
3. Statisk balance (uden sko, uden strømper og uden gangredskab)
4. Gang (med sko)⁵
5. Dynamisk balance (uden sko, uden strømper og uden gangredskab).

De enkelte opgaver udføres med borgeren, og for hver opgave opnår borgeren en score for udførelsen. Borgeren kan samlet opnå en score mellem 0 og 19, hvor 0 er et udtryk for, at borgeren ikke har været i stand til at udføre samtlige opgaver, mens 19 udtrykker, at borgeren har kunnet udføre opgaverne uden nogen form for støtte eller supervision. Herefter omregnes denne score til en konverteret DEMMI-score mellem 0 og 100, der er vægtet for hvert enkelt trin imellem 0 og 19. Med andre ord er scoren et udtryk for, i hvilket omfang borgeren har begrænsninger i sin fysiske funktionsevne.

Denne konverterede DEMMI-score er rapportens hovedkilde til borgernes fysiske udvikling under rehabiliteringsforløbet. Borgeren gennemgår som sagt en DEMMI-test i forbindelse med opstart og ligeledes ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet. Ved at trække DEMMI-scoren for første måling fra DEMMI-scoren for anden måling, beregnes det, hvorledes borgeren har udviklet sig i løbet af rehabiliteringsforløbet. En negativ værdi repræsenterer fysisk tilbagegang, og en positiv værdi repræsenterer fysisk fremskridt.

WHODAS 2.0

WHODAS 2.0⁶ (World Health Disability Assessment Schedule) er et valideret og standardiseret, interviewbaseret redskab, der måler helbred

5. Under tema fire *Gang (med sko)* skal borgerens gangfunktion vurderes på en strækning op til 50 m. I projektet skulle gangdistancen gennemføres ved, at der i borgerens hjem er blevet opmålt en lige strækning på 5 m. Borgeren har herefter skullet gå strækningen frem og tilbage, så mange gange borgeren var i stand til dette, dog maksimalt fem gange frem og tilbage, svarende til 50 m. Testen blev afsluttet, hvis borgeren undervejs stoppede op for at hvile.

og funktionsevnedesættelser. Redskabet er udviklet på baggrund af ICF og måler borgerens funktionsevne ud fra et helhedsorienteret perspektiv. Med andre ord angiver WHODAS et samlet mål for borgerens fysiske, kognitive og sociale funktionsevne, og der er, modsat DEMMI, tale om et subjektivt redskab, der måler borgerens egen oplevelse af funktionsevnen.

WHODAS findes i forskellige versioner, og i projektet anvendes den fulde intervieweradministrerede version af WHODAS, der består af 36 spørgsmål. Spørgsmålene relaterer sig til, hvordan borgeren gennem de sidste 30 dage har oplevet sin funktionsevne inden for seks forskellige domæner:

- Domæne 1: Kognition
- Domæne 2: Mobilitet
- Domæne 3: Egenomsorg
- Domæne 4: Samvær med andre mennesker
- Domæne 5: Aktiviteter i dagligdagen⁷
- Domæne 6: Deltagelse i samfundslivet.

Ved udførelsen af WHODAS stilles borgeren således 32 spørgsmål, fordelt over de seks domæner. Disse spørgsmål skal alle besvares i forhold til, hvor besværet borgeren er på et givent område. De mulige besvarelser på spørgsmålene er følgende:

1. Slet ikke
2. Lidt
3. Noget
4. Meget
5. Ekstremt/ikke muligt.⁸

Jo mere borgeren oplever at være besværet af sin funktionsevne i forhold til det pågældende spørgsmål, des højere numerisk værdi noteres. Efter at alle spørgsmålene er besvaret, regnes hvert domænes relative vægtning

6. WHODAS 2.0 refereres fremover i rapporten som WHODAS.

7. Domæne 5 indeholder fire spørgsmål om temaet "Arbejdsliv". Disse spørgsmål er ekskluderet, da de ikke er relevante jf. projektets målgruppe, hvilket ikke har betydning for WHODAS-scorens gyldighed sammenlignet med den fulde version med 36 elementer (WHO, 2010).

8. Det har endvidere været muligt at svare "ved ikke" og "ikke relevant" til hvert spørgsmål.

ud i forhold til alle de andre besvarelser. Således bliver en borgers score i WHODAS angivet som en værdi mellem 0 og 1, og jo højere værdi, des større funktionsevnebegrænsninger oplever borgeren at have.

Ligesom med DEMMI er WHODAS blevet udført ved opstart og afslutning af borgerens rehabiliteringsforløb. Hvorledes borgeren har udviklet sig, og i hvilken grad udviklingen er sket, beregnes således ud fra differencen mellem før- og eftermålingen.

Det bør bemærkes, at en stor del af borgerne for nogle spørgsmåls vedkommende enten ikke har ønsket at svare eller har angivet ”ved ikke” eller ”ikke relevant”. Det drejer sig om spørgsmål af særligt personlig karakter såsom seksuelle aktiviteter og personlig pleje. Ligeledes mangler der for nogle borgere enkelte besvarelser på spørgsmål, fordelt tilfældigt over de seks domæner. Denne problematik er blevet håndteret på den måde, som manualen for WHODAS foreskriver det, ved at tilskrive borgerens gennemsnitsscore inden for det pågældende domæne til de manglende spørgsmål (WHO, 2010).

UCLA

UCLA Loneliness Scale (UCLA) er et redskab, der gennem validerede spørgsmål til borgeren har til formål at afdække, i hvilken grad borgeren føler sig ensom i hverdagen. UCLA findes ligeledes i forskellige versioner, og i projektet er anvendt en forkortet udgave (UCLA-3), bestående af tre spørgsmål, der er formuleret med udgangspunkt i de 20 spørgsmål, som den oprindelige og fulde version indeholder. Dette har ikke betydning for gyldigheden af borgernes besvarelser, idet den kortere version er stærkt korreleret med de resultater, som den oprindelige version normalt opnår (Lasgaard, 2007).

Redskabets tre spørgsmål er formuleret således:

1. Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
2. Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
3. Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?

Hertil har det været muligt at angive et af de følgende vægtede svar:

- a) sjældent (1 point)
- b) engang imellem (2 point)
- c) ofte (3 point).

Ved besvarelse af de tre spørgsmål opnår borgerne således en score mellem 3 og 9 point, hvor 3 udtrykker lavest mulige oplevede grad af ensomhed, og 9 udtrykker højest mulig oplevede grad af ensomhed.

Ligesom DEMMI og WHODAS er UCLA blevet anvendt ved før- og eftermålingen. Således findes borgerens oplevelse af ensomhed og eventuelle udvikling heraf under rehabiliteringsforløbet ved at betragte differencen mellem disse to målinger. En negativ værdi repræsenterer en udvikling, hvor borgeren oplever at være blevet mindre ensom, mens en positiv værdi repræsenterer en udvikling, hvor borgeren oplever at være blevet mere ensom.

COPM

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) er et standardiseret og valideret redskab, konstrueret med henblik på at opfange ændringer i borgerens egen opfattelse af tilfredshed med udførelsen af vigtige, daglige aktiviteter. COPM udføres som et semistruktureret interview og anvendes i forbindelse med målsætningsarbejdet, jf. rehabiliteringsmodellens tredje fase.

COPM omfatter en række trin. I projektet tages der udgangspunkt i de første tre trin. I første trin identificeres det, hvilke aktivitetsproblematikker borgeren har inden for tre aktivitetsområder: egen omsorg, arbejde og fritid. Efter at de specifikke problemer er identificeret, skal borgeren i trin to vurdere, hvor vigtig og betydningsfuld aktiviteten er i borgerens liv. Vurderingen foregår ud fra en 10-pointskala. I tredje trin skal borgeren rangordne problemerne og vælge op til fem problematikker, som er mest vigtige. På den baggrund skal borgeren foretage en egenvurdering af den nuværende udførelse af aktiviteten og tilfredsheden med den nuværende situation. Disse vurderinger foretages ligeledes ved hjælp af en 10-pointskala, og en gennemsnitlig score udregnes. COPM indeholder endvidere et fjerde trin, bestående af en revurdering, hvor borgeren på et senere tidspunkt skal vurdere de samme problemfelter igen som under trin tre, hvorved det er muligt at opfange ændringer i borgerens egen opfattelse af sin aktivitetsudførelse over tid.

I projektet anvendes COPM alene i forbindelse med målsætningsarbejdet og ikke til at måle ændringer over tid, da der ikke gennem-

føres en revurdering.⁹ COPM benyttes til at belyse, inden for hvilke områder borgeren selv oplever at have aktivitetsproblematikker, og besvarelserne knyttes til oplysningerne i registreringsskemaet med henblik på at vurdere målopfyldelsen i rehabiliteringsforløbene og dermed i hvilket omfang projektkommunerne er lykkedes med målsætningsarbejdet.

VEJLEDNING TIL ANVENDELSE OG BRUG AF REDSKABERNE

De forløbsansvarlige har umiddelbart før projektets opstart været på et kursus i brugen af redskaberne. For at sikre en høj reliabilitet i anvendelsen af de forskellige redskaber har SFI udarbejdet en vejledning, henvendt til de forløbsansvarlige, der skulle teste borgerne med DEMMI, WHODAS, UCLA og COPM. Formålet med vejledningen var at give de forløbsansvarlige et samlet overblik over redskaberne og gøre gennemførelsen af testene mere intuitiv. Vejledningen skulle endvidere bidrage til, at testene blev udført ensartet og i overensstemmelse med redskabernes opbygning og formål.

Vejledningen er udarbejdet som en tjekliste til hvert enkelt redskab, med hvad den forløbsansvarlige bør være opmærksom på før, under og efter anvendelsen af redskaberne. Vejledningen indeholder en generel information om, *hvorfor* borgerne skal testes, *hvordan* resultaterne af testene skal registreres, og *hvornår* testene skal gennemføres. For hvert enkelt redskab er det endvidere beskrevet, *hvad* den forløbsansvarlige skal anvende for at kunne gennemføre testen, og *hvilke* forhold den forløbsansvarlige skal være opmærksom på i forbindelse med gennemførelsen af den enkelte test.

REGISTRERINGSSKEMA

Til brug for analyserne af borgernes udvikling i funktionsevne og oplevelse af ensomhed samt til vurdering af målsætningsarbejdet i kapitel 6, er der indsamlet en række baggrundsoplysninger for borgerne samt konkrete informationer, der knytter sig til borgernes rehabiliteringsforløb. Registreringsskemaet består af oplysninger fra kommunernes Elektroniske Omsorgs Journalsystem (EOJ) og omfatter dels de generelle informationer, der kan trækkes herfra, samt de informationer, som den forløbsansvarlige har noteret i borgerens rehabiliteringsplan.

9. Af ressourcemæssige hensyn besluttede projektkommunerne i fællesskab med Sundhedsstyrelsen, at der ikke skulle foretages en revurdering af borgernes problemer med brug af COPM.

Registreringsskemaet omfatter en lang række informationer, herunder borgerens køn, alder, sociale netværk, sygdomshistorik og tidligere hjælp samt oplysninger om borgerens måle for forløbet, motivationsniveau, hvilke indsatser borgeren skal modtage, hvilke fagligheder der er involveret i forløbet, samt hvad der skal ske efter endt forløb. Registreringsskemaet udgør sammen med redskaberne beskrevet ovenfor de data, der anvendes i analyserne i evalueringen af den afprøvede model for rehabiliteringsforløb.

ANALYSEMETODE

Analyserne gennemføres på baggrund af en række før- og eftermålinger af borgernes funktionsevne og oplevelse af ensomhed. Hensigten var oprindeligt at gennemføre projektet med et evalueringsdesign, baseret på et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) med henblik på at opnå viden om Sundhedsstyrelsens model for rehabiliteringsforløb på højest mulige evidensniveau. Dette kunne ikke lade sig gøre, idet et væsentligt element i projektets implementeringsproces var en samlet og samtidig udrulning af modellen til alle borgere i de to projektkommuner. Dernæst blev det overvejet at gennemføre evalueringen med afsæt i et case control-design ved brug af en kontrolkommune. I modsætning til RCT er et sådant design ikke randomiseret i en indsats- og kontrolgruppe, men derimod vælges kontroller (borgere fra kontrolkommunen), så de ligner cases (borgere fra projektkommunerne) på væsentlige, observerbare karakteristika, således at personerne i projektkommunerne og kontrolkommunen er så sammenlignelige som muligt, så forskellen mellem de to alene er, hvilken model borgerne modtager rehabilitering på baggrund af. Dette evalueringsdesign var heller ikke muligt, blandt andet som følge af, at alle kommuner kort før projektperiodens opstart blev forpligtiget til at tilbyde rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a.

Analyserne baserer sig dermed på estimationer af lineære regressionsmodeller (OLS) af udviklingen for den enkelte borger, baseret på før- og eftermålinger. Ved at anvende før- og eftermålinger som datagrundlag er det muligt at vise, om den enkelte borger udvikler sig i forhold til de opstillede indsatsmål fra rehabiliteringsforløbet opstart og til dets afslutning. Det bør understreges, at det med en analysemetode, der bygger på før- og eftermålinger, *ikke* er muligt at tale om effekter og hvilke årsagssammenhænge der ligger til grund for de resultater, analyserne finder frem til, da det ikke er muligt at afgøre, om en forskel mel-

lem før- og eftermålingen reelt skyldes rehabiliteringsforløbet, eller om det skyldes andre forhold.

Dette er et vilkår ved anvendelsen af OLS-regression, da en sådan statistisk tilgang sigter mod at belyse, hvilke faktorer der hænger sammen med en udvalgt udfaldsvariabel. I denne rapport vil disse udfaldsvariable være borgernes udvikling i funktionsevne og oplevelse af ensomhed, målt med henholdsvis DEMMI, WHODAS og UCLA. Således vil regressionsanalyserne alene undersøge de statistiske sammenhænge mellem forskellige faktorer og udfaldsvariablene. Ved at analysere, hvorvidt der er sammenhænge mellem bestemte baggrundskarakteristika og informationer om borgerens rehabiliteringsforløb, er det muligt at belyse hvilke faktorer, der kan siges at kendetegne bestemte udviklinger på de enkelte redskaber. Da vi på baggrund af analyserne ikke kan sige noget om kausale sammenhænge, anvender vi begreberne ”at samvariere” eller ”at have en sammenhæng med”, når vi beskriver resultaterne fra regressionsanalyserne.

MÅLGRUPPEN OG UDVÆLGELSE AF BORGERE TIL PROJEKTET

I projektet er målgruppen for evalueringen borgere over 65 år, der er berettigede til et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a. Målgruppen omfatter borgere, der:

- Ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp og enten selv eller via andre (fx pårørende, sygehus, praktiserende læge eller forebyggende medarbejder) retter henvendelse til visitationen med henblik på at modtage hjemmehjælp
- Modtager hjemmehjælp, og som anmoder om at få forøget den eksisterende hjælp¹⁰
- Vurderes at have gavn af et rehabiliteringsforløb, fx borgere, der opspores i hjemmeplejen.

På baggrund af ovenstående afgrænsning af målgruppen er udvælgelsen af borgere til projektet foretaget på baggrund af en randomisering af de henvendelser, visitationen i de to projektkommuner har modtaget. Hen-

10. Følgende betingelse skal være opfyldt for at borgere, der revideres til hjælp, kan indgå i projektet: Der skal være tale om en forværring i borgerens funktionsevne, der kommer til udtryk i funktionsevnevurderingen i Fælles Sprog II sammenlignet med borgerens tidligere vurdering.

sigten med randomiseringen var at sikre, at udvælgelsen af borgerne skete tilfældigt, således at der ikke forekom nogen selektion i udvælgelsen, der senere kan have konsekvenser for validiteten af evalueringens resultater. Til det formål blev der udviklet et randomiseringsprogram til brug i visitationen i de to kommuner. Rent praktisk foregik udvælgelsen på den måde, at visitator ved hver henvendelse¹¹ om hjælp blev bedt om at indtaste borgerens CPR-nummer i programmet, hvorefter visitator fik at vide, om borgeren var udvalgt til projektet eller ej. Med henblik på at sikre, at borgerne blev udvalgt jævnt fordelt over hele projektperioden, blev der anvendt en blokvis randomisering, opgjort på måneder.

Beregningerne til grundlag for randomiseringen er blevet lavet på baggrund af projektkommunernes oplysninger om antallet af henvendelser om og visitationer til hjælp efter servicelovens § 83. I beregningerne er der taget højde for, at randomiseringen sker, *inden* visitator har lavet en funktionsevnevurdering af borgeren, hvorfor nogle borgere, til trods for at de bliver udvalgt til at indgå i projektet, falder fra, fordi de ikke er berettigede til hjælp efter § 83, eller fordi visitator fx vurderer, at borgeren ikke er i stand til at indgå i projektet og medvirke i de forskellige test mv. på grund af sygdom eller for svære kognitive problemstillinger. Beregningerne tager ligeledes højde for, at der vil være et frafald af borgere, der enten ikke ønsker at deltage i projektet eller af andre årsager ikke kan gennemføre før- og eftermålinger som følge af fx sygdom eller død. Randomiseringen er løbende blevet tilpasset ændringer i beregningsgrundlaget.

Det fremgår af tabel 2.1, at i alt 1.315 borgere i de to projektkommuner er blevet randomiseret til at skulle indgå i projektet. 500 borgere, svarende til 38 pct., er startet i et rehabiliteringsforløb inden for projektets rammer, mens de resterende 815 udvalgte borgere ikke indgår i projektet. Dermed indgår 62 pct. af de borgere, der i udgangspunktet blev udtrukket til at skulle indgå i projektet, ikke i projektet.

11. Alle henvendelser skulle indtastes i randomiseringsprogrammet, uanset hvem henvendelsen kom fra.

TABEL 2.1

Oversigt over randomiserede borgere, fordelt efter om de indgår i rehabiliteringsprojektet eller ej. Antal.

	Indgår i projektet	Indgår ikke i projektet	I alt
Borgere randomiseret til at indgå i projektet	500	815	1.315

For de udvalgte borgere, der ikke indgår i projektet, har kommunerne i et frafaldsskema skullet notere årsagen hertil. Som det ses i tabel 2.2, har 28 pct. af de udvalgte borgere enten ikke været i målgruppen for projektet eller ikke været berettiget til hjælp efter servicelovens § 83. For 12 pct. af de udvalgte borgere er der i frafaldsskemaet noteret, at de ikke er i stand til at indgå i projektet som følge af deres helbredstilstand, mens 4 pct. af etiske årsager ikke indgår i projektet. At disse borgere ikke indgår, skyldes for en stor dels vedkommende, at de enten har kognitive problemstillinger eller er så svækkede af sygdom, og i nogle tilfælde terminale og med behov for palliativ behandling, der indebærer, at de ikke er i stand til at medvirke i diverse test og indgå i projektet. At det er en gruppe af svage og svækkede borgere, der er målgruppen for projektet, vidner kategorien ”død inden forløbets opstart” også om. 8 pct. af de udvalgte borgere er registreret som døde, inden deres rehabiliteringsforløb nåede at blive startet op. En række af de udvalgte borgere har fået udsat deres rehabiliteringsforløb som følge af lægefaglige restriktioner for bevægelse, fx efter en operation. 2 pct. af borgerne indgår ikke i rehabiliteringsprojektet som følge heraf. Det skyldes, at borgernes restriktioner, og dermed deres mulighed for at indgå aktivt i et forløb, først er ophørt omkring projektperiodens afslutning, hvorfor der ingen test over tid foreligger for denne gruppe af borgere.

17 pct. af de udvalgte borgere har ikke ønsket at deltage i projektet eller modtage et rehabiliteringsforløb, mens 29 pct. af andre årsager ikke indgår i projektet. I forhold til den sidstnævnte kategori er der i knap halvdelen af tilfældene ikke angivet en årsag til, at borgeren ikke indgår i projektet. I det omfang, der er angivet en årsag, fremgår det, at borgeren enten var selvhjulpen inden rehabiliteringsforløbet blev igangsat eller er kommet på et midlertidigt ophold/aflastning eller rehabiliteringsophold på et plejecenter. Derudover dækker denne kategori også over en betydelig gruppe af borgere fra Slagelse Kommune, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, men som i visitationen fejlagtigt ikke er

blevet registreret til at skulle indgå i projektet, hvorfor de relevante test ikke er blevet udført.

At der er en betydelig gruppe af borgere, for hvem der dels ingen årsag er angivet til deres frafald, og dels enten ikke kan indgå i projektet som følge af sygdom eller ikke ønsker at deltage i projektet, indebærer, på trods af randomiseringen, at det er en selekteret gruppe af borgere, som indgår i projektet.

TABEL 2.2

Borgere, der ikke indgår i rehabiliteringsprojektet, fordelt efter årsager. Antal og procent.

Årsager:	I alt, antal	I alt, procent
Ikke målgruppe/ikke berettiget til § 83	231	28
Kan ikke indgå i projektet pga. sygdom	102	12
Ønsker ikke at deltage i projektet/modtage rehabiliteringsforløb	139	17
Død inden forløbets opstart	63	8
Etiske årsager	33	4
Lægefaglige restriktioner	14	2
Anden årsag	233	29
I alt	815	100

AFGRÆNSNING AF UNDERSØGELSESPOPULATIONEN

Projektkommunerne havde, forud for projektets opstart, forpligtet sig til at gennemføre 250 rehabiliteringsforløb i hver kommune i løbet af projektperioden. Med gennemførte rehabiliteringsforløb menes, at borgeren i forbindelse med udredningen ved rehabiliteringsforløbets opstart er blevet testet med redskaberne DEMMI, WHODAS og UCLA og ligeledes er blevet testet hermed ved forløbets afslutning, således at det er muligt at undersøge borgerens udvikling i funktionsevne og oplevede ensomhed i løbet af rehabiliteringsforløbet. Undervejs i projektet blev det nødvendigt at reducere målsætningen om 250 gennemførte rehabiliteringsforløb i hver kommune til 150. Selv om det reducerede antal forløb, der indgår i analyserne, giver nogle begrænsninger for analyserne, blev beslutningen om at reducere antallet truffet, da det efter opstartsperioden, trods de løbende tilpasninger i randomiseringen, viste sig vanskeligt at opnå målsætningen om 250 gennemførte forløb med før- og eftermålinger til brug i de efterfølgende analyser af borgernes udvikling i funktionsevne og oplevelse af ensomhed.

Det er som sagt i alt 500 borgere, der er startet i et rehabiliteringsforløb i løbet af projektperioden. Som det fremgår af tabel 2.3, har i alt 281 gennemført et forløb med test og 56 med delvise test. At forløbet er gennemført med test, delvise test eller uden test, refererer dermed til, hvorvidt borgeren er blevet testet med DEMMI, WHODAS og UCLA ved opstart og afslutning på rehabiliteringsforløbet.

TABEL 2.3

Borgere i rehabiliteringsforløb i projektperioden, fordelt efter, om forløbet er gennemført med eller uden test eller er afbrudt før tid. Antal og procent.

Rehabiliteringsforløb:	I alt, antal	I alt, procent
Forløb med test	281	56
Forløb med delvise test	56	11
Forløb uden test og afbrudte forløb	163	33
I alt	500	100

Et forløb med test betyder, at den enkelte borger har gennemført et rehabiliteringsforløb og både ved opstart og afslutning af sit rehabiliteringsforløb er blevet testet med henholdsvis DEMMI, WHODAS og UCLA. 56 borgere har gennemført et forløb med delvise test, hvilket indebærer, at borgeren har gennemført et rehabiliteringsforløb, men blot er blevet testet med UCLA og enten DEMMI eller WHODAS ved opstart og afslutning på forløbet. Årsagen til, at nogle borgere ikke har gennemført både DEMMI og WHODAS, er enten, at borgeren ikke har ønsket at deltage i den pågældende test, eller at den forløbsansvarlige har haft forbehold mod at gennemføre testen med borgeren. Disse forbehold har som oftest knyttet sig til borgerens kognitive tilstand i forhold til gennemførelsen af WHODAS, idet borgere med nedsat kognitiv funktionsevne har haft vanskeligheder ved at forholde sig til spørgsmålene, eller fysiske situation i relation til DEMMI. Endvidere har nogle borgere været underlagt en række lægefaglige restriktioner, fx i forbindelse med en hofteoperation eller lignende, således at DEMMI ikke har måttet udføres ved rehabiliteringsforløbets opstart, men hvor borgeren ikke desto mindre har været i stand til at blive testet med WHODAS.

Ud over de borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb med samtlige eller delvise test, er der en resterende gruppe, bestående af 163 borgere, som enten har gennemført et rehabiliteringsforløb uden test eller har haft et forløb, der er blevet afbrudt før tid. Det er således bor-

gerne i de to førstnævnte kategorier, det vil sige i forløb med test og forløb med delvise test, svarende til 337 borgere, der udgør undersøgelsespopulationen i kapitel 3, idet det alene for disse borgere er muligt at undersøge deres udvikling i forhold til de opstillede indsatsmål. Fordelt på de to kommuner har 164 borgere i Syddjurs Kommune gennemført et rehabiliteringsforløb med helt eller delvise test, mens det tilsvarende er 173 borgere i Slagelse Kommune.

De 163 borgere, der enten har afbrudt deres rehabiliteringsforløb før tid eller har gennemført et forløb uden test, indgår dermed ikke i analyserne og betragtes i analysemessig sammenhæng som bortfald. I tabel 2.4 fremgår årsagerne til, at disse borgere ikke har gennemført et rehabiliteringsforløb med test. 10 pct. af borgerne har oplevet, at sygdom har kompliceret deres forløb, mens 9 pct. er blevet indlagt, og hovedparten af disse forløb er derfor blevet afbrudt før tid. 13 pct. af borgerne døde, inden deres rehabiliteringsforløb blev afsluttet. 7 pct. af borgerne har enten afsluttet deres forløb før tid som følge af demens eller ikke gennemført de forskellige test, fordi den forløbsansvarlige har vurderet, at borgeren ikke ville være i stand hertil som følge af borgerens kognitive svækkelser. 15 pct. har manglet motivation eller ikke ønsket at fortsætte i deres rehabiliteringsforløb, mens 14 pct. af borgerne har givet udtryk for, at de i forbindelse med udredningen ikke ønskede at deltage i de forskellige test. I 6 pct. af forløbene af der angivet andre årsager til, at borgeren ikke har gennemført test eller afbrudt forløbet før tid. Det skyldes i de fleste tilfælde, at den forløbsansvarlige har vurderet, at det som følge af borgerens almene situation ikke vil være etisk forsvarligt at gennemføre testene. Der er imidlertid ikke angivet nogen årsag til, at 26 pct. af borgerne enten ikke har gennemført et rehabiliteringsforløb med test eller har afbrudt deres forløb før tid. At der er en betydelig gruppe af borgere, for hvem der enten ingen årsag er angivet eller som ikke er i stand til eller ønsker at gennemføre de forskellige test, indebærer ydermere en risiko for selektionsbias, idet der kan være særlige karakteristika ved disse borgere, der ikke vil/kan/menes at kunne deltage i testningen, som kan have betydning for resultaternes gyldighed. Særligt bør det i denne sammenhæng bemærkes, at de især meget kognitivt svækkede er en gruppe af borgere, som ikke i særlig høj grad er repræsenteret i undersøgelsespopulationen. Det skyldes, at disse borgere kun i mindre omfang har været i stand til at rumme samarbejdet og indgå i projektet. Med andre ord indgår denne gruppe af borgere blot i begrænset omfang i de følgende ana-

lyser i kapitel 3, hvilket bør holdes for øje i tolkningen af kapitlets resultater.

TABEL 2.4

Borgere, der ikke har gennemført rehabiliteringsforløb med test (bortfald), fordelt efter årsager. Antal og procent.

Årsager:	I alt, antal	I alt, procent
Indlagt	15	9
Sygdom	16	10
Demens/kognitiv svækkelse	11	7
Manglende motivation	24	15
Død	22	13
Borgeren ønsker ikke at gennemføre test	23	14
Andre årsager	9	6
Ingen årsag angivet	43	26
I alt	163	100

BORGERNES EFTERFØLGENDE BEHOV FOR HJÆLP

For at kunne belyse borgernes efterfølgende behov for hjælp efter § 83 i serviceloven anvendes kommunale data over visiterede indsatser. Fokus er på borgernes behov for praktisk hjælp og personlig pleje. Disse data udgør det primære datagrundlag i evalueringens del 3 om tidsforbrug og lønudgifter, og de anvendte data til at afdække borgernes efterfølgende behov for hjælp, uddybes derfor først nærmere under del 3 i dette kapitel. Måletidspunktet er opgjort til to uger efter afslutningen af borgernes rehabiliteringsforløb.

DEL 2: BORGERNES OPLEVELSE AF REHABILITERINGSFORLØBET

Som et led i evalueringen af rehabiliteringsmodellen er der endvidere blevet gennemført en række kvalitative interview med borgere, der har fået et rehabiliteringsforløb, for at belyse borgernes perspektiver på deres rehabiliteringsforløb. Der er i alt gennemført kvalitative interview med 17 borgere i rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner. Borgerne er blandt andet blevet spurgt om, hvordan de oplever rehabiliteringsforløbet, og om deres forventninger, resultater, motivationsfaktorer og eventuelle barrierer for forløbet. Endvidere har det været hensigten at inter-

viewe borgere, der afbryder deres rehabiliteringsforløb, med henblik på at belyse denne gruppes bevæggrunde og holdninger til forløbet. De kvalitative enkeltpersoninterview bidrager i undersøgelsen med mere dybtgående og eksplorative fortællinger om borgernes oplevelser af at gennemføre et rehabiliteringsforløb – oplevelser og beskrivelser, som det typisk ikke er muligt at opfange i en kvantitativ undersøgelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

ANTAL OG KARAKTERISTIKA AF BORGERE OG INTERVIEW

Det var målet at foretage i alt 45 interview med borgere i de to projektkommuner. 10 borgere i Syddjurs Kommune og 10 borgere i Slagelse Kommune skulle hver interviewes to gange: ved henholdsvis opstart, det vil sige efter visitation til rehabiliteringsforløbet og minimum ét besøg i rehabiliteringssjemed, samt ved afslutningen af deres rehabiliteringsforløb. Derudover var det hensigten at interviewe i alt fem borgere, der ikke gennemførte deres rehabiliteringsforløb ved afbrydelsen af deres forløb.

Udvælgelsen af de borgere, der blev interviewet som led i evalueringen, skete ud fra hensyntagen til en række kriterier. For det første skulle borgerne indvilge i at blive interviewet, og de skulle også rent kognitivt kunne deltage i det kvalitative interview. Endvidere skulle der blandt borgerne være variation i forhold til, om de var ny- eller revisiterede, graden af deres funktionsnedsættelse, hvorvidt de modtog udelukkende praktisk hjælp eller personlig pleje eller en kombination af praktisk hjælp og personlig pleje, om deres forløb var enkle eller sammensatte, og gerne også i forhold til køn og alder.

På grund af en række justeringer indgår der lidt færre borgere, i alt 17, i interviewundersøgelsen: syv borgere i Slagelse Kommune og 10 borgere i Syddjurs Kommune. Inklusive både opstarts- og opfølgingsinterview er der i alt foretaget 32 kvalitative interview med borgere i de to kommuner, fordelt på 17 opstartsinterview og 15 opfølgingsinterview.

Som det fremgår af tabel 2.5, er der foretaget interview med 6 mænd og 11 kvinder, der aldersmæssigt spreder sig mellem 62 og 89 år. Som tidligere nævnt er målgruppen borgere på 65 år eller derover. Dog er der gennemført et interview med en enkelt borger under 65 år.

TABEL 2.5

Oversigt over de interviewede borgere.

Alder	Køn	Kommune	Visitation
62 år	Kvinde	Syddjurs	Revisiteret
65 år	Kvinde	Slagelse	Nyvisiteret
67 år	Kvinde	Slagelse	Nyvisiteret
67 år	Kvinde	Syddjurs	Nyvisiteret
69 år	Mand	Syddjurs	Nyvisiteret
70 år	Kvinde	Syddjurs	Nyvisiteret
75 år	Mand	Syddjurs	Nyvisiteret
75 år	Mand	Syddjurs	Nyvisiteret
76 år	Kvinde	Syddjurs	Nyvisiteret
76 år	Kvinde	Syddjurs	Nyvisiteret
77 år	Kvinde	Syddjurs	Revisiteret
79 år	Mand	Slagelse	Nyvisiteret
79 år	Kvinde	Slagelse	Nyvisiteret
82 år	Kvinde	Slagelse	Revisiteret
83 år	Kvinde	Syddjurs	Nyvisiteret
87 år	Mand	Slagelse	Revisiteret
89 år	Mand	Slagelse	Revisiteret

Ud af de 17 borgere modtog fem borgere praktisk hjælp og/eller personlig pleje i forvejen, det vil sige inden de blev visiteret til et rehabiliteringsforløb, mens 12 borgere ikke modtog praktisk hjælp og/eller personlig pleje på tidspunktet for visitationen til rehabiliteringsforløbet.

På baggrund af borgernes oplysninger i interviewene finder vi, at der blandt de interviewede borgere både er nyvisiterede og revisiterede, men en overvægt af nyvisiterede borgere. Der er endvidere en høj grad af variation med hensyn til grad og type af funktionsnedsættelse, om de har modtaget praktisk hjælp eller personlig pleje eller en kombination sideløbende med rehabiliteringsforløbet, og om det har været enkle eller sammensatte rehabiliteringsforløb. Ligeledes er der en alders- og kønsmæssig spredning af interviewede.

JUSTERINGER

ANTALLET AF INTERVIEW

Det lavere antal interviewede borgere skyldes flere forhold. For det første lykkedes det ikke projektkommunerne at etablere kontakt med de borgere, der af forskellige årsager afbrød deres rehabiliteringsforløb før tid. Ifølge kommunerne skyldes dette, at borgerne, der har afbrudt forlø-

bet, oftest har gjort det på grund af en forværring i deres funktionsevne, hvilket indebærer, at de ikke har oplevet at have overskud til at blive interviewet. Denne gruppe indgår derfor ikke i undersøgelsen, hvilket medfører, at det ikke er muligt at beskrive disse borgeres bevæggrunde for at afbryde rehabiliteringsforløbet og deres oplevelser af forløbet. For det andet har Slagelse Kommune haft vanskeligheder ved at udpege det ønskede antal borgere til interview inden for undersøgelsens tidsmæssige ramme. For det tredje er to borgere kun interviewet én gang. Den ene borger afgik ved døden inden tidspunktet for opfølgningsinterviewet, mens den anden borger oplevede en så hurtig fremgang i funktionsevnen, at hendes forløb blev afsluttet på tidspunktet for det første interview med hende.

TIDSPUNKT FOR FØRSTE INTERVIEW

Det var oprindeligt hensigten at udføre det første interview med hver borger så tidligt efter deres visitation til rehabiliteringsforløb som muligt, men efter minimum ét besøg i rehabiliteringsøjemed. De første interview i hver projektkommune viste dog, at borgerne på dette tidlige tidspunkt i forløbet ikke havde nogen klar forståelse af deres deltagelse i rehabiliteringsforløb, herunder hvad forløbet eksempelvis bestod af. Borgerne havde derfor vanskeligt ved at redegøre for eksempelvis indholdet af forløbet og deres forventninger og mål. Tidspunktet for det første interview med borgerne blev derfor efter de første interview placeret 2-3 uger inde i deres rehabiliteringsforløb.

FREM GANGSMÅDE

KONTAKT OG INTERVIEWAFTALER

På baggrund af de opstillede kriterier tog de forløbsansvarlige i de to projektkommuner kontakt til relevante borgere for at præsentere interviewundersøgelsen. Borgere, der udtrykte interesse i at blive interviewet som led i evalueringen, fik derefter udleveret en skrivelse, der præsenterede evaluators formål, indhold og forventede varighed af interviewene. Efterfølgende tog evaluator telefonisk kontakt til borgerne for at aftale tidspunktet for det første besøgsinterview.

TIDSMÆSSIG RAMME FOR INTERVIEWUNDERSØGELSEN

Interviewene med borgerne er foretaget i en periode på mere end et år, fra juni 2015 til august 2016. De to interview med hver borger er foretaget med cirka 10 ugers mellemrum, afhængigt af varigheden af deres rehabiliteringsforløb.

INTERVIEWGUIDE

Borgerne er interviewet ud fra en semistruktureret interviewguide, indeholdende en række overordnede temaer, eksempelvis forventninger, udbytte, motivationsfaktorer og eventuelle barrierer for forløbet. Der er anvendt forskellige interviewguider til henholdsvis opstarts- og afslutningsinterviewet med hver borger. Hvor der ved det første interview for eksempel blev spurgt ind til forventninger og motivation, har det afsluttende interview også omhandlet borgernes erfaring med og udbytte af rehabiliteringsforløbet.

DATABEARBEJDNING

Interviewene er med borgernes godkendelse optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet i deres fulde længde. Interviewene er analyseret tematisk, således at der i analysen både er inddraget de i forvejen givne temaer ud fra interviewguiden, men også de nye temaer, der er fremkommet i interviewpersonernes svar.

DEL 3: TIDSFORBRUG OG LØNUDGIFTER

Denne del omfatter en analyse af tidsforbrug og de hermed forbundne lønudgifter, der knytter sig til de indsatser, borgerne i de to projektkommuner har modtaget før, under og efter deres rehabiliteringsforløb. Til brug for analysen anvendes en række forskellige oplysninger:

1. Start- og slutdatoer for rehabiliteringsforløbene
2. Visiterede indsatser (sygepleje, træning, praktisk hjælp og personlig pleje) og tidsforbrug særskilt for faggrupper
3. Tid brugt til planlægning og koordinering af forløbene, herunder mødetid og tid til test af borgerne
4. Lønninger særskilt for faggrupper.

Ved hjælp af start- og slutdatoer, som er oplyst i registreringskemaerne, afgrænses rehabiliteringsforløbet, og det kædes sammen med kommunale data om visiterede indsatser, tidsforbrug til planlægning, test mv. og oplysninger om lønninger. En kombination af disse datakilder gør det muligt at undersøge tidsforbruget anvendt før, under og efter borgernes rehabiliteringsforløb, og hvad rehabiliteringsforløbet har kostet sammenlignet med borgernes efterfølgende behov for hjælp.

ANALYSEMETODE

Analysen af tidsforbruget baserer sig på to forskellige beregningsmetoder. Først fastsættes ”målepunkter” for hver anden uge i perioden fra 12 uger forud for forløbet, og i den udstrækning det er muligt, frem til 26 uger efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Dernæst beregnes det gennemsnitlige ugentlige tidsforbrug før, undervejs i forløbet og i opfølgingsperioden.

Perioden *før* er således afgrænset til 12 uger, før borgerne er startet i deres rehabiliteringsforløb, mens perioden *efter* er afgrænset til henholdsvis 12 uger og 26 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb. Med andre ord afdækker disse to perioder tidsforbruget brugt på den hjælp til hjemmepleje, sygepleje og træning, som borgerne henholdsvis har modtaget i en periode på tre måneder op til rehabiliteringsforløbet, under forløbet og i perioden op til seks måneder efter endt forløb.

Resultaterne af tidsforbruget præsenteres som almindelige gennemsnit og inkluderer standardfejl. Dernæst opgøres lønudgifterne forbundet med tidsforbruget anvendt under borgernes rehabiliteringsforløb og i forbindelse med borgernes efterfølgende behov for hjælp. Lønudgifterne opgøres både samlet og særskilt for henholdsvis SOSU-medarbejdere, sygeplejersker og terapeuter.

Idet data om visiterede indsatser er leveret på ugebasis er analysen ligeledes foretaget på ugebasis, da det således ikke er muligt at opgøre indsatser leveret pr. dag. Det betyder, at hvis et rehabiliteringsforløb eksempelvis er startet en fredag, men borgeren har modtaget hjælp i samme uge forud for forløbets opstart, vil disse ydelser indgå som del af rehabiliteringsforløbet. Dette vil i nogle tilfælde have en påvirkning på længden af borgerens forløb og dermed også på det anvendte tidsforbrug i forløbet. Dog vurderes det ikke at være af væsentlig betydning for det samlede tidsforbrug anvendt i rehabiliteringsforløbene.

Da der er en række kommunale forskelle i de indsamlede data, herunder måden hvorpå data er registreret, foretages analysen af tidsforbrug og lønudgifter i kapitel 5 særskilt for de to projektkommuner og opgørelserne er ikke direkte sammenlignelige.

DATAGRUNDLAG

Undersøgelsespopulationen til analysen af tidsforbrug og lønudgifter udgøres af de 337 borgere, som har gennemført et rehabiliteringsforløb med test eller delvise test, jf. tabel 2.3. Fordelt på de to kommuner er det som tidligere nævnt 164 borgere i Syddjurs Kommune og 173 borgere i Slagelse Kommune. Der tages således ikke højde for de borgere, der har gennemført et forløb, men som ikke er blevet testet med de udvalgte måleredskaber eller som har afbrudt deres forløb før tid. Det skyldes, at der for en betydelig gruppe af borgere ikke er angivet nogen årsager til, hvorfor de ikke har gennemført et forløb med test, og at det derfor ikke i tilstrækkelig grad er muligt at skelne mellem, hvornår et forløb har været gennemført uden test eller er blevet afbrudt før tid i det indsamlede registreringskema.

Det er imidlertid ikke samtlige 337 borgere, der indgår i analysen i kapitel 5. Det skyldes, at der for en række borgere har været så mangelfulde eller helt manglende oplysninger om deres forløb, og den hjælp de har modtaget undervejs i forløbet, at det ikke er muligt at opgøre tidsforbrug anvendt i disse borgeres rehabiliteringsforløb. Som det fremgår af tabel 2.6 er den primære årsag til, at borgeren ikke indgår i analysen, manglende oplysninger om start- og slutdatoer for rehabiliteringsforløbet. Uden disse oplysninger er det ikke muligt at afgrænse forløbet i tid og dermed heller ikke perioden før og efter, hvorfor det heller ikke er muligt at knytte oplysninger om tidsforbrug på de forskellige perioder. For Slagelse Kommune gælder endvidere, at der er 14 rehabiliteringsforløb, hvor der ikke er registreret et tidsforbrug undervejs i forløbet, hvorfor disse forløb heller ikke indgår i analysen. Samlet set er der tilstrækkelige oplysninger for 128 borgere i Syddjurs Kommune og 137 borgere i Slagelse Kommune.

TABEL 2.6

Borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb med test eller delvise test, fordelt på årsager til frafald. Antal.

Årsager:	Syddjurs	Slagelse	I alt
<i>Antal forløb før frafald</i>	164	173	337
<i>Registreringskemaer</i>			
Manglende start og slut dato	-13	-11	-24
Manglende slut dato	-8	-6	-14
Dobbeltforløb	-13	-5	-18
<i>Kommunale datakilder</i>			
Findes ikke i kommunale data	-1	0	-1
Over 50 timer ugentligt undervejs	-1	0	-1
Ingen registreret tid undervejs	0	-14	-14
<i>Samlet frafald</i>	-36	-36	-72
<i>Efter frafald</i>	128	137	265

Som nævnt i kapitel 1 blev projektperioden påbegyndt 1. marts 2015, hvor de første borgere startede i rehabiliteringsforløb. Som følge af at projektperioden i forskelligt omfang er blevet forlænget i de to kommuner, har de sidst randomiserede og udvalgte borgere til projektet gennemført deres rehabiliteringsforløb i henholdsvis medio september 2016 i Syddjurs Kommune og ultimo november 2016 i Slagelse Kommune.

Data fra Syddjurs Kommune er indsamlet i perioden primo januar 2015 til ultimo december 2016 og indeholder tidsforbruget vedrørende visiterede indsatser til sygepleje, træning samt personlig og praktisk hjælp for borgerne 12 uger før, under og 12 uger efter rehabiliteringsforløbet. For hovedparten af borgerne er det endvidere muligt at belyse perioden frem til 26 uger efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Derudover er det faktiske tidsforbrug anvendt til de administrative aktiviteter, der knytter sig til borgernes rehabiliteringsforløb, såsom den forløbsansvarliges planlægning og koordinering af forløbet, mødeaktivitet mv., ligesom tid anvendt til test af borgerne blevet registreret.

I Slagelse Kommune har det ikke i samme omfang været muligt at indsamle tilsvarende oplysninger om visiterede indsatser over samme periode. Da Slagelse Kommune overgik til et andet EOJ-system undervejs i projektperioden, har det kun været muligt at indsamle data om visiterede indsatser i perioden 1. september 2015 til 31. december 2016. De manglende data i projektets første periode indebærer, at der for de bor-

gere, der er startet i rehabiliteringsforløb i løbet af projektperiodens første seks måneder, ikke i fuldt omfang er muligt at opgøre tidsforbruget brugt på hjælp i perioderne før, under og efter forløbet. Dertil kommer, at der som følge af, at projektperioden i Slagelse Kommune blev forlænget til ultimo november 2016 endvidere er en gruppe af borgere, som det ikke er muligt at følge i perioden 12 uger henholdsvis 26 uger efter endt rehabiliteringsforløb.

I Slagelse Kommune er det faktiske tidsforbrug anvendt til koordinering, planlægning, møder mv. samt til test af borgeren ikke registreret. I stedet er der leveret et tidsestimat for den anvendte tid til disse opgaver. Dette estimat er opgjort til 7 timer pr. rehabiliteringsforløb. Derudover er der leveret tidsestimater for forløb, hvor en hjemmeterapeut er forløbsansvarlig i forbindelse med træning og vejledning. Det skal bemærkes, at der i en del af forløbene i Slagelse Kommune er registreret indsatser, uden tidsforbruget er oplyst. Det betyder, at tidsforbruget anvendt i Slagelse Kommune er underestimeret i forhold til, hvor meget tid der reelt er anvendt.

I forhold til analysen af lønudgifter har begge kommuner fremsendt lønoplysninger for sygeplejersker, terapeuter og SOSU-medarbejdere. Lønudgifterne er beregnet ud fra et gennemsnit af lønningerne for de forskellige faggrupper i de to kommuner og baserer sig på 'fremmødte timer', hvor ferie, helligdage og gennemsnitligt sygefravær på kommuneniveau er inkluderet.

DEL 4: IMPLEMENTERING AF MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I DE TO KOMMUNER

Som det fremgår af figur 2.1, belyses implementeringen af modellen for rehabilitering ud fra både et medarbejder- og et lederperspektiv, og der anvendes et mixed methods-design med afsæt i en række forskellige datakilder. Dette giver mulighed for at belyse generelle opfattelser og holdninger blandt medarbejderne, samtidig med at der bliver kastet lys over nuancerede oplevelser af forudsætninger for og barrierer ved implementeringen på medarbejder- og lederniveau. De kvalitative data omfatter fokusgrupeinterview med medarbejdere og enkeltinterview med ledere. De kvantitative data består af et spørgeskema til medarbejderne, borgerne COPM-besvarelser og det tidligere omtalte registreringsskema.

I de følgende afsnit beskrives de data, der er indsamlet til implementeringsevalueringen, og hvilke metoder der er anvendt.

SPØRGESKEMA, BESVARET AF KOMMUNALE MEDARBEJDERE

Med spørgeskemaet afdækkes medarbejdernes generelle holdning til projektet samt deres opfattelse af, hvordan forskellige aspekter af rehabiliteringsmodellen har fungeret. Spørgeskemaet er udarbejdet med udgangspunkt i dels de kvalitative interview, der blev foretaget med medarbejdere i opstartsprocessen (jf. næste afsnit), dels temaer, som er vigtige at have for øje i implementeringsprocessen (Winter m.fl., 2008). Det omhandler følgende temaer:

- Kendskab og holdning til projektet
- Faglig opkvalificering
- Ledelse og medinddragelse
- Brugen af validerede redskaber
- Tværfagligt samarbejde
- Motivation af borgeren.

Spørgeskemaet er i forbindelse med projektets opstart og afslutning sendt ud elektronisk til alle medarbejdere i de to projektkommuner, der har arbejdet med rehabiliteringsprojektet, og det drejer sig om medarbejdere inden for følgende faggrupper:

- Visitatorer
- Sygeplejersker
- Fysio- og ergoterapeuter¹²
- Social- og sundhedshjælpere og -assistenter.¹³

I forbindelse med formålingen er spørgeskemaet sendt ud til 131 medarbejdere, fordelt på de fire faggrupper i Slagelse Kommune. Som det fremgår i tabel 2.7, svarede 69 pct. af medarbejderne på spørgeskemaet. I eftermålingen blev spørgeskemaet sendt til 99 medarbejdere, og en svarprocent på 87 blev opnået. Den forholdsvis lave svarprocent i formålin-

12. Gennem rapporten anvendes begrebet ”terapeuter”, der dækker over både fysio- og ergoterapeuter.

13. Gennem rapporten anvendes betegnelsen ”SOSU-medarbejdere”, og dette dækker over både social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

gen skyldes primært, at spørgeskemaet også blev sendt ud til en gruppe af SOSU-medarbejdere, der ikke havde nogen direkte tilknytning til rehabiliteringsprojektet. Derudover var svarprocenten generelt lavere for SOSU-medarbejderne, hvilket sandsynligvis skyldes, at ikke alle i denne faggruppe har benyttet sig af deres e-mail, hvortil spørgeskemaet blev sendt.¹⁴

TABEL 2.7

Svarprocent på spørgeskema blandt medarbejdere ved før- og eftermålingen. Særskilt for projektkommuner. Procent og antal.

	Førmåling		Eftermåling	
	Svarprocent	Beregningsgrundlag	Svarprocent	Beregningsgrundlag
Slagelse Kommune	69	131	87	99
Syddjurs Kommune	80	65	93	74

I Syddjurs Kommune blev spørgeskemaet sendt ud til 65 medarbejdere i førmålingen, og en svarprocent på 80 blev opnået, mens det blev sendt til 74 medarbejdere i eftermålingen, hvor 93 pct. besvarede skemaet.

I begge kommuner har der igennem projektperioden været udskiftning blandt og ændringer i antallet af involverede medarbejdere, og dermed varierer antallet af medarbejdere i før- og eftermålingen også. Det var oprindeligt tanken at rundsende spørgeskemaet til de samme medarbejdere ved både før- og eftermålingen med henblik på at indhente data i panelstruktur. På den måde ville det have været muligt at analysere, hvorvidt den enkelte medarbejders holdning til og opfattelse af projektet ændrede sig undervejs i projektperioden.

Grundet udskiftningen og de øvrige ændringer er det ikke helt den samme gruppe af medarbejdere, der har besvaret før- og eftermålingen, og beregningsgrundlaget er derfor ikke tilstrækkeligt stort til at belyse ændringer på individniveau, men vil i stedet blive beskrevet gennem den generelle holdning til og opfattelse af rehabiliteringsprojektet ved før- og eftermålingen. Det skal her bemærkes, at projektperioden som sagt er blevet forlænget med henblik på at øge antallet af gennemførte

14. I Slagelse Kommune havde samtlige SOSU-medarbejdere forud for projektet fået kommunale e-mailadresser, men på udsendelsestidspunktet havde ikke alle medarbejdere i denne faggruppe adgang til deres e-mail eller gjorde brug heraf.

forløb. Spørgeskemaet er blevet udsendt til medarbejderne ved projektets oprindeligt planlagte afslutning, og ligeledes er fokusgruppeinterview med medarbejderne og interview med ledere, som præsenteres nærmere i de følgende afsnit, blevet gennemført på dette tidspunkt. Grundet projektperiodens forlængelse har vi ingen spørgeskemabesvarelser og interview fra den faktiske afslutningsfase. Det er væsentligt at være opmærksom på, at vi dermed ikke kan belyse den kommunale kontekst og holdninger til og oplevelser vedrørende projektet i den egentlige afslutningsfase, men derimod belyse implementeringen fra opstartsfasen til den oprindeligt planlagte afslutningsfase. Med andre ord indebærer dette, at der på baggrund af det forhåndenværende datamateriale kan være erfaringer, som vi ikke har fået afdækket.

FOKUSGRUPPEINTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Ud over spørgeskemaundersøgelsen til medarbejderne har vi som en væsentlig del af evalueringen af implementeringen interviewet en række medarbejdere. Da medarbejderne har en helt central rolle i projektet, er det afgørende at belyse deres holdninger til praksisser i projektet og herigennem tilvejebringe viden om, hvad de vurderer som styrker og svagheder i forhold til arbejdet med rehabiliteringsmodellen og de arbejds-gange, som modellen fordrer. Disse interview er blevet foretaget som fokusgruppeinterview. Formålet med at afholde fokusgruppeinterview var at give plads til, at forskellige holdninger kunne blive belyst og diskuteret (Kvale & Brinkmann, 2009).

I forhold til funktion og faglig baggrund repræsenterer de medarbejdere, der indgår i fokusgruppeinterviewene, de primære faggrupper, der indgår i arbejdet med rehabiliteringsmodellen. Da arbejdsgangene og arbejdet med modellen afhænger af disse faggrupper, har vi valgt at gennemføre interview i hver af de fire faggrupper:

- Visitatorer
- Sygeplejersker
- Fysio- og ergoterapeuter
- Social- og sundhedshjælpere og -assistenter.

I hvert fokusgruppeinterview i både opstarts- og afslutningsfasen har der deltaget mellem fire og seks personer. I begge kommuner oplevede vi udfordringer i forbindelse med interview af sygeplejersker, der ikke duk-

kede op som aftalt, og generelt havde meget begrænsede erfaringer som forløbsansvarlige. Disse udfordringer gjorde sig også gældende ved det afsluttende interview.

Interviewene er gennemført som semistrukturerede, kvalitative interview på baggrund af interviewguider, men med en åbenhed over for nye temaer, som opstod i interviewene. Interviewguiden indeholdt spørgsmål til medarbejdernes oplevelse af, hvordan rehabiliteringsmodellen fungerer i deres hverdag, hvordan det påvirker deres arbejdsgange, og deres holdninger til modellen og arbejdet med modellen. Interviewguiden har omfattet følgende temaer:

- Forståelse af egen rolle og rehabiliteringsmodellen
- Faglig opkvalificering
- Hvordan arbejder man motiverende
- Tværfaglige samarbejde
- Udfordringer ved at gennemføre rehabiliteringsforløbene

INTERVIEW MED LEDERE OG PROJEKTLEDERE

Udover medarbejderne er relevante ledere samt projektlederne i begge kommuner blevet interviewet både før og efter afprøvningen af rehabiliteringsmodellen. Udover ældrecheferne i begge kommuner og den ansvarlige afdelingsleder i Slagelse Kommune drejer det sig om:

- Lederne af sygeplejen
- Lederne af visitationen
- Lederne af terapeuterne
- Lederne af hjemmeplejen.

Endvidere er projektlederne i de to kommuner blevet interviewet på samme måde som ledergruppen, idet projektlederne har stået for den daglige vejledning af medarbejderne i forbindelse med afprøvningen af rehabiliteringsmodellen og dermed haft en stor indflydelse på projektets gennemførelse i praksis.

Disse interview er foretaget over telefon og er blevet gennemført som semistrukturerede interview, hvor følgende temaer har indgået i interviewguiden:

Ved opstart:

- Tidligere praksis
- Holdninger og forventninger til projektet
- Forankring af projektet
- Opkvalificering af personalet
- Ledelsens oplevelse af medarbejdernes holdninger
- Udfordringer og løsningsforslag

Ved afslutning:

- Vurdering af processen og ledelsens rolle
- Medarbejdernes holdning og motivation
- Tværfaglige samarbejde
- Indfrielse af forventninger
- Hvad har virket godt og mindre godt
- Forudsætninger, barrierer og omkostninger

BORGERNES COPM-BESVARELSER OG REGISTRERINGSSKEMA

Som et led i evalueringen er der også fokus på målsætningsarbejdet, herunder om og i hvilket omfang medarbejderne har arbejdet efter borgernes egne mål, og hvordan det motiverende arbejde i praksis er foregået. Udover at benytte medarbejdernes tilkendegivelser i fokusgruppeinterviewene om deres egen oplevelse af at arbejde motiverende og ud fra borgernes egne mål, anvendes borgernes COPM-besvarelser samt oplysninger om målopfyldelsen fra registreringskemaet.

BORGERE I REHABILITERINGSFORLØB OG UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE

Formålet med at iværksætte rehabiliteringsforløb er at give borgere i målgruppen for hjemmehjælp mulighed for at udvikle eller genvinde deres funktionsevne og bidrage til en mere selvstændig hverdag for den enkelte borger med mere tryghed, selvhjulpethed og uafhængighed til følge.

I dette kapitel belyser vi, hvorvidt og i hvilket omfang de borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, har udviklet deres funktionsevne og oplevet en mindre grad af ensomhed efter endt forløb, samt hvilke efterfølgende behov disse borgere har for hjælp og støtte i henhold til serviceloven.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af de borgere, der udgør undersøgelsespopulationen. Formålet med denne beskrivelse er at give et billede af borgerne, der har gennemført et rehabiliteringsforløb og illustrere, hvad der kendetegner disse borgere og deres rehabiliteringsforløb. Dernæst præsenteres analyserne af udviklingen i borgernes funktionsevne og oplevede ensomhed, og der redegøres for, hvilke faktorer der har betydning for borgernes udviklingspotentiale. Kapitlet afsluttes med et kort afsnit om, hvilke behov for hjælp borgerne har umiddelbart efter endt rehabiliteringsforløb.

BESKRIVELSE AF BORGERE I REHABILITERINGSFORLØB

Undersøgelsespopulationen udgøres af de 337 borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb og er blevet testet med henholdsvis DEMMI, WHODAS og UCLA ved opstart og afslutning på deres forløb (se kapitel 2 for nærmere definition og afgrænsning af populationen). For samtlige borgere har kommunerne udfyldt et såkaldt registreringsskema, der består af oplysninger fra borgernes rehabiliteringsplaner samt øvrige oplysninger fra kommunernes omsorgssystem. Registreringsskemaet danner grundlaget for beskrivelserne af borgerne og deres rehabiliteringsforløb og indeholder en række baggrundoplysninger om blandt andet borgerens køn, alder og husstandssammensætning samt oplysninger, der knytter sig til borgerens rehabiliteringsforløb, herunder om forløbets længde, indsatser, hvilke faggrupper der er tilknyttet forløbet mv. Disse oplysninger præsenteres nærmere i de følgende afsnit.

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA

I forhold til køns- og aldersfordelingen for de borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, fremgår det af tabel 3.1, at der er en overvægt af kvinder i samtlige alderskategorier, og samlet set udgør kvinderne 69 pct. af undersøgelsespopulationen.

TABEL 3.1¹⁵

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter alder. Særskilt for køn. Antal og procent.

Alder:	Mand		Kvinde		I alt, antal
	Antal	Procent	Antal	Procent	
65-70 år	14	13	19	8	33
71-75 år	16	15	27	12	43
76-80 år	25	24	44	19	69
81-85 år	22	21	60	26	82
86-90 år	16	15	50	22	66
> 90 år	12	12	32	14	44
I alt	105	100	232	100	337

15. I samtlige tabeller er andele (procent) angivet i hele procenter, og derfor summerer disse ikke nødvendigvis til 100 pct. som følge af afrunding.

Målgruppen for projektet er, som nævnt i kapitel 2, defineret ud fra en nedre aldersgrænse på 65 år. Gennemsnitsalderen for den samlede gruppe af borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, er 82 år. Som tabellen viser, udgør borgere i alderen 65-70 år, med knap 10 pct., ikke overraskende den alderskategori med færrest borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb. Det hænger sammen med, at borgere i 65-70-årsalderen blot i mindre grad oplever at have begrænsninger i deres funktionsevne, som de har behov for hjælp til at kunne håndtere, sammenlignet med borgere i de øvrige aldersgrupper. 13 pct. af borgerne er i alderen 71-75 år, mens knap halvdelen af borgerne, 45 pct., er i alderen 76-85 år. 33 pct. er i alderen 86 år eller derover, og den ældste borger, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, er 99 år.

Som det fremgår af tabel 3.2, bor 70 pct. af borgerne, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, alene, mens de øvrige borgere bor sammen med nogen. Fordelt på køn er det en betydeligt større andel af kvinderne end af mændene, der bor alene. 78 pct. af kvinderne bor alene, mens det for mændenes vedkommende er 54 pct. For de borgere, der ikke bor alene, gælder, at hovedparten, 93 pct., bor sammen med deres ægtefælle eller samlever, mens 5 pct. bor sammen med deres barn/børn. De resterende 2 pct. bor sammen med andre.

TABEL 3.2

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter husstandssammensætning. Antal og procent.

Husstand:	I alt, antal	I alt, procent
Bor alene	211	70
Bor ikke alene	89	30
I alt	300 ¹⁶	100

Anm.: Internt bortfald: 37.

HENVENDELSE OM HJÆLP

Indgangsvinklen til at blive visiteret til et rehabiliteringsforløb kan, jf. beskrivelsen af den afprøvede model for rehabiliteringsforløb i kapitel 1, ske på flere forskellige måder. I tabel 3.3 ses, hvor henvendelsen til

16. I tabellen er der et internt bortfald på 37 borgere, for hvem der i registreringsskemaet ikke er angivet oplysninger om husstandssammensætningen. I det omfang, der er et internt bortfald i de øvrige opgørelser, vil dette fremgå af anmærkningerne under tabellerne på samme måde, som det fremgår under tabel 3.2.

grund for rehabiliteringsforløbet kommer fra. Langt de fleste borgere er blevet visiteret til et rehabiliteringsforløb på baggrund af en sygehusindlæggelse – det gælder for 41 pct. Sygehusindlæggelsen er ofte et udtryk for, at borgeren har oplevet et pludseligt opstået funktionsevnetab, og ifølge oplysningerne i registreringskemaet skyldes funktionsevnetabet i mange tilfælde, at borgeren har pådraget sig en fraktur, ofte i forbindelse med at borgeren er faldet. I 29 pct. af tilfældene er borgerne startet i forløb på baggrund af en re-visitation af igangværende bevilget hjælp. Denne kategori omfatter dermed borgere, der allerede modtog hjemmehjælp, men hvor visitator har identificeret et rehabiliteringsbehov. 17 pct. af forløbene er startet op på opfordring af borgeren selv eller af pårørende, mens 9 pct. er startet i forbindelse med udskrivelse fra et midlertidigt ophold eller træningsophold. De resterende 4 pct. er blevet henvist til et rehabiliteringsforløb via andre. Denne ”andre”-kategori dækker blandt andet over henvisninger fra forebyggende medarbejdere og borgerens egen læge.

TABEL 3.3

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter henvisningstyper. Antal og procent.

Henvisningstyper:	I alt, antal	I alt, procent
Borger og pårørende	51	17
Sygehus ifm. udskrivelse	122	41
Revisitation	85	29
Udskrivelse fra midlertidigt ophold eller træningsophold	28	9
Andre	12	4
I alt	298	100

Anm.: Internt bortfald: 39.

DEN FAGLIGE VURDERING AF BORGERNES FUNKTIONSNIVEAU

Som led i rehabiliteringsmodellens første fase laver visitator en helheds-vurdering af borgeren og afgør på denne baggrund, hvorvidt borgeren skal tilbydes et rehabiliteringsforløb. I den forbindelse foretager visitator, med udgangspunkt i Fælles Sprog II, en faglig vurdering af borgeren og registrerer, ud fra en række grundlæggende personlige aktiviteter som fx at spise, drikke og bade samt en række sammensatte, komplekse aktiviteter som fx at lave mad, gøre rent og vaske tøj, hvilke aktiviteter borgeren udfører eller kan udføre på tidspunktet for vurderingen (Poulsen, 2014). Den faglige vurdering af, hvad borgeren kan eller ikke kan, omsættes til

en værdi for borgerens funktionsniveau, der angiver, i hvilken grad borgeren har nedsat funktionsevne og behov for hjælp.

I tabel 3.4 angives borgerens samlede funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets opstart. Der sondres mellem fem funktionsniveauer, henholdsvis *ingen/ubetydelige begrænsninger*, *lette begrænsninger*, *moderate begrænsninger*, *svære begrænsninger* og *totale begrænsninger*. Som det fremgår af tabellen, er 1 pct., svarende til tre borgere, registreret til at have ingen eller ubetydelige begrænsninger. Dette indikerer i udgangspunktet, at disse borgere er selvstændige og ikke har behov for hjælp. Dog skal det her bemærkes, at en indsats ikke tildeles med afsæt i funktionsniveauet alene, men på baggrund af helhedsvurderingen (Poulsen, 2004).

TABEL 3.4

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter funktionsniveau. Antal og procent

Funktionsniveau:	I alt, antal	I alt, procent
Ingen/ubetydelige begrænsninger	3	1
Lette begrænsninger	76	30
Moderate begrænsninger	137	53
Svære begrænsninger	39	15
Totale begrænsninger	3	1
I alt	258	100

Anm.: Internt bortfald: 79.

30 pct. af borgerne har lette begrænsninger i deres funktionsevne, mens lidt over halvdelen af borgerne vurderes at have moderate begrænsninger, hvilket er et udtryk for, at borgerne fortsat er den aktive part og har brug for henholdsvis lidt eller moderat hjælp til at udføre de forskellige aktiviteter. 15 pct. af borgerne er angivet til at have svære begrænsninger. Disse borgere vil under forudsætning af omfattende hjælp kunne udføre de pågældende aktiviteter. 1 pct. har totale begrænsninger og vurderes dermed at være ude af stand til at udføre aktiviteterne og har behov for fuldstændig hjælp.

BORGERNES RETNINGSGIVENDE MÅL

På baggrund af helhedsvurderingen opstiller visitator et retningsgivende mål for den samlede kommunale indsats, som borgeren skal modtage. Det retningsgivende mål afspejler en faglig ambition for, hvad der er muligt at nå i relation til borgeren, og angiver, hvad der skal være styrende

for den indsats, borgeren skal modtage (Poulsen, 2004). Til det formål foretager visitatoren et fagligt skøn af borgerens udviklingspotentiale med henblik på at vurdere, hvorvidt borgeren ved en målrettet indsats vil kunne forbedre sin funktionsevne.

Der skelnes mellem fire retningsgivende mål, der angiver, om sigtet med den eller de indsatser, som borgeren visiteres til, skal være at *udrede, udvikle, fastholde* eller *lindre og understøtte*. Som det fremgår af tabel 3.5, har hovedparten af borgerne modtaget et forløb, der har haft et udviklende sigte. Visitator har for 78 pct. af borgernes vedkommende skønnet, at de har et udviklingspotentiale, og at de dermed vil være i stand til at generhverve tabt funktionsevne eller udvikle nye funktioner/kompetencer. I 11 pct. af forløbene har målet været at fastholde borgernes eksisterende funktionsevne, herunder at forhindre eller udsætte yderligere funktionsevnetab, mens 9 pct. af borgerne er blevet visiteret til et forløb med det formål at udrede og afklare borgerens behov og/eller udviklingspotentiale. Hos 2 pct. af borgerne har visitatoren skønnet, at borgerne skulle modtage et forløb med et lindrende eller understøttende sigte med henblik på at bevare borgernes livskvalitet og værdighed til trods for svækkelse og sygdom.

TABEL 3.5

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter retningsgivende mål for forløbet. Antal og procent.

Retningsgivende mål:	I alt, antal	I alt, procent
Udrede	24	9
Udvikle	214	78
Fastholde	30	11
Lindre/understøtte	5	2
I alt	273	100

Anm.: Internt bortfald: 64.

FORLØBSANSVARLIG I BORGERNES REHABILITERINGSFORLØB

Det er visitator, som afgør hvilken forløbsansvarlig fagperson der skal tilknyttes borgerens rehabiliteringsforløb. I projektkommunerne er det sygeplejersker og terapeuter (fysio- og ergoterapeuter), der kan indtage

rollen som forløbsansvarlige.¹⁷ I tabel 3.6 ses fordelingen af forløbsansvarlige på faggruppe, og som det fremgår, har en overvejende del af borgerne haft en terapeut som forløbsansvarlig. Terapeuter har været forløbsansvarlige i 87 pct. af rehabiliteringsforløbene, mens sygeplejerskerne har haft det overordnede ansvar for 13 pct. af forløbene.

TABEL 3.6

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter stillingsbetegnelser for forløbsansvarlige. Antal og procent.

Stillingsbetegnelser:	I alt, antal	I alt, procent
Terapeut	294	87
Sygeplejerske	43	13
I alt	337	100

Den forholdsvis store overvægt af terapeuter er formentlig et udtryk for, at en stor gruppe af borgerne har haft begrænsninger i deres fysiske funktionsevne som primær bevæggrund for deres forløb. Som modellen har været tilrettelagt i de to kommuner, er det i udgangspunktet en terapeut, der skal udpeges som forløbsansvarlig, når borgerens forløb drejer sig om indsatser af fysisk karakter, mens en sygeplejerske er forløbsansvarlig i de tilfælde, hvor borgeren har en demenssygdom, konkurrerende lidelser eller lignende (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Imidlertid kan noget af denne overvægt i terapeuternes favør også tilskrives de udfordringer der har været med at inddrage sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde og få dem til at indgå i rollen som forløbsansvarlig. I forlængelse heraf skal det bemærkes, at disse tal dækker over væsentlige kommunale forskelle. Ud af de 43 rehabiliteringsforløb, som sygeplejerskerne har været forløbsansvarlige for, har de 36 forløb været i Syddjurs Kommune, og blot syv har været i Slagelse Kommune. Sagt med andre ord har sygeplejerskerne været forløbsansvarlige for 22 pct. af forløbene i Syddjurs Kommune og 4 pct. af forløbene i Slagelse Kommune. Dette må alt andet lige betragtes som et resultat af en forskellig implementeringsgrad af rehabiliteringsmodellen i de to kommuner, idet Syddjurs Kommune i højere grad end Slagelse Kommu-

17. I Slagelse Kommune har en hjerneskadekoordinator også været forløbsansvarlig. Hjerneskadekoordinatoren er opgjort sammen med terapeuterne.

ne har formålet at inkludere sygeplejerskerne i rollen som forløbsansvarlig i løbet af projektperioden (dette uddybes nærmere i kapitel 6).

BORGERNES MOTIVATIONSNIVEAU

Et væsentligt element i den rehabiliterende tilgang er, at borgeren er aktivt involveret i sit rehabiliteringsforløb, således at borgeren bevarer og styrker sin funktionsevne og fremmer sin mulighed for at blive selvhjulpent. Borgerens aktive involvering og engagement i rehabiliteringsforløbet afhænger i høj grad af borgerens motivation for og parathed til at indgå i forløbet, og dermed er det også forventeligt, at motivationsniveauet spiller en rolle i forhold til, hvor effektivt borgerens rehabiliteringsforløb bliver. I tabel 3.7 er der en oversigt over de forløbsansvarliges vurdering af, om den enkelte borger i sit forløb har været motiveret for at deltage i og gennemføre forløbet.

TABEL 3.7

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter motivationsniveau. Antal og procent.

Har borgeren været motiveret for at deltage i forløbet?	I alt, antal	I alt, procent
Ja, motiveret	262	87
Nej, ikke motiveret	38	13
I alt	300	100

Anm.: Internt bortfald: 37.

Det ses, at knap 9 ud af 10 borgere fra begyndelsen er blevet betragtet som værende motiverede for at deltage i deres rehabiliteringsforløb. Derimod har de forløbsansvarlige vurderet, at 38 borgere, svarende til 13 pct., ikke har været motiverede for at deltage fra begyndelsen. De primære begrundelser er, at borgeren enten ikke har haft et ønske om at blive selvhjulpent, fordi vedkommende gerne ville fortsætte med den eksisterende hjælp, typisk til rengøring, eller at borgeren ikke har haft troen på at kunne blive selvhjulpent. Endvidere har nogle borgere ved opstarten af deres forløb været smertepåvirkede, følt sig utrygge og usikre eller ikke kunnet se formålet med forløbet, og de har derfor haft svært ved at finde motivationen til at indgå i forløbet. Som et led i rehabiliteringsforløbet skal den forløbsansvarlige have et kontinuerligt fokus på borgerens motivation og kunne arbejde på at fremme motivationen hos borgerne. Ud af de 38 borgere, der ikke var motiverede for at indgå i forløbet fra dets

opstart, er det lykkedes for 17 borgere at fremkalde motivationen undervejs i forløbet.

MÅLSÆTNINGSARBEJDET

Det er borgerens mål, der skal være styrende for rehabiliteringsforløbet. I arbejdet med at afdække og identificere borgerens ønsker og behov, samt hvilke aktivitetsproblematikker borgeren oplever som væsentlige, anvendes COPM. I 86 pct. af rehabiliteringsforløbene har den forløbsansvarlige i samarbejde med borgeren udfyldt en COPM. Borgerne har, jf. kapitel 2, skullet angive aktivitetsproblematikkerne inden for tre hovedområder, henholdsvis egen omsorg, arbejde og fritid.

Som det fremgår af tabel 3.8, har hovedparten af borgerne givet udtryk for at have aktivitetsproblematikker knyttet til personlig omsorg og funktionel mobilitet. 78 pct. af borgerne oplever at have problemer inden for personlig omsorg, og borgerne giver typisk udtryk for, at det drejer sig om at være i stand til at kunne gå i bad på egen hånd og selv klare at tage tøj såvel som støttestrømper af og på.

TABEL 3.8

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter aktivitetsproblematikker, særskilt for hovedområde og kategori. Antal og procent.

Hovedområde:	Kategori:	I alt, antal	I alt, procent
Egen omsorg	Personlig omsorg	227	78
	Funktionel mobilitet	218	75
	Forbruger/samfundsborger	133	46
Arbejde ¹⁸	Lønnet/ulønnet arbejde	34	12
	Husarbejde og omsorg	173	59
	Stille fritidsaktiviteter	114	39
Fritid	Fysisk krævende aktiviteter	94	32
	Sociale aktiviteter	118	41

Anm.: Beregningsgrundlag: 291. Internt bortfald: 46.

75 pct. af borgerne oplever at have vanskeligt ved at udføre daglige aktiviteter, der vedrører deres funktionelle mobilitet på en tilfredsstillende måde. Borgerne har ofte problemer med at udføre basale fysiske aktivite-

18. Under dette område hører også kategorien "Leg/skole/uddannelse". I denne kategori har ingen borgere angivet at have aktivitetsproblematikker.

ter i dagligdagen såsom at kunne gå op og ned ad trapper i hjemmet, eller at være i stand til at gå en tur i lokalområdet.

Den tredje hyppigst nævnte kategori er husarbejde og omsorg. 59 pct. af borgerne oplever at have aktivitetsproblematikker inden for denne kategori, og for de fleste borgeres vedkommende vedrører det problemer som at kunne varetage den daglige rengøring i hjemmet og være i stand til at lave mad. Lidt under halvdelen af borgerne, 46 pct., har problemer inden for kategorien ”forbruger/samfundsborger”, der knytter sig til daglige aktiviteter som at være i stand til at gå med rollator, kunne køre bil eller handle ind samt klare andre praktiske hverdagsaktiviteter på egen hånd.

Endvidere nævner en betydelig gruppe af borgerne også, at de har vanskeligheder ved at udføre fritidsaktiviteter på en tilfredsstillende måde. 41 pct. af borgerne har problemer med at gennemføre sociale aktiviteter, og problemerne knytter sig særligt til to former for aktiviteter. Den første form handler primært om at være i stand til at modtage besøg af familien eller selv at kunne besøge familie, venner eller naboer, hvilket hovedparten af disse borgere angiver at have vanskeligheder ved. Derudover er der også en gruppe af borgere, for hvem problemerne vedrører egentlige gruppebaserede aktiviteter som fx at deltage i kortspil og i aktiviteter i det lokale ældrecenter. 39 pct. af borgerne har problemer med at udføre fritidsaktiviteter af stille karakter såsom at strikke og brodere, se tv, løse kryds og tværs, mens 32 pct. angiver at have vanskeligheder ved at udføre aktiviteter af mere fysisk krævende karakter som at kunne tage på udflugter og rejser på egen hånd såvel som at deltage i forskellige sportsaktiviteter. Blot en mindre del af borgerne, 12 pct., angiver at have problemer inden for kategorien ”Lønnet/ulønnet arbejde”, som primært omhandler et ønske fra borgerne om at kunne udføre frivilligt arbejde.

INDSATSER

Borgerens COPM danner grundlag for de mål, der fastsættes for forløbet, og på den baggrund defineres den eller de indsatser, som borgeren skal modtage i rehabiliteringsforløbet. I tabel 3.9 er der en samlet oversigt over de indsatser, som borgerne har modtaget i deres rehabiliteringsforløb.

Som det fremgår af tabellen, er indsatser rettet mod borgerens fysiske funktionsevne et element i hovedparten af rehabiliteringsforløbene. Dette stemmer godt overens med, at terapeuterne, jf. tabel 3.6, er

blevet udpeget som forløbsansvarlige i langt de fleste rehabiliteringsforløb. 77 pct. af borgerne modtaget en indsats rettet mod fysisk træning. Den fysiske træning omfatter bevidst, målrettet og regelmæssig træning såvel som mere ustrukturerede aktiviteter og spænder fra træning med fx håndvægte og motionsaktiviteter som gåture til trappegang. 54 pct. af borgerne har modtaget en indsats i ADL-træning¹⁹, der dækker over de aktiviteter, der knytter sig til dagligdagens gøremål såsom badning, påklædning og madlavning. Endvidere har 14 pct. modtaget en indsats med faldforebyggelse, hvor fokus er rettet mod balance- og styrketræning.

29 pct. af borgerne har i forbindelse med deres rehabiliteringsforløb modtaget hjælpemidler. 19 pct. har modtaget en ernæringsindsats og 8 pct. en indsats rettet mod kognitive funktionsnedsættelser. Endelig fremgår det, at 4 pct. af borgerne har modtaget en indsats rettet mod ensomhed.

TABEL 3.9

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter typer af indsatser. Antal og procent.

Typer af indsatser:	I alt, antal	I alt, procent
Fysisk træning	259	77
ADL-træning (træning i dagligdagsaktiviteter)	182	54
Hjælpemidler	99	29
Ernæringsindsats	64	19
Faldforebyggende indsats	48	14
Indsats rettet mod kognitiv funktionsnedsættelse	30	9
Medicingennemgang	15	4
Indsats rettet mod ensomhed	15	4
Kontinenspleje	13	4
Indsats af anden karakter	18	5

Anm.: Beregningsgrundlag: 321. Internt bortfald: 16.

I forlængelse heraf belyses det endvidere, hvor mange forskellige indsatser borgerne har modtaget i deres rehabiliteringsforløb. I tabel 3.10 ses, at de fleste borgere har modtaget mellem én og tre indsatser i forbindelse med deres forløb. 33 pct. af borgerne har modtaget én indsats i deres rehabiliteringsforløb, 32 pct. har modtaget to indsatser, mens 18 pct. har modtaget tre indsatser.

19. ADL er en forkortelse for ”almindelig daglig livsførelse”.

TABEL 3.10

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter antallet af indsatser, de har modtaget. Antal og procent.

Antal indsatser:	I alt, antal	I alt, procent
1	106	33
2	104	32
3	59	18
4	33	10
5+	19	6
I alt	321	100

Anm.: Internt bortfald: 16.

Med tabel 3.9 in mente er det ikke overraskende, at det blandt borgerne, der har modtaget én indsats, primært er fysisk træning eller ADL-træning, der har været omdrejningspunktet i rehabiliteringsforløbet. Borgere med to indsatser har i de fleste tilfælde modtaget en kombination af fysisk træning og ADL-træning eller en af disse kombineret med faldforebyggelse, mens der også er en del borgere med fysiske indsatser, der ligeledes har modtaget hjælpemidler eller en ernæringsindsats. Samme billede gør sig gældende for borgere med tre indsatser; dog har en del af disse borgere også modtaget en indsats rettet mod borgernes kognitive funktionsevne. 10 pct. af borgerne har modtaget fire indsatser, mens 6 pct. har modtaget fem eller flere forskellige indsatser i deres rehabiliteringsforløb.

FAGGRUPPER, INVOLVERET I REHABILITERINGSFORLØBET

Tværfagligheden er et væsentligt element i den rehabiliterende tilgang, som skal sikre sammenhæng i borgerens rehabiliteringsforløb i forhold til den eller de indsatser, som borgeren skal modtage. I den afprøvede model udpeger visitator ikke blot den forløbsansvarlige, men sætter hele det tværfaglige team og afgør dermed, hvilke fagligheder der skal inddrages i samarbejdet om borgerens rehabiliteringsforløb. I udgangspunktet vil der som minimum være tilknyttet to fagligheder til borgernes rehabiliteringsforløb i form af den forløbsansvarliges faglighed og den faste SOSU-medarbejder fra hjemmeplejen, der forestår den primære daglige kontakt med borgeren.

TABEL 3.11

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter antallet af faggrupper, der er involveret i rehabiliteringsforløbet. Antal og procent

Faggrupper:	I alt, antal	I alt, procent
2	254	75
3	63	19
4	17	5
5	3	1
I alt	337	100

I tabel 3.11 ses det, at 75 pct. af borgerne har modtaget et rehabiliteringsforløb, hvor det har været tilstrækkeligt at involvere en forløbsansvarlig og en SOSU-medarbejder. I knap hver femte forløb har der været tre fagligheder involveret, mens borgernes helbredstilstand i 6 pct. af tilfældene har krævet et omfattende tværfagligt forløb med 4-5 faggrupper tilknyttet. I disse forløb består det tværfaglige team som oftest af en terapeut, en sygeplejerske, en SOSU-medarbejder, en ernæringsvejleder/diætist samt en demenskoordinator eller bostøtte.

Den afprøvede model for rehabiliteringsforløb lægger endvidere op til, at pårørende og borgerens øvrige netværk kan inddrages i forløbet i det omfang, borgeren ønsker dette (Sundhedsstyrelsen, 2016). Især de pårørende kan indgå som en vigtig støtte i rehabiliteringsforløbet og være med til at fremme borgerens motivation og i særdeleshed hjælpe med at fastholde nye rutiner efter endt rehabiliteringsforløb. Ud over de forskellige fagligheder er der i knap hvert femte rehabiliteringsforløb registreret, at de pårørende er blevet inddraget borgerens forløb.

REHABILITERINGSFORLØBETS VARIGHED

Rehabiliteringsforløbene skal, jf. kapitel 1, være korte og tidsafgrænsede og kunne afsluttes inden for en tidsramme på 12 uger. I tabel 3.12 vises en oversigt over længden af borgernes rehabiliteringsforløb.

Som det fremgår af tabellen, er det blot en mindre del, svarende til 12 pct., af borgerne, der har haft et rehabiliteringsforløb på op til fem uger. 24 pct. har haft et forløb på mellem 6 og 9 uger, mens forløbet for 22 pct. af borgernes vedkommende har været mellem 10 og 12 uger. Som det ses, er der en betydelig del af rehabiliteringsforløbene, der har været mere end de i lovgivningen definerede 12 uger, som et forløb skal gen-

nemføres indenfor. Det gælder for 125 borgere, svarende til 42 pct. af det samlede antal gennemførte rehabiliteringsforløb.

TABEL 3.12

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter forløbslængde. Antal og procent.

Forløbslængde:	Antal	Andel i pct.
Under 2 uger	3	1
2-5 uger	34	11
6-9 uger	71	24
10-12 uger	66	22
Over 12 uger	125	42
I alt	299	100

Anm.: Internt bortfald: 38.

Samlet set er 67 pct. af de rehabiliteringsforløb, der har været mere end 12 uger, afsluttet inden for fire uger. Med andre ord har de dermed været i op til 16 uger. I mange af disse tilfælde hænger det sammen med, at begge kommuner har valgt at forlænge rehabiliteringsforløbene for de borgere, der var tæt på deres målsætning ved den planlagte afslutning med henblik på at nå målopfyldelsen. For en del af de rehabiliteringsforløb, der har været i længere tid, er der registreret en ændring undervejs i forløbet, som kan være med til at forklare, at forløbene strækker sig ud over 12 uger. I de fleste tilfælde, hvor en årsag er angivet, er borgerens situation og almene helbredstilstand blevet forværret undervejs i forløbet, hvilket har forlænget rehabiliteringsforløbet. For nogle af disse borgere har dette resulteret i enten en indlæggelse eller i et midlertidigt ophold/aflastning undervejs i forløbet, hvorefter borgeren er kommet hjem og har genoptaget sit rehabiliteringsforløb.

MÅLOPFYLDELSEN I BORGERNES REHABILITERINGSFORLØB

Når rehabiliteringsforløbet afsluttes, følger den forløbsansvarlige sammen med borgeren op på, hvorvidt borgeren har nået det eller de mål, der har været omdrejningspunktet for forløbet. Det ses i tabel 3.13, at 72 pct. af borgerne har nået deres mål og er blevet selvhjulpne i forhold til den eller de pågældende aktiviteter som borgernes mål har vedrørt. 9 pct. af borgerne har delvist fået indfriet deres mål og er dermed blevet selvhjulpne i forhold til nogle af de opstillede mål, mens andre mål ikke er nået. 18 pct. af borgerne har derimod ikke opnået deres mål med forlø-

bet. I registreringsskemaet har den forløbsansvarlige skullet angive årsager til manglende målopfyldelse, og det fremgår heraf, at de borgere, der ikke har opnået deres mål, som oftest enten har oplevet en tiltagende svækkelse af deres situation og haft yderligere begrænsninger i deres funktionsevne eller manglet motivation og initiativ til at indgå og deltage aktivt i deres forløb. Derudover har målene for enkelte borgere været for ambitiøse, hvorfor målene ikke er blevet indfriet.

TABEL 3.13

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb, fordelt efter målopfyldelse. Antal og procent.

Målopfyldelse:	I alt, antal	I alt, procent
Mål opnået	210	72
Mål delvist opnået	27	9
Mål ikke opnået	53	18
I alt	290	100

Anm.: Internt bortfald: 47.

ANALYSE AF BORGERNES UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE OG ENSOMHED

Efter at have beskrevet borgerne og deres rehabiliteringsforløb ud fra en række forskellige forhold ser vi nærmere på, hvordan borgernes funktionsevne og oplevelse af ensomhed har ændret sig i løbet af rehabiliteringsforløbet. Borgernes funktionsevne og oplevelse af ensomhed undersøges ved hjælp af de test, DEMMI, WHODAS og UCLA, som de forløbsansvarlige foretog med borgerne i udredningsfasen (førmålingen), og som ligeledes er blevet gennemført i forbindelse med afslutningen (eftermålingen) af deres rehabiliteringsforløb. Mens DEMMI, jf. kapitel 2, er et objektive redskab, der måler borgernes fysiske funktionsevne, måler WHODAS borgernes subjektive oplevelse af deres samlede funktionsevne. UCLA måler borgernes ensomhedsoplevelse.

I tabel 3.14 præsenteres borgernes gennemsnitlige værdier for DEMMI, WHODAS og UCLA ved før- og eftermålingen. Som det fremgår af tabellen, kan der noteres en signifikant udvikling for borgerne i forhold til DEMMI og WHODAS fra de startede i deres rehabiliteringsforløb, til de afsluttede forløbet.

TABEL 3.14

Gennemsnitsscorer i DEMMI, WHODAS og UCLA ved før- og eftermålingen for borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb. Gennemsnitsscorer og forskel.

	Førmåling	Eftermåling	Forskel	Beregningsgrundlag
DEMMI	51,7	59,8	8,1**	304
WHODAS	0,32	0,23	-0,09**	300
UCLA	4,19	4,11	-0,08	318

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1. T-test er anvendt til sammenligning af forskelle i gennemsnittene.

I forhold til borgernes fysiske funktionsevne scorede borgerne i gennemsnit 51,7 point på DEMMI-skalaen i førmålingen, mens de ved eftermålingen havde en gennemsnitlig score på 59,8 point. Sagt med andre ord har borgerne i gennemsnit oplevet en signifikant forbedring af deres fysiske funktionsevne med 8,1 point fra rehabiliteringsforløbets opstart til dets afslutning.

Hvad angår borgernes egen oplevelse af deres samlede funktionsevne (fysisk, kognitivt og socialt), scorede borgerne i gennemsnit en værdi på 0,32 på WHODAS-skalaen ved førmålingen og 0,23 ved eftermålingen. Redskabets opbygning er omvendt proportional, og dermed illustrerer denne forskel, at borgerne i gennemsnit har oplevet en signifikant forbedring af deres samlede funktionsevne med 0,09 point, målt på WHODAS-skalaen i løbet af rehabiliteringsforløbet.

Det forholder sig imidlertid anderledes i forhold til borgernes oplevelse af ensomhed, hvor der ikke er sket nogen signifikant udvikling over tid. Ved førmålingen scorede borgerne i gennemsnit en værdi på 4,19 på UCLA-skalaen. Idet skalaen går fra 3 til 9, tyder dette resultat på, at ensomhed i udgangspunktet ikke opleves som et omfattende problem hos de fleste borgere i undersøgelsespopulationen. Det stemmer overens med resultaterne i tabel 3.9, hvor det fremgår, at blot 15 borgere, svarende til 4 pct., har modtaget en indsats rettet mod ensomhed i deres rehabiliteringsforløb. Ved eftermålingen scorede borgerne i gennemsnit 4,11 på skalaen, og denne ændring på 0,08 point er ikke signifikant. At vi ikke ser en signifikant ændring i borgerens ensomhedsoplevelse kan skyldes flere ting. På den ene side kan det hænge sammen med, at antallet af borgere med en indsats rettet mod ensomhed er forholdsvis begrænset, hvorfor antallet af borgere, for hvem en ændring i oplevet ensomhed kan forventes, ikke er tilstrækkeligt stort til at kunne generere nogen signifikante

ændringer. På den anden side kan det også hænge sammen med, at indsatser rettet mod ensomhedsproblematikker typisk består i aktiviteter, som fx spisegrupper eller mandegrupper, der ikke direkte knytter eller relaterer sig til opgavevaretagelsen hos det tværfaglige team omkring borgeren og ofte er af længerevarende karakter, hvorfor der muligvis ikke kan observeres en ændring i borgernes oplevelse af ensomhed fra før- til eftermålingen.

Med udgangspunkt i borgernes før- og eftermålinger i DEMMI og WHODAS ses der i de følgende afsnit nærmere på, hvilke faktorer der hænger sammen med, om borgerne oplever forbedringer i deres funktionsevne i løbet af rehabiliteringsløbet. Med andre ord vil de følgende analyser bidrage til at illustrere, hvilke faktorer der kendetegner de borgerne og deres rehabiliteringsforløb, som har det største udviklingspotentiale, målt ud fra henholdsvis DEMMI og WHODAS. Da borgerne ikke oplever en signifikant ændring i deres oplevelse af ensomhed, analyseres resultaterne fra UCLA-redskabet ikke yderligere.

UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE, MÅLT MED DEMMI

I tabel 3.15 ses en sammenligning af udviklingen i borgernes fysiske funktionsevne mellem de to projektkommuner. Som det fremgår af tabellen, har borgerne i Syddjurs Kommune i gennemsnit opnået en forbedret DEMMI-score på 8,11 point, mens forbedringen i Slagelse Kommune er på 8,05 point.

TABEL 3.15

Gennemsnitlig udvikling i DEMMI-score fra før- til eftermålingen for borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb. Gennemsnitsscorer og forskel.

	Syddjurs	Slagelse	Forskel	Beregningsgrundlag
Udvikling i DEMMI-score	8,11	8,05	0,06	304

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1. T-test er anvendt til sammenligning af forskelle i gennemsnit.

Der er ikke tale om en signifikant forskel i udviklingen mellem de to kommuner, og vi foretager derfor den følgende analyse af borgernes fysiske funktionsevne samlet for begge kommuner.

Som tidligere nævnt i kapitlet, er modellen for rehabiliteringsforløb blevet implementeret i forskellig grad i de to projektkommuner. Dette kommer som tidligere nævnt til udtryk ved, at der er en betydelig vari-

ation i antallet af rehabiliteringsforløb, som sygeplejerskerne har været forløbsansvarlige for kommunerne imellem. Herudover har kommunerne valgt at organisere mødestrukturen og det tværfaglige samarbejde på forskellig vis, og medarbejderne i de to kommuner giver, jf. implementeringen af modellen i kapitel 7, udtryk for forskellige holdninger til de valgte mødestrukturer og hvordan disse har fungeret. På trods af disse implementeringsforskelle kommunerne imellem ses der ingen forskel i, hvordan borgernes fysiske funktionsevne har udviklet sig i løbet af deres rehabiliteringsforløb i henholdsvis Syddjurs og Slagelse Kommuner.

I den følgende analyse ser vi nærmere på, hvilke faktorer der hænger sammen med borgernes fysiske funktionsevneforbedringer. I boks 3.1 ses en oversigt over de forskellige faktorer, der inkluderes i analysen.

BOKS 3.1

Oversigt over faktorer, der inkluderes i analysen af, hvilke faktorer der har betydning for borgernes udvikling i funktionsevne.

Variabelnavn	Indhold
Alder	Borgerens alder
Køn	Borgerens køn (mand er reference)
Funktionsniveau	Borgerens funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets opstart
Forløbslængde	Længden af borgerens rehabiliteringsforløb
Bor alene	Husstandssammensætning (bor alene er reference)
Fysisk indsats	Om borgeren har modtaget en fysisk indsats
ADL-indsats	Om borgeren har modtaget en ADL-indsats
Motivation	Borgerens motivationsniveau
Henvendelse	Hvem henvendelsen om hjælp kommer fra (borger og pårørende er reference)
Antal indsatser	Antal indsatser borgeren har modtaget i rehabiliteringsforløbet
Antal faggrupper	Om der er to eller flere faggrupper involveret i borgerens rehabiliteringsforløb (2 faggrupper er reference)
Retningsgivende mål	Retningsgivende mål for borgerens rehabiliteringsforløb fastsat af visitator (udvikle er reference)

I tabel 3.16 præsenteres tre modeller, der viser, hvilke faktorer der hænger sammen med, om borgerne oplever en forbedring i deres fysiske funktionsevne efter et rehabiliteringsforløb.

TABEL 3.16

Lineære regressionsmodeller, der estimerer sammenhængen mellem specifikke faktorer og borgernes udvikling i fysisk funktionsevne, målt ved DEMMI.

	Model 1	Model 2	Model 3
Alder	-0,244 **	-0,171	-0,134
Køn	1,977	1,473	0,807
Funktionsniveau	0,065	-0,660	-0,879
Forløbslængde		0,007	0,004
Bor alene		-4,662 **	-3,766 *
Fysisk indsats		5,454 **	5,953 **
ADL-indsats		2,695 *	4,661 **
Motivation		6,375 ***	6,006 **
Henvendelse			
<i>Borger og pårørende</i> (ref.)			-
<i>Revisitation</i>			1,456
<i>Sygehus ifm. udskrivelse</i>			1,810
<i>Midlertidigt ophold</i>			1,926
<i>Andre</i>			8,339 *
Antal indsatser			-1,708 *
Antal faggrupper			3,247
Retningsgivende mål			
<i>Udrede</i>			-1,891
<i>Udvikle</i> (ref.)			-
<i>Fastholde</i>			-4,389
<i>Lindre/understøtte</i>			-0,280
Beregningsgrundlag ¹	233	222	203

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1.

1. 304 borgere har gennemført DEMMI ved deres rehabiliteringsforløb opstart og afslutning. Dog indgår der i model 1 blot 233 borgere, hvilket skyldes, at der for en betydelig gruppe af borgere ikke er oplysninger om funktionsniveau i registreringsskemaet. Beregningsgrundlaget falder yderligere i model 2 og 3, hvilket ligeledes hænger sammen med, at der for nogle borgere er delvist manglende eller mangelfulde oplysninger om de i modellerne inkluderede variable. Estimeres modellerne uden funktionsniveauvariablen som dækker over det største bortfald, ændres analysernes resultater sig ikke væsentligt, udover at enkelte allerede signifikante sammenhænge bliver signifikante på et højere signifikansniveau. Derfor præsenteres analyserne med samtlige variable.

I model 1 præsenteres en simpel analyse, der belyser sammenhængen mellem borgernes køn, alder og funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets opstart og deres udvikling i fysisk funktionsevne. Om borgeren er mand eller kvinde har ingen betydning for, i hvilket omfang borgeren oplever en udvikling i sin fysiske funktionsevne i løbet af rehabiliteringsforløbet, og samme billede gør sig gældende i forhold til borgerens funktionsniveau. Med andre ord peger analysen på, at der ingen sammenhæng er mellem borgerens funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets opstart og borgerens fysiske udviklingspotentiale. Til gengæld har alder en signi-

fikant negativ indvirkning på borgernes fysiske udvikling, således at jo ældre borgerne er, des mindre vil borgerne i gennemsnit opleve forbedringer i deres fysiske funktionsevne.

Dette billede ændrer sig imidlertid i model 2, når modellen udvides til også at tage højde for forløbslængde, om borgerne bor alene, om borgerne har modtaget en fysisk indsats, en ADL-indsats, samt hvorvidt borgerne har været motiverede for at deltage i forløbet. Når disse faktorer medtages i modellen, bliver sammenhængen mellem alder og borgernes fysiske udvikling insignifikant. Derimod viser det sig, at borgernes motivationsniveau er af særlig betydning for, i hvilket omfang de vil opleve forbedringer af deres fysiske funktionsevne i løbet af rehabiliteringsforløbet, idet sammenhængen er stærkt signifikant. Borgere, der er motiverede for at indgå og deltage aktivt i deres rehabiliteringsforløb, oplever i gennemsnit større forbedringer af deres funktionsevne end borgere med manglende motivation. Dette resultat peger på vigtigheden af, at der gennem hele rehabiliteringsforløbet arbejdes motiverende med borgerne.

Ikke overraskende har det en positiv betydning for borgernes funktionsevneforbedringer, hvis de har modtaget en indsats i fysisk træning, ligesom træning i de daglige gøremål (ADL) også spiller positivt ind på udviklingen i deres fysiske funktionsevne.

Borgere, der bor alene, oplever derimod i gennemsnit ikke den samme positive forbedring af deres fysiske funktionsevne som borgere, der ikke bor alene. Med andre ord er det af betydning for borgernes udviklingspotentiale, hvorvidt borgerne bor sammen med nogen. At borgere, der bor sammen med nogen, typisk deres ægtefælle/samlever, oplever en større forbedring i deres fysiske funktionsevne, kan formentlig hænge sammen med, at disse borgere i højere grad har en støtte i deres pårørende i forhold til selve forløbet og til at hjælpe med at fastholde de nye rutiner, når kommunens medarbejdere ikke er til stede i borgernes hjem.

Længden på borgernes rehabiliteringsforløb spiller derimod ingen rolle for, i hvilket omfang borgerne oplever forbedringer i deres fysiske funktionsevne.

I model 3 udvides analysen ydermere til også at tage højde for, hvor henvendelsen om hjælp kommer fra, antallet af forskellige indsatser, som borgerne har modtaget, antallet af involverede faggrupper samt det mål visitator angav som værende det retningsgivende for borgernes rehabiliteringsforløb. Der er ingen generel forskel i borgernes udviklingspotentiale, når der ses på, hvor henvendelsen om hjælp kommer fra. Borgere, der starter i et rehabiliteringsforløb på baggrund af en revisitati-

on af den igangværende bevilgede hjælp eller oven på en sygehusindlæggelse, oplever i gennemsnit ingen signifikant forskellig udvikling i deres funktionsevne, sammenlignet med borgere, der selv eller via pårørende henvender sig om hjælp. Derimod oplever borgere, hvis henvendelse kommer fra 'andre', en signifikant større forbedring af deres fysiske funktionsevne end de borgere, der selv henvender sig om hjælp. Denne kategori dækker, som tidligere nævnt, over henvendelser fra blandt andet kommunale forebyggende medarbejdere og borgernes egen læge. Dette kan formentlig tages som et udtryk for, at tidlig opsporing af borgere, der vil have gavn af et rehabiliteringsforløb, har positiv betydning for borgernes fysiske udviklingspotentiale.

Borgere, der modtager mange forskellige indsatser i løbet af deres rehabiliteringsforløb, oplever ikke i samme omfang forbedringer af deres fysiske funktionsevne som borgere med færre indsatser. Dette afspejler formentlig, at de borgere, der modtager mange forskellige indsatser, ofte er meget komplekse og svækkede borgere, der har et omfattende behov for hjælp og dermed har et mindre potentiale for forbedringer i deres funktionsevne, sammenlignet med borgere, der modtager færre indsatser målrettet mere specifikke behov og begrænsninger.

Til gengæld er der ingen sammenhæng mellem antallet af faggrupper involveret i rehabiliteringsforløbet og borgernes udvikling i funktionsevne. Samme billede gør sig gældende i forhold til borgernes retningsgivende mål. Analysen viser, at det retningsgivende mål, som visitator sætter som den faglige ambition for, hvad der er muligt at nå i relation til borgeren, ingen betydning har for borgernes udviklingspotentiale. Med andre ord har borgere, hvis retningsgivende mål var at udvikle sig, ikke et større udviklingspotentiale end borgere, hvis sigte med forløbet var at fastholde, udrede eller lindre og understøtte deres eksisterende funktionsevne.

BORGERNES UDVIKLING, MÅLT MED WHODAS

WHODAS består, jf. kapitel 2, af seks domæner, der tilsammen udgør et samlet mål for borgernes egen oplevelse af deres fysiske, kognitive og sociale funktionsevne. Som det fremgår i tabel 3.17, har borgerne i gennemsnit forbedret deres funktionsevne signifikant, målt særskilt for hvert domæne. Der er dog en forholdsvis stor variation i, hvor meget borgerne oplever at have udviklet sig inden for de enkelte domæner.

TABEL 3.17

Gennemsnitsscorer i WHODAS ved før- og eftermålingen for borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb. Særskilt for domæner. Gennemsnitsscorer og procentvis ændring.

Domæner:	Førmåling	Eftermåling	Procentvis ændring	Beregningsgrundlag
Kognition	0,16	0,12	-25***	300
Mobilitet	0,48	0,35	-29***	299
Egenomsorg	0,34	0,20	-41***	299
Samvær	0,14	0,12	-14**	297
Aktiviteter i dagligdagen	0,57	0,40	-30***	283
Deltagelse i samfundslivet	0,37	0,27	-27***	299

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1. T-test er anvendt til sammenligning af forskelle i gennemsnittene.

I førmålingen, der er gennemført ved rehabiliteringsforløbets opstart, oplever borgerne at have de største funktionsevnebegrænsninger inden for de domæner, der primært vedrører fysisk funktionsevne. I forhold til domænet vedrørende aktiviteter i dagligdagen oplever borgerne i gennemsnit at have nedsat funktionsevne, svarende til en score på 0,57 på WHODAS-skalaen, mens borgerne tilsvarende vurderer at have begrænsninger i deres mobilitet og egenomsorg, hvilket kommer til udtryk i en score på henholdsvis 0,48 og 0,34. Dette billede hænger alt andet lige godt sammen med, at hovedparten af borgerne, jf. tabel 3.9, har modtaget en indsats rettet mod fysisk træning og/eller ADL-træning.

I forhold til kognitiv funktionsevne oplever borgerne i mindre grad at have begrænsninger. Målt ud fra hvor vanskeligt borgerne blandt andet har ved at skulle koncentrere sig i længere tid, at huske at gøre vigtige ting og at indlede en samtale og holde den i gang, er det generelle billede, at borgerne har nedsatte kognitive færdigheder, svarende til en score på 0,16 på WHODAS-skalaen. Hvad angår det sociale aspekt i forhold til borgernes samvær med andre, er det tilsyneladende heller ikke et område, hvor borgerne oplever væsentlige begrænsninger. I relation til domænet, der skildrer borgernes deltagelse i samfundslivet, samt hvilken indflydelse borgernes helbredsproblemer har på borgerne selv og deres familie, viser førmålingen en gennemsnitlig funktionsnedsættelse på 0,37.

I gennemsnit oplever borgerne de største funktionsevneforbedringer inden for domænerne egenomsorg, mobilitet og aktiviteter i dagligdagen. Efter endt rehabiliteringsforløb oplever borgerne dermed i be-

tydeligt mindre omfang at have vanskeligheder ved daglige gøremål som bad og påklædning, ligesom de også oplever væsentlige forbedringer i at kunne udføre de aktiviteter, der knytter sig til deres mobilitet, såsom at kunne gå en længere distance, at kunne komme rundt i eget hjem og ud af hjemmet samt i forhold til de huslige forpligtelser og gøremål, der relaterer sig til aktiviteter i dagligdagen. Derimod har borgerne i gennemsnit oplevet mindre forbedringer inden for domænerne kognition og samvær. Det hænger alt andet lige sammen med, at borgerne i udgangspunktet ikke oplever at have særlige begrænsninger i deres funktionsevne inden for disse områder, hvilket stemmer overens med, at kun et mindre antal af borgerne har modtaget en indsats rettet mod kognitive funktionsnedsættelser.

I analysen af, hvilke faktorer der hænger sammen med, om borgerne selv oplever en forbedring af deres samlede funktionsevne i løbet af deres rehabiliteringsforløb, anvendes borgernes samlede før- og efter-score i WHODAS. Ligesom det var tilfældet med hensyn til borgernes fysiske udvikling, målt med DEMMI, fremgår det i tabel 3.18, at borgerne i gennemsnit har oplevet den samme forbedring i deres samlede funktionsevne i begge kommuner.

TABEL 3.18

Gennemsnitlig udvikling i WHODAS-score fra før- til eftermålingen for borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb. Gennemsnitsscorer og forskel.

	Syddjurs	Slagelse	Forskel	Beregningsgrundlag
Udvikling i WHODAS	-0,10	-0,08	0,02	300

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1. T-test er anvendt til sammenligning af forskelle i gennemsnit.

Forskellen mellem kommunerne på 0,02 point på WHODAS-skalaen er ikke signifikant, hvilket med andre ord betyder, at der ikke kan observeres nogen forskel i borgernes samlede funktionsevneforbedringer på kommunalt niveau. Trods de tidligere omtalte implementerings- og organiseringsforskelle mellem Syddjurs Kommune og Slagelse Kommune har det heller ikke resulteret i, at borgerne i de to kommuner har udviklet sig forskelligt i forhold til deres samlede funktionsevne. I den følgende analyse fortsætter vi derfor med at behandle kommunerne samlet.

Analysen af, hvilke faktorer der hænger sammen med borgernes udvikling i deres samlede funktionsevne, er i tabel 3.19 bygget op på til-

svarende vis som i analysen af borgernes fysiske funktionsevneforbedringer i tabel 3.16.²⁰ Som det fremgår i model 1, er der ingen sammenhæng mellem borgernes funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets opstart og deres samlede funktionsevneudvikling. Derimod spiller både alder og køn en rolle for, i hvilket omfang borgerne oplever at have forbedret deres samlede funktionsevne i løbet af deres rehabiliteringsforløb. I overensstemmelse med resultaterne i tabel 3.16 har alder en signifikant negativ indvirkning på borgernes udvikling i deres samlede funktionsevne. Det betyder, at jo ældre borgerne er, des mindre vurderer borgerne selv at have forbedret deres funktionsevne efter endt rehabiliteringsforløb. Mens køn tilsyneladende ikke har nogen betydning for borgernes fysiske udviklingspotentiale, målt med DEMMI, giver kvinder, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, udtryk for at have oplevet en større forbedring af deres samlede funktionsevne, end mænd giver udtryk for.

Køn og alder har fortsat signifikant betydning for borgernes funktionsevneforbedringer, når analysen i model 2 udvides til at inddrage oplysninger om, hvorvidt borgerne bor alene, hvorvidt borgerne har modtaget henholdsvis en indsats i fysisk træning eller ADL-træning, borgernes motivationsniveau samt rehabiliteringsforløbets længde. Borgernes motivationsniveau spiller ikke blot en vigtig rolle for borgernes fysiske funktionsevneforbedringer, men også for, i hvilket omfang borgerne selv oplever at have udviklet deres samlede funktionsevne i løbet af deres rehabiliteringsforløb.

Derimod har det ingen betydning for borgernes udvikling i deres samlede funktionsevne, om de har modtaget en indsats, rettet mod fysisk træning eller ADL-træning. At der ikke kan genfindes samme signifikante betydning af disse to indsatser, som det er tilfældet i analysen af borgernes fysiske funktionsevneforbedringer, hænger formentlig sammen med, at borgernes samlede funktionsevne ikke blot er et udtryk for den fysiske situation, men netop også omhandler borgernes kognitive og sociale funktionsevne, som disse indsatser ikke i samme omfang er direkte målrettet mod.

Hvorvidt borgerne selv oplever forbedringer af deres samlede funktionsevne, afhænger ikke af, om de bor alene eller sammen med nogen, og ligeledes spiller forløbslængden heller ikke i denne analyse nogen signifikant rolle for borgernes udvikling.

20. Analysen er også foretaget særskilt for de seks domæner i WHODAS og fremgår i bilag 1.

TABEL 3.19

Lineære regressionsmodeller, der estimerer sammenhængen mellem specifikke faktorer og borgernes udvikling i deres samlede funktionsevne, målt ved WHODAS.

	Model 1	Model 2	Model 3
Alder	0,0038 ***	0,0032 **	0,0031 **
Køn	-0,0398 *	-0,0373 *	-0,0235
Funktionsniveau	-0,0021	-0,0018	0,0048
Førløbslængde		0,0000	-0,0000
Bor alene		0,0218	0,0125
Fysisk indsats		0,0026	0,0170
ADL-indsats		-0,0231	-0,0227
Motivation		-0,0575 *	-0,0220
Henvendelse			
<i>Borger og pårørende (ref.)</i>			-
<i>Revisitation</i>			-0,0665
<i>Sygehus ifm. udskrivelse</i>			-0,0702 ***
<i>Midlertidigt ophold</i>			-0,0476
<i>Andre</i>			0,0815
Antal indsatser			0,0073
Antal faggrupper			-0,0169
Retningsgivende mål			
<i>Udrede</i>			0,0528
<i>Udvikle (ref.)</i>			-
<i>Fastholde</i>			0,0393
<i>Lindre/understøtte</i>			0,199 *
Beregningsgrundlag ¹	235	225	205

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1.

1. 300 borgere har gennemført WHODAS ved deres rehabiliteringsforløb opstart og afslutning. Dog indgår der i model 1 blot 235 borgere, hvilket skyldes, at der for en betydelig gruppe af borgere ikke er oplysninger om funktionsniveau i registreringsskemaet. Beregningsgrundlaget falder yderligere i model 2 og 3, hvilket ligeledes hænger sammen med, at der for nogle borgere er delvist manglende eller mangelfulde oplysninger om de i modellerne inkluderede variable. Estimeres modellerne uden funktionsniveauvariablen som dækker over det største bortfald, ændres analysens resultater sig ikke væsentligt, udover at enkelte allerede signifikante sammenhænge bliver signifikante på et højere signifikansniveau. Derfor præsenteres analyserne med samtlige variable.

I model 3 udvides analysen yderligere til at tage højde for, hvor henvendelsen om hjælp kommer fra, borgernes retningsgivende mål samt antallet af indsatser og faggrupper. Hverken antallet af indsatser, eller om der har været to eller flere faggrupper involveret i rehabiliteringsforløbet, har betydning for borgernes udvikling i deres funktionsevne. Til gengæld er der en sammenhæng mellem borgernes forbedringer i deres samlede

funktionsevne og hvor henvendelsen om hjælp kommer fra. Borgere, der starter i et rehabiliteringsforløb oven på en sygehusindlæggelse, oplever i gennemsnit en signifikant større forbedring af deres samlede funktionsevne, sammenlignet med borgere, der enten selv eller via en pårørende henvender sig om hjælp. Som tidligere nævnt er en sygehusindlæggelse ofte et udtryk for, at borgeren har oplevet et pludseligt opstået funktionsevnetab. Resultatet afspejler dermed formentlig, at borgere, der har oplevet et pludseligt opstået funktionsevnetab, oplever at have et større udviklingspotentiale end borgere, hvor funktionsnedsættelsen har været mere langsomt fremadskridende. Derimod er der ingen signifikant forskel i, om borgerne har oplevet en forbedring i deres samlede funktionsevne i forhold til, om borgerne har modtaget et rehabiliteringsforløb i forlængelse af et midlertidigt ophold eller via andre er blevet henvist til forløbet, sammenlignet med de borgere, der selv har henvendt sig om hjælp.

I lighed med analysen af borgernes udvikling i deres fysiske funktionsevne er der heller ingen generel sammenhæng mellem borgerens retningsgivende mål og deres samlede funktionsevneforbedringer. Borgere med et udviklende sigte som det retningsgivende mål oplever ikke en større forbedring af deres samlede funktionsevne end borgere, hvor visitator har skønnet, at målet med rehabiliteringsforløbet er at udrede eller fastholde borgerens funktionsevne. Dog giver borgere, hvis retningsgivende mål er at lindre og understøtte deres eksisterende funktionsevne, udtryk for at have et signifikant mindre potentiale for forbedringer af deres samlede funktionsevne end borgere, hvor visitator har skønnet, at borgeren vil være i stand til at udvikle sin funktionsevne.

BORGERNES EFTERFØLGENDE BEHOV FOR HJÆLP

I forbindelse med afslutningen af borgerens rehabiliteringsforløb afholder den forløbsansvarlige et møde med borgeren og eventuelle pårørende, hvor der følges op på indsatser og mål og drøftes hvad der skal ske efter endt forløb. I tabel. 3.20 præsenteres en oversigt over hvilke behov for hjælp efter servicelovens § 83 som borgerne har haft to uger efter afslutningen af deres rehabiliteringsforløb. Som det fremgår af tabellen modtager 19 pct. af borgerne ingen hjælp efter deres forløb. For de borgere, for hvem vi har oplysninger om deres efterfølgende behov for hjælp, er det dermed ca. hver femte borger, der er helt selvhjulpne efter afslutningen af deres rehabiliteringsforløb. 24 pct. af borgerne modtager efter endt forløb praktisk hjælp, mens 14 pct. modtager personlig pleje.

42 pct. af borgerne modtager efter afslutningen af deres rehabiliteringsforløb både personlig pleje og praktisk hjælp, mens 1 pct. af borgerne modtager en træningsindsats.

TABEL 3.20

Borgere med gennemførte rehabiliteringsforløb fordelt efter om de modtager hjælp efter endt rehabiliteringsforløb. Antal og procent.

Indsatser:	I alt, antal	I alt, procent
Modtager ingen hjælp	50	19
Praktisk hjælp	64	24
Personlig pleje	36	14
Praktisk hjælp og personlig pleje	110	42
Træning	4	1
I alt	264	100

Anm.: Internt bortfald: 73.

Ud af de 264 borgere, som vi har oplysninger på om indsatser efter endt forløb, er det endvidere 52 borgere, der har behov for sygepleje. Borgernes efterfølgende behov for hjælp belyses nærmere i kapitel 5, hvor tidsforbrug anvendt til de indsatser borgerne har modtaget før, under og efter endt rehabiliteringsforløb analyseres.

SAMMENFATNING

Målgruppen for projektet er defineret ud fra en nedre aldersgrænse på 65 år. Gennemsnitsalderen for de borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, er 82 år. Halvdelen er i alderen 76-85 år, og 33 pct. er i alderen 86 år eller derover. Der er en overvægt af kvinder i samtlige alderskategorier, og samlet set udgør kvinderne to tredjedele af vores undersøgelsespopulation. 70 pct. af de borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, bor alene.

41 pct. af rehabiliteringsforløbene er sat i gang i forlængelse af en udskrivelse fra sygehus. 29 pct. er startet i forløb på baggrund af en revisitation af igangværende bevilget hjælp. 17 pct. af forløbene er startet op på opfordring af borgeren selv eller af pårørende, mens 9 pct. er startet i forbindelse med udskrivelse fra et midlertidigt ophold eller træningsophold. De resterende 4 pct. er blevet henvist til et rehabiliteringsforløb via andre, herunder forebyggende medarbejdere og borgerens egen læge.

77 pct. af borgerne har modtaget en indsats rettet mod fysisk træning. 54 pct. har modtaget en indsats i ADL-træning, der dækker over de aktiviteter, der knytter sig til dagligdagens gøremål såsom badning, påklædning og madlavning. Endvidere har 14 pct. modtaget en indsats rettet mod faldforebyggelse. 29 pct. har modtaget hjælpemidler. 19 pct. har modtaget en ernæringsindsats og 8 pct. en indsats rettet mod kognitive funktionsnedsættelser. 4 pct. af borgerne har modtaget indsatser rettet mod ensomhed.

I 87 pct. af rehabiliteringsforløbene har den forløbsansvarlige været en terapeut, mens en sygeplejerske har været forløbsansvarlig i 13 pct. af forløbene. Dette tal dækker over en betydelig kommunal forskel, idet sygeplejerskerne i Syddjurs Kommune har været forløbsansvarlige for 22 pct. af forløbene mod 4 pct. i Slagelse Kommune.

To tredjedele af borgerne har modtaget mere end én indsats i forbindelse med deres rehabiliteringsforløb. 75 pct. af borgerne har modtaget et rehabiliteringsforløb, hvor det har været tilstrækkeligt blot at involvere en forløbsansvarlig og en SOSU-medarbejder. I knap hvert femte forløb har der været tre fagligheder involveret. 6 pct. af tilfældene har krævet et omfattende tværfagligt forløb med 4-5 faggrupper tilknyttet. I disse forløb består det tværfaglige team som oftest af en terapeut, en sygeplejerske, en SOSU-medarbejder, en ernæringsvejleder/diætist samt en demenskoordinator eller bostøtte. I knap hvert femte rehabiliteringsforløb er de pårørende blevet inddraget i rehabiliteringsforløbet.

Langt de fleste er blevet betragtet som værende motiverede fra begyndelsen i forhold til at deltage i deres rehabiliteringsforløb, men 13 pct. er af de forløbsansvarlige vurderet til ikke at være motiverede for at deltage fra begyndelsen, enten fordi borgeren gerne ville fortsætte med den eksisterende hjælp, typisk til rengøring, eller fordi borgeren ikke har haft troen på at kunne blive selvhjulpne. Nogle borgere har endvidere i opstarten af deres forløb været smerteplagede, har følt sig utrygge og usikre, eller har ikke kunnet se formålet med forløbet. For næsten halvdelen af de ikke-motiverede borgere er det lykkedes at fremkalde motivationen undervejs i forløbet.

De borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb, har i gennemsnit oplevet en signifikant forbedring i deres fysiske funktionsevne, målt med DEMMI, og en signifikant forbedring i deres samlede funktionsevne, målt med WHODAS. Der har derimod ikke kunnet påvises en gennemsnitlig forbedring i borgernes oplevelse af ensomhed, målt med UCLA.

I forhold til den fysiske funktionsevne oplever borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb med indsatser rettet mod fysisk træning eller ADL-træning, i gennemsnit en signifikant større forbedring af deres funktionsevne, målt med DEMMI-skalaen, end borgere, der ikke har modtaget disse indsatser. Der er endvidere signifikante positive sammenhænge med, at borgerne ikke bor alene, og at borgerne er motiveret for rehabiliteringsforløbet. Derudover oplever borgere, der starter i et rehabiliteringsforløb efter en henvendelse fra fx en forebyggende medarbejder eller egen læge, i gennemsnit en signifikant større forbedring af deres fysiske funktionsevne end borgere, der enten selv eller via pårørende har henvendt sig om hjælp. Til gengæld er der en signifikant negativ sammenhæng med antallet af forskellige indsatser, som borgerne modtager i rehabiliteringsforløbet, hvilket formodentlig er udtryk for, at borgere med meget omfattende behov har vanskeligere ved at opnå forbedringer i deres fysiske funktionsevne end borgere uden tilsvarende behov for hjælp. Derimod peger analysen på, at borgernes funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets opstart, såvel som borgernes retningsgivende mål og antallet af faggrupper involveret i forløbet ikke har en sammenhæng med borgernes fysiske funktionsevneforbedringer i løbet af rehabiliteringsforløbet.

I relation til borgernes samlede funktionsevne viser analysen, at borgere, der er startet i et rehabiliteringsforløb oven på en sygehusindlæggelse, i gennemsnit oplever en signifikant større forbedring af deres samlede funktionsevne, målt med WHODAS-redskabet, end borgere der selv eller via pårørende henvender sig om hjælp. Endvidere giver borgere, som har modtaget et rehabiliteringsforløb med et lindrende eller understøttende sigte, udtryk for at have signifikant mindre potentiale for funktionsevneforbedringer end borgere, hvor det retningsgivende mål har været at udvikle borgernes funktionsevne. Derudover er der ingen sammenhæng mellem de øvrige faktorer og borgernes egne oplevelser af deres funktionsevne.

Efter rehabiliteringsforløbets afslutning har 81 pct. af borgerne fortsat behov for hjælp efter servicelovens § 83. 24 pct. af borgerne modtager praktisk hjælp, 14 pct. personlig pleje, mens 42 pct. af borgerne modtager både praktisk hjælp og personlig pleje. Omkring hver femte borger har ikke et efterfølgende behov for hjælp efter afslutningen af deres rehabiliteringsforløb.

BORGERNES OPLEVELSE AF REHABILITERINGSFORLØBET

Som led i evalueringen af borgernes udbytte af deres rehabiliteringsforløb er der gennemført 32 kvalitative interview med borgere i rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner. Formålet med interviewene har været at belyse borgernes perspektiver på forløbene. De er blandt andet blevet spurgt om, hvordan de oplever deres rehabiliteringsforløb, deres forventninger til forløbet og til resultatet, deres motivationsfaktorer og eventuelle barrierer for forløbet. I dette kapitel beskrives den viden, som interviewene med borgerne har bidraget med. Indledningsvist beskrives en række temaer, som følger borgernes forløb fra visitation til afslutning. Dernæst belyses blandt andet motivationsfaktorer, herunder hvad der med borgernes ord har virket, samt barrierer og udfordringer for forløbene. Gennemgående har borgerne været meget tilfredse med deres rehabiliteringsforløb. Men som kapitlet viser, er der også eksempler på situationer, som enkelte borgere har oplevet som problematiske eller ubehagelige.

REHABILITERINGSFORLØBETS OPSTART

I dette afsnit præsenteres borgernes oplevelser af visitationsprocessen og opstarten på rehabiliteringsforløbene. Generelt gælder det for mange af

borgerne, at de oplever uklarhed omkring opstarten af rehabiliteringsforløbet, både hvis de er nyvisiterede og dermed ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp, og hvis de som revisiterede er gået fra at modtage hjemmehjælp til nu at modtage rehabilitering. Borgerne oplever det som uklart, hvornår rehabiliteringsforløbet egentlig er startet, men også i forhold til rehabiliteringsforløbets forventede indhold og varighed. Noget af dette skyldes, at borgerne mange gange befinder sig i, hvad der kan betragtes som en mindre krisesituation: De skal nu have hjælp, fordi de har oplevet en akut forringelse af deres funktionsevne, eller fordi de er nyudskrevne fra et sygehus. Som det beskrives herunder, fortæller en del af borgerne derfor om forvirring og udfordringer med at forholde sig til alt det nye og al den information, som de modtager i starten af forløbet.

VISITATION

En del af de interviewede borgere er blevet visiteret til rehabiliteringsforløb efter indlæggelse på sygehus, og enkelte borgere er visiteret til rehabiliteringsforløb i forbindelse med afslutning af et ophold på et genoptræningscenter. Med en enkelt undtagelse beskriver de borgere, der er visiteret til rehabiliteringsforløb i forbindelse med udskrivelse fra sygehus, at hjælpen har stået klar, når de kom hjem. Den enkelte undtagelse, hvor hjælpen ikke var etableret ved udskrivelse, skyldtes ikke kommunens visitation, der havde forsøgt at besøge borgeren inden udskrivelse, men derimod at borgeren blev flyttet fra ét sygehus til et andet, hvorefter også udskrivelsesdatoen blev rykket. Det kendetegner en del af de interviewede borgere i begge projektkommuner, at de udtrykker usikkerhed i forhold til, hvordan og hvornår de blev visiteret til rehabiliteringsforløbet. Disse udfordringer gennemgås nærmere senere i kapitlet.

VURDERING AF BEHOVET FOR HJÆLP

I begge projektkommuner beskriver nogle af de interviewede borgere, at den forløbsansvarlige vurderer borgerens konkrete funktionsevnebegrænsninger og behov for hjælp ved især de første besøg i hjemmet. En del af de interviewede borgere har direkte adspurgt ikke kunnet genkalde sig visitationen eller indledningen af deres forløb. Ligeledes har en stor del af borgerne givet udtryk for, at de indledende vurderinger er foregået helt uproblematisk. Flere kommer fx med eksempler på, hvordan visitator besøgte dem under indlæggelser og sørgede for, at den nødvendige hjælp var etableret på udskrivelsestidspunktet. Efterfølgende har de for-

løbsansvarlige ved besøgene i hjemmet vurderet borgerens funktionsevne, hvilket borgerne ikke har haft nogen kommentarer til under interviewene. Det virker således generelt ikke, som om disse processer har frembudt den store opmærksomhed hos de interviewede borgere. Kun to borgere erindrer vurderingen af deres funktionsevne som ubehagelig. Dette viser, hvor følsom en situation denne behovs- og ressourcevurdering er, og hvor vigtigt det er, at medarbejderne tydeligt kommunikerer formålet med vurderingen.

Den første af disse borgere, en 83-årig kvinde fra Syddjurs Kommune, blev visiteret til et rehabiliteringsforløb i forbindelse med, at hun for første gang søgte om praktisk hjælp til rengøring. Hendes rehabiliteringsforløb indeholdt ifølge hende selv primært træning i at forbedre gangfunktionen og med det overordnede mål, at hun selv kunne gå hen til det lokale supermarked. Ved det første interview var hun meget opgivende i forhold til sin fysiske formåen, og hun blev berørt, da hun fortalte om starten på rehabiliteringsforløbet, hvor den forløbsansvarlige var kommet for at udrede hendes behov for hjælp:

Nå, men så mens hun var her, så siger hun: ”Jamen, så skal vi i gang med støvsugeren”. Så sagde jeg: ”Ved du hvad, det nægter jeg, for jeg kan simpelthen ikke”. Så sagde hun: ”Jeg SKAL afprøve det med dig”. Så sagde jeg: ”I er godt nok hårde ved vi ældre mennesker!”. Det er jo ikke nemt med en støvsuger, og så har jeg to slanger at skulle slås med²¹(...) Helt ærligt, jeg var lige ved at banke i bordet, men jeg tog mig selv i det. Men da hun var gået, da græd jeg [borgeren begynder at græde].

Interviewer: Hvad var det, der gjorde dig så ked af det? Og nu også?

Borger: Fordi hun sagde det der, at ”jeg SKAL afprøve det med dig”. Og det kunne jeg ikke, jeg vidste det godt.

Interviewer: Behøvede du så at vise, hvordan du støvsugede?

Borger: Jeg ville simpelthen ikke, for jeg vidste, at det kunne jeg ikke. Så sagde hun: ”Så må jeg jo gå over med den melding”, og så sagde jeg, at ”Det må du jo gøre så”. Det var ligesom om, at

21. Borgeren har for nylig fået iltapparat.

hun blev irriteret, da hun sagde ”Jeg SKAL afprøve det”. (Kvinde, 83 år, Syddjurs Kommune)

Borgeren fortalte, at hun følte sig umyndiggjort og ydmyget ved at skulle demonstrere, hvordan hun gjorde rent, når hun ikke selv mente, at hun kunne. Og indtrykket af, at den forløbsansvarlige blev irriteret på hende, blev ligeledes beskrevet som ubehageligt af borgeren. Ved det opfølgende interview efter rehabiliteringsforløbets afslutning var borgeren dog mere positiv. Dels havde hun haft et rigtig godt udbytte af rehabiliteringsforløbet (se beskrivelse senere i kapitlet), dels var det lykkedes hende at insistere på, at hun ikke kunne støvsuge, hvilket nu blev respekteret af den forløbsansvarlige.

Den anden borger, der ikke brød sig om at skulle vise den forløbsansvarlige, hvordan hun gjorde rent, er en 77-årig kvinde fra samme kommune. Kvinden modtog, forud for rehabiliteringsforløbet, praktisk hjælp til rengøring, men skulle som led i den indledende udredning i rehabiliteringsforløbet demonstrere, hvordan hun gjorde, når hun selv prøvede at gøre rent:

Interviewer: Når hjemmeplejen kommer og gør rent, gør I det så sammen?

Borger: Nej, det har vi ikke gjort, men det skal vi prøve med den dame, der var her, en fysioterapeut, som var her i går, og hun har været her en gang før. Altså, hun skulle se, hvordan det ... Det er for, om jeg kan få varig hjemmehjælp, og hun skulle se, hvordan det så ud, når jeg støvsugede, og når jeg prøvede at vaske gulv selv og gøre ved. Og tænk, det synes jeg... nu siger jeg det til dig, men jeg har også sagt det til hende selv, men jeg synes, at det er en parodi. Det synes jeg. Altså, jeg kan godt finde ud af at gøre rent. Jeg sagde til hende: ”Jeg synes, I skulle tage at lære jeres hjemmehjælpere at gøre rent!” [griner]. Ved du hvad, jeg har været sygehjælper i 40 år, og jeg har været husassistent før den tid, jeg har været i huset i fem år. Altså, så bliver man altså lidt hidsig, kan du ikke godt forstå det? Jeg synes, at det er en parodi, det synes jeg. Altså, jeg bliver jo hverken ringere eller bedre. (Kvinde, 77 år, Syddjurs Kommune)

Ligesom borgeren i det første citat kan denne borger ikke se formålet med afprøvningen og giver tydeligt udtryk for dette. Begge borgere for-

tæller, at de føler sig mødt med mistillid og manglende respekt, når de nu selv oplever ikke at kunne udføre den givne aktivitet. Ud fra borgernes fortællinger lader det til, at de ikke har fået tilstrækkelig information om formålet med afprøvningen: at vurderingen indgår i den nødvendige udredning af deres behov for hjælp, eller eventuelt at formålet med afprøvningen ikke er at se, hvor meget eller lidt de selv kan, men nærmere at vurdere, hvorvidt de kan hjælpes til at udføre aktiviteten på en anden og mere hensigtsmæssig måde, eventuelt ved hjælp af hjælpemidler. Tidligere undersøgelser af rehabilitering i hjemmeplejen har påpeget samme problematik: at nogle borgere oplever ubehag ved at føle sig vurderet og observeret, eksempelvis hvis de skal vise medarbejderne, hvordan de støvsuger. Disse borgere oplever det som manglende tillid til deres egen opfattelse af, om de er i stand til at gøre rent (se fx Petersen & Kjellberg, 2016; Rostgaard & Graff, 2016; Hansen m.fl., 2015; Tonnesen, Sørensen & Nygaard, 2012; Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011). I de tilfælde, hvor det er nødvendigt at observere en borger udføre en opgave som led i udredningen af borgerens behov for hjælp, bør medarbejderne derfor være opmærksomme på dels at tilvejebringe den nødvendige dialog om formålet med afprøvningen, dels at optræde på en måde, så borgeren ikke føler sig uværdigt behandlet (Hansen m.fl., 2015).

INDHOLD OG AKTIVITETER I REHABILITERINGSFORLØBET

I interviewene er borgerne blevet spurgt til indholdet af deres rehabiliteringsforløb, herunder hvilke medarbejdere der gør hvad, varighed af forløbet samt hjælpemidler og eventuel sideløbende genoptræning.

Under rehabiliteringsforløbet modtager borgerne hjælp til eksempelvis rengøring eller personlig pleje. Derudover får de, i større eller mindre omfang, med jævne mellemrum besøg af en forløbsansvarlig terapeut eller sygeplejerske, der blandt andet er tovholder og ansvarlig for at koordinere rehabiliteringsforløbet, hjælpe borgeren med at fastsætte mål for forløbet samt fx at træne med borgeren i hjemmet mv. Det fremgår af interviewene, at en del af borgerne opfatter det, som de gør sammen med den forløbsansvarlige, som selve rehabiliteringsindsatsen. Det virker således, som om nogle af borgerne skelner mellem det rehabiliterende arbejde med den forløbsansvarlige og så de aktiviteter, der foregår ved de daglige besøg af SOSU-medarbejderne, eksempelvis praktisk

hjælp til rengøring eller personlig pleje, der dog, som det beskrives herunder, også foregår på en måde, så borgeren opfordres til at deltage så meget som muligt i opgaveløsningen.

FORLØBSANSVARLIG

I begge kommuner får borgerne jævnligt besøg af den forløbsansvarlige, hvor fokus, ud over at tale om selve forløbet, og herunder deres mål og fremskridt, ofte er på forskellige former for træning, fx gåture, genoptræning af en brækket fod, træning i personlig pleje og forskellige fysiske træningsøvelser. En del borgere i Syddjurs Kommune fortæller, at faste gåture med især de forløbsansvarlige indgår som en del af rehabiliteringsforløbet med henblik på at optræne deres fysiske funktionsevne, og blandt borgerne er der, med en enkelt undtagelse, udtalt begejstring for denne del af rehabiliteringsforløbet. Den ene undtagelse er en borger, der var tilfreds med muligheden for gåturene, men hvor tidspunktet for turen ofte ikke passede hende.

En 62-årig kvinde²², der blev visiteret til et rehabiliteringsforløb efter en skulderoperation, fik således tilbudt daglige gåture sammen med den forløbsansvarlige:

Og så faktisk lige i går var [den forløbsansvarlige] her – hun kommer en gang om ugen for at høre. Og hun spurgte, om jeg ikke ville med ud og gå en tur i går, og det ville jeg rigtig gerne, for jeg har jo ikke rigtig kunnet komme omkring. Så sagde hun, om det var noget, jeg ville have – at vi kunne gå en tur hver eneste dag, sådan omkring en 20 minutters tid, og det vil jeg rigtig gerne, så det gør vi. Det er jo helt vildt, ja, jeg er simpelthen så godt hjulpet. (kvinde, 62 år, Syddjurs Kommune)

På den forløbsansvarliges foranledning overgik denne opgave efter kort tid til SOSU-medarbejdere, hvilket et par andre borgere ligeledes beretter om, her en 67-årig kvinde fra samme kommune:

Interviewer: Gåturene, var det sammen med hjemmehjælperne eller terapeuten?

22. Målgruppen for rehabiliteringsforløb i projektet er borgere i alderen 65 år eller derover. Dog er der, jf. kapitel 2, gennemført interview med en enkelt borger under 65 år.

Borger: Det var sammen med hjemmehjælperne. Terapeuten har været med én gang med rollatoren og én gang med krykker. Men det med krykker var ikke det allerbedste.

Interviewer: Var det så terapeuten, der fik hjemmehjælperne til at gå med dig?

Borger: Ja, det var hende, der ordinerede det. Det var sådan.

Interviewer: Var det en dag, hun var her sammen med hjemmehjælperne?

Borger: Ja, det var så. Der var en hjemmehjælper, og terapeuten var med samtidig, så hun kunne se, hvad jeg foretog mig. Og så var det så små ture i starten, og så blev det sat op hen ad vejen. (Kvinde, 67 år, Syddjurs Kommune)

I forbindelse med rehabiliteringsforløbet er målsætningsarbejdet en del af de forløbsansvarliges opgaver. En 79-årig mand fra Slagelse Kommune fortæller eksempelvis følgende:

Jo, der kom en fysioterapeut og spurgte, hvad jeg ville opnå. ”Jamen at kunne gå lidt rundt, kunne lære at tage trapperne og kunne komme ud i bad og sådan noget”. Og det trænede vi på, og jeg kom da også ud i bad en gang om ugen. (Mand, 79 år, Slagelse Kommune)

I en anden undersøgelse af rehabilitering i hjemmeplejen beskriver de interviewede SOSU-medarbejdere, at det kan tage tid for borgeren at identificere og sætte ord på sine mål og ønsker, og at det i høj grad er noget, der foregår løbende i det daglige arbejde i borgerens hjem. Denne undersøgelse peger således på, at der kan være potentiale i også at lade SOSU-medarbejderne være involverede i justeringen af borgerens delmål, så de matcher borgerens ressourcer og motivation (Rostgaard & Graff, 2016). Når en stor del af de interviewede borgere i nærværende evaluering fortæller, at det at tale om deres mål overvejende sker, når den forløbsansvarlige er på besøg, kan det således pege på nogle uforløste potentialer i de to projektkommuner. At SOSU-medarbejderne også har fokus på at tale med borgerne om deres mål for rehabiliteringsforløbet i det daglige arbejde, kan således være hensigtsmæssigt for at understøtte,

at det er borgerens mål og ønsker, der er omdrejningspunktet for indsatsen.

SOSU-MEDARBEJDERE

Borgerne fortæller, at SOSU-medarbejderne står for den personlige og praktiske hjælp, der som nævnt ofte beskrives som noget, der foregår sideløbende med rehabiliteringsforløbet. Men det fremgår også af langt de fleste af fortællingerne, at den personlige pleje og praktiske hjælp sker med et rehabiliterende sigte, sådan at borgerne støttes til at udføre så meget som muligt selv. SOSU-medarbejderne opfordrer og støtter borgerne til selv at udføre så meget af en given aktivitet som muligt, og de fortæller borgerne om den fremgang, de ser, hvilket kan være et godt redskab til at motivere borgerne yderligere. En kvinde fra Slagelse Kommune fortæller:

Jeg er med til så meget som overhovedet muligt, men i det store hele, så hjælper de mig, når jeg skal på toilettet med at køre mig ud på toilettet, og så stiller jeg mig op. Jeg har sådan nogle ”grabs” [håndtag], og så trækker de bukserne ned på mig, og så sætter jeg mig selv på toilettet. Og når jeg er i bad og sådan nogle ting, så hjælper de mig også lige med at tørre mig på ryggen. Ellers i det store hele så laver jeg så meget som muligt selv.

Interviewer: Er du begyndt at gøre mere selv, end da du startede?

Borger: Ja, det synes jeg. For hvad var det hun sagde, hende der var her nu her? [SOSU-medarbejderen]. Så sagde hun: ”Nu kan du jo meget mere”. Det var én i formiddags, der hjalp mig i bad. Det har været én, jeg har set hele tiden, og hun kan jo også selv holde øje med, hvor meget fremskridt der er kommet i løbet af den tid. (Kvinde, 67 år, Slagelse Kommune)

Mange borgere i begge projektkommuner fortæller ligeledes, hvordan hjælpen udføres på en måde, så de støttes til at opnå selvhjulpenhed i udførelsen af opgaverne. Og borgerne har ikke noget imod, at medarbejderne opfordrer dem til så vidt muligt selv at udføre aktiviteterne. Som en 65-årig kvinde fra Slagelse Kommune siger: ”Selvfølgelig har de skubbet på, men jeg vil faktisk også selv”. Dette sekunderes blandt andet af en 70-årig kvinde fra Syddjurs Kommune, der blev visiteret til et rehabili-

teringsforløb, efter at hun havde brækket benet. Hun fortæller, at SOSU-medarbejderne kontinuerligt opfordrede hende til at bruge kroppen og til at gøre flere og flere ting selv i takt med, at hun fik det bedre.

En enkelt undtagelse er en 87-årig mand i Slagelse Kommune. Han har fået hjemmehjælp i form af praktisk hjælp til blandt andet rengøring samt personlig pleje, herunder til tilberedning af måltider, igennem fire-fem år. Han får således en del hjælp, ofte fire besøg dagligt, men det virker ud fra hans beretning ikke, som om hjælpen altid er lige nødvendig. Eksempelvis kan han sagtens selv smøre sin frokost, men ofte gør hjemmeplejen det:

Interviewer: Så hjemmeplejen er her eksempelvis til middagstid. Hvad gør hjemmehjælperne så?

Borger: Så spørger de jo, om jeg har fået noget at spise, og ellers smører de et par stykker, hvis jeg ikke selv har gjort det. Det er lidt forskelligt.

Han fortæller ligeledes, at han selv sørger for sine aftensmåltider, og at medarbejderne er flinke til at hjælpe ham med de daglige opgaver:

De kommer og spørger, om der er noget, de skal hjælpe mig med, og så siger jeg, at ”du må gerne sådan og sådan: ordne køkken og redde seng dér om morgenen”. Og ellers så finder jeg sgu’ selv ud af det. (Mand, 87 år, Slagelse Kommune)

Hvorvidt han selv udfører de daglige opgaver, herunder tilberedning af måltider og oprydning, afhænger således af medarbejdernes tilgang under besøgene. Gør de tingene for ham, behøver han ikke at gøre det selv. Og gør de det ikke, ”så finder han sgu’ selv ud af det”. Det er ikke muligt ud fra interviewene at sige, hvorvidt de beskrevne forskelle i, hvilken hjælp han modtager en given dag, måske betinges af, at han de dage, hvor medarbejderne tilbyder at udføre opgaver for ham, som han umiddelbart godt selv kan klare, fremstår dårligere og dermed med et større behov for hjælp end de andre dage.

Den fysiske træning i hjemmet foregår ikke kun sammen med de forløbsansvarlige. Også SOSU-medarbejderne har fokus på borgernes fysiske funktionsevne og træningen af denne. Således fortæller flere borgere i begge projektkommuner, at de også laver forskellige fysiske træ-

ningsøvelser med SOSU-medarbejderne. Adspurgt om der er forskel på den forløbsansvarliges og SOSU-medarbejdernes tilgang til træningen, svarer en 79-årig mand:

Nej, de laver sådan set næsten det samme. Der er en hjemme-hjælper, så går hun hen og hejser sengehesten op, og så går jeg hen og skal tage 10 knæbøjninger med hvert ben. Det er sgu' lige så god træning som det, terapeuten [den forløbsansvarlige] kommer med. (Mand, 79 år, Slagelse Kommune)

Andre borgere i begge kommuner fortæller lignende historier, eksempelvis hvordan SOSU-medarbejderne opfordrer dem eller støtter dem til at udføre forskellige fysiske øvelser i forbindelse med, at de får hjælp til især personlig pleje. En kvinde fra Slagelse Kommune forklarede eksempelvis, at den forløbsansvarlige først viste hende, hvordan hun kunne træne hjemme ved hjælp af nogle bestemte håndtag. Efterfølgende har hun med støtte fra SOSU-medarbejderne fortsat øvelserne.

HJÆLPEMIDLER

Det fremgår af interviewene, at begge projektkommuner har stort fokus på hjælpemidler, herunder på en hurtig tildeling og oplæring i brugen. Det ses her, såvel som i andre undersøgelser, at samarbejdet mellem SOSU-medarbejderne og terapeuterne har medvirket til, at hjælpemidlerne er blevet en væsentlig bestanddel i rehabiliteringsforløbene (se fx Rostgaard & Graff, 2016). SOSU-medarbejderne har dermed fået nye redskaber i værktøjskassen, som de kan benytte i rehabiliteringsforløbet. Hjælpemidler er blevet en vigtig, og i nogle tilfælde afgørende, del af rehabiliteringsforløbet for borgerne, både som tryghedsskabende faktorer, eksempelvis i badsituationer eller nødkald, og ikke mindst som redskaber til at gøre borgerne mere eller helt selvhjulpne. Stort set alle de interviewede i begge projektkommuner er tildelt hjælpemidler som led i deres rehabiliteringsforløb, og der er stor tilfredshed med både hjælpemidlerne, oplæringen i brugen af dem og tildelingsprocessen, hvor flere borgere giver udtryk for overraskelse over, hvor hurtigt hjælpemidlerne er ankommet.

Nogle af de typiske hjælpemidler, som borgerne fortæller, at de har modtaget, er rollatorer, badestole og nødkald, og hjælpemidlerne er i nogle tilfælde en afgørende faktor for at gøre borgerne selvhjulpne. En 77-årig kvinde i Syddjurs Kommune blev stort set selvhjulpne ved hjælp af den rollator, som hun fik som led i rehabiliteringsforløbet, og hendes

forløb kunne afsluttes førend forventet, fordi hun med den forløbsansvarliges hjælp hurtigt fik trænet sig op i at gå med den. Andre borgere fortæller, at en simpel badebænk eller et håndtag i badeværelset har gjort, at de er blevet selvhjulpne i badesituationen, eksempelvis en 83-årig kvinde fra Syddjurs Kommune:

Og så har jeg fået en badebænk, for hun [den forløbsansvarlige] snakkede nemlig om, at måske jeg skulle have én til at være her, når jeg gik i bad, sådan for trygheds skyld. Men en dag, der sagde jeg til mig selv: ”Nu gør du det altså”, og så gjorde jeg det. Og det fortalte jeg så til hende, der skal hjælpe mig dér. Så sagde hun: ”Du er jo allerede i gang”. For man vil jo helst selv det, man kan, sådan er det. Til hverdag kan man jo godt etagevaske, det kan man jo sagtens gøre. Men jeg har jo bænken, og så kan jeg bare sætte mig ned, så kan jeg godt klare det. Det tager sin tid, men det er der ikke noget at gøre ved. (Kvinde, 83 år, Syddjurs Kommune)

En 67-årig kvinde, der i en periode måtte bruge kørestol, fik suppleret badebænken med en rampe til badeværelset, hvilket var medvirkende til at gøre hende selvhjulpne:

Men jeg har sådan set ikke haft den store brug for hjemmehjælpen den sidste måned eller to måske. Det er nok omkring juni måned, at vi holdt op med det. For da jeg først havde fået den der nedkørsel til badeværelset, kunne jeg selv komme ind og klare mange ting. Og når så hjemmehjælpen kom om morgenen, var jeg altid oppe og i tøjet, inden hun kom inden for døren. Så jeg har ikke den store brug for det mere. (Kvinde, 67 år, Slagelse Kommune)

AFSLUTNING PÅ FORLØBET

Hen imod afslutningen af borgernes rehabiliteringsforløb har en del af borgerne, i overensstemmelse med de officielle anbefalinger og den afprøvede model i projektet, haft en samtale med den forløbsansvarlige om afslutningen af deres rehabiliteringsforløb og hvad der skal ske efter endt rehabiliteringsforløb, og de fleste har oplevet afslutningen af deres rehabiliteringsforløb som fuldstændig uproblematisk. En borger fra Syddjurs

Kommune fortalte eksempelvis, at hun følte sig fuldt ud inddraget i beslutningen om at stoppe rehabiliteringsforløbet. Den forløbsansvarlige besøgte hende en sidste gang, hvor de gik en tur og talte om "hvordan og hvorledes" fremover. En kvinde i Slagelse valgte derimod selv at stoppe sit rehabiliteringsforløb, da hun følte, at hun nu var blevet så selvhjælpen, som hun kunne med hjælpen fra hjemmeplejen:

Jeg sagde til hjemmehjælpen en dag: "Nu tror jeg, vi skal stoppe, for nu synes jeg godt, jeg kan klare det selv". (Kvinde, 67 år, Slagelse Kommune)

Kun en enkelt af de interviewede borgere udtrykte utilfredshed med, at hans rehabiliteringsforløb og dermed hjælp fra hjemmeplejen ophørte. Borgeren, en 75-årig mand, havde fået hjælp til personlig pleje igennem knap et år efter en operation. På tidspunktet for det første interview er hans hjælp om aftenen lige ophørt, og han modtager kun hjælp om morgenen. Denne hjælp består af, at de hjælper ham med hans sko, som han ikke selv kan bukke sig ned og snøre. Derudover smører de hans ben, hvor han har noget eksem. Han er meget glad for den hjælp, han får om morgenen, og ønsker ikke, at den skal stoppe. Men ved det opfølgende interview efter afslutningen af borgerens rehabiliteringsforløb er mornghjælpen taget fra ham. Adspurgt om han får nogen indsatser fra hjemmeplejen, fortæller han:

Nej, det har de jo skåret væk. Det var jo blandt andet også ... det er jeg meget utilfreds med, at de har skåret det væk, og det gjorde de lige sådan på en studs. Og det har jeg så klaget over, men der er jo ikke noget med, at man så venter, til klagen bliver behandlet, nej, man skærer det bare væk, og så tager det tre uger, tror jeg, før de så har ikke-accepteret min klage. De mener bestemt ikke, jeg skal have hjemmehjælp. For det første, det kan godt være, de ville stoppe på et tidspunkt, men lige pludselig så kom hun [social- og sundhedsmedarbejder] og sagde: "Jeg har en dårlig meddelelse, vi kommer ikke fra i morgen af". Og så ringede jeg jo over... nej, jeg ringede ikke, jeg sagde det bare til hjemmehjælperen, at jeg synes, det var en underlig måde, man gjorde det på, lige fra den ene dag til den anden. Og så ringede min visitator. Men der tog jeg ikke telefonen, og så har hun bare indtalt på min telefonsvarer, at det var, som det var. (Mand, 75 år, Syddjurs Kommune)

Borgeren var så utilfreds med, at han ikke længere modtog den hjælp om morgenen, som han fandt nødvendig, at han endte med at klage over kommunens behandling af hans sag. Hans syn på, hvor selvhjulpen han var, var således ikke i overensstemmelse med kommunens vurdering af samme. Men det, som han talte mest om i den forbindelse, var egentlig den måde, hvorpå hjælpen ophørte: uden nogen form for varsel og uden dialog med eksempelvis visitator eller forløbsansvarlig. Borgerens oplevelse af afslutningen af rehabiliteringsforløbet er således ikke i overensstemmelse med den tiltænkte procedure, hvor den forløbsansvarlige i samarbejde med borgeren skal følge op på forløbet, herunder på, om borgeren har nået sine mål. Som beskrevet senere i kapitlet er netop rettidig og fyldestgørende kommunikation med borgerne af stor betydning, hvilket også denne borgers fortælling illustrerer, og en del af borgerens utilfredshed kunne formentlig være afhjulpet, hvis han havde været behørigt orienteret og inddraget i beslutningen om hjælpens ophør. Denne borgers fortælling er den eneste af sin slags, og ingen af de øvrige interviewede borgere har oplevet afslutningen af deres respektive rehabiliteringsforløb som problematisk.

Af de interviewede borgere er fire, to i hver projektkommune, afsluttet uden yderligere hjælp fra hjemmeplejen, altså som fuldt selvhjulpne. To andre borgere er tilbudt endnu et rehabiliteringsforløb, mens de resterende borgere fortsætter med at modtage praktisk hjælp og/eller personlig pleje efter endt rehabiliteringsforløb. De fleste af de sidstnævnte fortæller dog, at de modtager mindre hjælp efter forløbet, fordi deres funktionsevne er blevet forbedret, siden de blev visiteret til rehabiliteringsforløbet.

MOTIVATIONSFAKTORER

Borgernes motivation er en afgørende faktor for succesfulde rehabiliteringsforløb (se fx Kjellberg m.fl., 2013; Hansen m.fl., 2015; Rostgaard & Graff, 2016; Petersen & Kjellberg, 2016; Navne & Kjellberg, 2013). I dette afsnit belyses derfor en række af de motivationsfaktorer, som er kommet frem i interviewene.

MÅL

En af de vigtigste måder at fremme borgerens motivation i rehabiliteringsforløbet på er at inddrage borgeren i målene for indsatsen, således at det er borgerens mål og ønsker, der er styrende for forløbet (Sundhedsstyrelsen, 2016; Center for Kliniske Retningslinjer, 2013). I begge projektkommuner giver de interviewede borgere udtryk for en lang række forskellige mål for rehabiliteringsforløbene, og de har, som beskrevet tidligere i kapitlet, alle drøftet deres mål med visitatorer og ikke mindst de forløbsansvarlige. Adspurgt om sit mål med rehabiliteringsforløbet fortæller en kvinde eksempelvis:

Ja, at jeg skulle kunne komme op og gå. Jeg gik før med to stokke, og det ville jeg gerne skulle fortsætte med, når jeg nu er færdig med det her. Og det står også i papirerne som mål. Næ, altså, jeg har det mål, at jeg vil gerne klare mig selv, som jeg har kunnet hele tiden. (Kvinde, 67 år, Slagelse Kommune)

En 79-årig mand i samme kommune fortæller om nogle af de mere detaljerede delmål, som han har sat for sit forløb – blandt andet at kunne komme til at gå op og ned ad trapper igen, så han kan komme ud af sin lejlighed og selv gå til købmanden:

Det, jeg skulle træne og gøre, det er jo at komme på badeværelset, og det kan jeg nu. Og så skal jeg så i gang med at prøve at komme ned ad trapperne, så jeg kan komme ud. Det er det første mål, der er.

Interviewer: Er det nogen mål, I [borgeren og den forløbsansvarlige] har sat sammen?

Borger: Ja ja, jeg skal jo gøre dem sammen med ham fysioterapeuten. Jamen, de ting, jeg vil, jeg vil kunne gå på badeværelset og i bad, og så bagefter træner jeg. Jeg har sådan én, der står derovre under sengen [en slags stepbræt]. Så slår vi sengehesten op, og så tager jeg sådan en 10-15 stykker op og ned med bene. Så har jeg sådan noget, jeg kan sætte under, så den bliver højere og kommer op og passer med et trappetrin. Og når man har gjort det nogen gange, kan man så også begynde at tage trapperne, vil jeg tro. Nu er jeg jo blevet vasket i sengen og sådan noget, men det kan man så selv nu. Det skulle man så også gerne helst kunne. Og så det her, at man skal træne sig op til at kunne bruge

trapperne igen, så jeg kan komme og få noget luft, selv kunne smutte til købmanden og købe et par småting og sådan. Det ville jo være meget rart. (Mand, 79 år, Slagelse Kommune)

I begge projektkommuner er der borgere, som fortæller, at de har opnået de opstillede mål hurtigere, end både de og medarbejderne har forventet.

En 67-årig kvinde, der blev visiteret til rehabiliteringsforløb efter en rygoperation, opnåede en så hurtig bedring i funktionsevnen, at hendes forløb blev afsluttet efter cirka en måned. Hun havde, sammen med den forløbsansvarlige, blandt andet sat som mål, at hun selv skulle kunne klare at tage bad og gå i det lokale supermarked efter seks ugers rehabiliteringsforløb. Men hun nåede altså dette flere uger før og blev afsluttet fra rehabiliteringsforløbet, men modtog stadig en smule praktisk hjælp til rengøring hver fjortende dag. For denne borger var det dog ikke det at have nogle konkrete mål for forløbet, der motiverede hende: ”Nej, det synes jeg egentlig ikke. Altså, det er ikke det, der har gjort det. Jeg har simpelthen bare gerne villet. Jeg tror, det er viljen” (kvinde, 67 år, Syddjurs Kommune).

Også andre borgere fortæller, at den vigtigste motivationsfaktor har været deres vilje til at få det bedre. Fælles for disse borgere er, at de, ligesom den 67-årige kvinde, alle sammen er visiteret til rehabiliteringsforløb på baggrund af et pludseligt opstået funktionsevnetab, eksempelvis et brækket ben. Dette stemmer overens med tidligere undersøgelser, der samstemmende peger på, at disse borgere generelt er mere motiverede for rehabilitering end borgere, der har modtaget hjemmehjælp igennem en længere periode (se fx Hansen m.fl., 2015; Kjellberg m.fl., 2013; Rostgaard & Graff, 2016; Petersen & Kjellberg, 2016).

Men, som andre undersøgelser også har peget på, er det ikke alle borgere, der deler målet om selvhjulpenhed, endsige selv finder det realistisk at nå (Hansen m.fl., 2015). I de tilfælde er det op til medarbejderne, i projektkommunerne den forløbsansvarlige, at hjælpe borgeren til at opstille realistiske mål for forløbet, der er i overensstemmelse med borgerens ønsker og tro på egen formåen og dermed kan være en motiverende faktor for borgeren. Samtidig skal de forløbsansvarlige sørge for ikke at optræde demotiverende ved at ”sætte barren for lavt”. En af de interviewede borgere fortæller dog, at både hun og den forløbsansvarlige var mere pessimistiske om hendes muligheder for at udvikle sin funktionsevne, end nødvendigt var:

Jeg var meget usikker i starten, rigtig meget. Jeg tænkte: ”Du kommer aldrig til at gå”. Og de gange, hvor fysioterapeuten gik med mig, sagde hun, at jeg aldrig kom til at gå hen til Kiwi [supermarked]. Og der var 600 meter hen og det troede jeg heller ikke selv på. Ugen efter, så ville hun så ringe til mig og høre, hvordan det var gået. Så sagde jeg: ”Ork, jeg var kommet helt op på Stamvejen deroppe”, så det var da flot! (Kvinde, 83 år, Syddjurs Kommune).

At både borgeren og den forløbsansvarlige til at begynde med havde lave forventninger til kvindens muligheder for at gå den ønskede distance, havde altså ingen betydning i praksis, hvor hun hurtigt kunne gå længere end forventet. Hun fortæller videre, at kombinationen af selv at træne i at gå samt genoptræning på det nærliggende ældrecenter havde en mærkbar virkning på hendes samlede funktionsevne og velbefindende.

EKSEMPLER PÅ MÅL OG MÅLOPFYLDELSE

Borgernes mål er som ovenfor nævnt en vigtig motivationsfaktor for succesfulde rehabiliteringsforløb. For at give et større indblik i borgernes rehabiliteringsforløb, og hvilke mål og ønsker borgerne har, gives i det følgende to eksempler på borgere, der har gennemført et rehabiliteringsforløb og hvor fokus på deres mål og målopfyldelse har været motivationsfaktorer.

BOKS 4.1

Borgercase 1: Bent.

Bent er en 79-årig mand. Han bor i en lejlighed på anden sal med en voksen søn. Hjemmeplejen startede med at komme hos ham efter en indlæggelse for hans gigt. Da vi første gang besøgte Bent, får han hjælp tre gange om dagen; morgen, middag og aften, og derudover hver 14. dag til rengøring og tøjvask. Bent har selv sagt besøget til middag fra fremadrettet, fordi sønnen lige så godt kan smøre hans frokost og give ham medicin. Sammen med den forløbsansvarlige har Bent sat sig nogle mål om at kunne bade selv og få trænet sig op til igen at kunne gå op og ned ad trapperne, så han kan handle lidt småting hos købmanden få hundrede meter fra hans bolig. Dette trænes der blandt andet på ved en stepbænk, Bent har stående i stuen. Dette mener han selv, han får mere ud af end at komme i et genoptræningscenter. I forløbet har han desuden haft lånt en hospitalsseng, en rollator og en badebænk. På tidspunktet for andet interview har Bent haft en tilbagegang i helbredet, hvorfor hans træning med hjemmeplejen er sat på midlertidig pause. Han vil dog genoptage træningen, så snart han kommer til kræfter igen. Det er meget vigtigt for ham igen at kunne bevæge sig udenfor, da hans dage mest går med at sidde og se TV i lejligheden. Antallet af besøg er på dette tidspunkt begrænset til ét besøg om morgenen, hvor de hjælper ham i tøjet, giver ham morgenmad, reder sengen og tømmer kolbe, samt den praktiske hjælp hver 14. dag. Bents børn og børnebørn hjælper ham med nogle af de praktiske opgaver som indkøb og madlavning.

BOKS 4.2

Borgercase 2: Rie.

Rie på 67 år bor sammen med sin ægtefælle. Hun har i mange år haft begrænset mobilitet, men har fundet ud af selv at klare de daglige opgaver. Rie visiteres til rehabiliteringsforløb i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset efter et knoglebrud. I begyndelsen af rehabiliteringsforløbet får hun hjælp syv gange i løbet af døgnet til gangtræning ved rollator samt bad og toiletbesøg. Ved tidspunktet for første interview har hun dog valgt at sige to af besøgene fra, før sengetid og om natten, da hun med hjælp fra sin ægtefælle hellere selv vil klare opgaverne på disse tidspunkter. Ries overordnede mål for rehabiliteringsforløbet er at blive så selvhjulpent, som hun var før indlæggelsen, da det er vigtigt for hende at kunne komme til at klare sig selv og at komme til at kunne bevæge sig omkring med krykker som før. Sammen med den forløbsansvarlige træner hun i at bruge en ny rollator, og de sætter et delmål om, at hun skal kunne gå over på den anden side af gaden. Med støtte fra social- og sundhedsmedarbejdere og den forløbsansvarlige begynder hun selv at gøre mere og mere i bade- og toiletsituationer, så hun til sidst ikke længere behøver støtte dertil. Rie vælger selv at stoppe sit rehabiliteringsforløb på det tidspunkt, hvor hun føler sig selvhjulpent nok til ikke længere at have behov for forløbet.

ANDRE MOTIVERENDE FAKTORER

At tage udgangspunkt i borgernes egne mål og den fysiske træning i og uden for hjemmet er ikke de eneste motiverende faktorer. Interviewene med borgere i begge projektkommuner peger ligeledes på, at tryk og

medarbejdernes støttende tilgang er vigtige for borgernes motivation i rehabiliteringsforløbet.

AT FÅ HJÆLP KAN FRIGIVE RESSOURCER TIL AT TRÆNE

En 76-årig kvinde fra Syddjurs Kommune fortæller eksempelvis, at den praktiske hjælp til blandt andet rengøring og skift af sengelinned medfører, at hun har overskud til fysisk træning, hvilket, på grund af hendes sygdom, er særdeles vigtig for hendes funktionsevne og velbefindende. Og hjælpen gør endvidere, at hun også får overskud til at deltage i sociale aktiviteter og samvær, hvilket er af stor betydning for hende, efter at hun er blevet enke. Hun fortæller videre, at SOSU-medarbejderne har et stort og kontinuerligt fokus på at sørge for, at hun har kræfter til at træne. Derfor tilbyder SOSU-medarbejderne at træne med hende i hjemmet de dage, hvor hun ikke har så mange kræfter, at hun kan komme ud af huset til træning.

En 62-årig kvinde, der ligeledes er fra Syddjurs Kommune, har et relateret, men lidt divergerende perspektiv på rehabiliteringsforløbet:

Men rehabilitering, det er vel også et spørgsmål om, at jeg kommer ud og er social ikke? (...) Og det synes jeg spiller rigtig meget ind dér. Det gør i hvert fald, at man har mere mod på at træne også. (Kvinde, 62 år, Syddjurs Kommune)

At hendes rehabiliteringsforløb blandt andet indeholder støtte til, at hun kan komme på det værested, der er vigtigt for hendes sociale liv, gør altså, at hun får mere mod på den fysiske genoptræning. En anden vigtig motivationsfaktor for denne borger var de daglige gåture sammen med først den forløbsansvarlige, senere SOSU-medarbejdere. Borgeren fortæller, at medarbejderne kom og gik med hende, for at hun skulle komme i gang igen (efter operation), og at hun havde brug for det ”lille spark i rumpen”.

MOTIVERENDE MEDARBEJDERE

Flere borgere fortæller, at det er en motiverende faktor, at medarbejderne, det være sig både forløbsansvarlige og SOSU-medarbejdere, støtter dem til at lave fysiske øvelser i hjemmet. En 79-årig mand, der blandt andet havde som mål igen at kunne gå på trapper, fortæller om en SOSU-medarbejders motiverende tilgang til ham:

Det er jo ikke altid, man selv gør det, men hvis man bliver jaget til det, så er man jo nødt til at gøre det. Det hjælper, fordi man havde tænkt, man måske kan selv, men det hjælper ikke rigtig. Man skal jages til det. Og så sagde hun [SOSU-medarbejderen], at hun mente godt, jeg kunne begynde at gå op og ned ad trapperne. ”Nej, det kan jeg sgu’ ikke”. Jo, men jeg skulle bare gøre sådan og sådan. ”Lad os gå ud og prøve det”. Jo, men det kunne jeg sgu’. Jeg skulle så ikke tage mere end 2-3 skridt, for jeg skulle også op igen. Jo, men det gik rimeligt. Det var hun sgu’ ikke dum til sådan set. (...) Jo, men jeg skulle gå noget mere frem, og så skulle jeg tage knæbøjninger op og ned på den derovre som et trappetrin. Det var hver gang, hun kom. Og det var sgu’ også meget godt, det hjalp jo. Det var jeg da godt tilfreds med. (Mand, 79 år, Slagelse Kommune)

For en af de interviewede borgere virkede selve tanken om rehabilitering i en periode håbløs, fordi hun i en periode ikke på nogen måde følte sig motiveret. Hun var visiteret til rehabiliteringsforløb på grund af et pludseligt funktionsevnetab, men et stykke tid inde i forløbet var det hendes psykiske tilstand, der var det værste for hende. Fordi hun havde brækket benet, følte hun sig både hjælpeløs og frataget sin handlekraft, bundet som hun var til hjemmet. Hun mistede appetitten, havde ikke lyst til at foretage sig noget og følte med egne ord livsmødet svinde. Men opmærksomme medarbejdere fra hjemmeplejen sørgede ikke bare for at sætte fokus på hendes appetit og spisning, de hjalp hende med sorgstøtte, inden hun selv havde fået sat ord på, hvad det var, der skete med hende: at sorgen over ægtefællens død nogle år tilbage, som hun troede var bearbejdet, havde ramt hende ”som et mareridt”:

Og så var der en af de unge fra hjemmeplejen, som var så sød og havde snakket med en af sine kollegaer, og så kom hun en dag ind og sagde; ”Tror du ikke, du har behov for at snakke med én angående din sorg?” Og, nå ja, hun havde ikke engang spurgt mig, men hun kom bare med kollegaen. Hun kunne mærke, at jeg var i dyb krise, og hun var bange for, at det skulle skade mig. Og kollegaen tog det seriøst op og fik de andre sat i gang med at få mig til at spise. Tvinge mig til at spise. Hun var godt klar over, at der var et eller andet (...) Den krise kunne slå mig helt ud. Det var jeg glad for, at hun kunne mærke... Ja, at de havde blik for, at der var noget galt! Det var virkelig, virkelig flot. Og at de reagerede prompte, altså de kunne jo se, at det gik nedad og nedad.

Det var jeg virkelig taknemmelig for. (Kvinde, 70 år, Syddjurs Kommune)

Borgeren fortalte efterfølgende, at netop medarbejdernes opmærksomhed på hendes kognitive funktionsevne var afgørende for, at hun fik motivationen tilbage og overskud og kræfter til at fokusere på at træne sin fysiske funktionsevne. Dermed illustrerer denne borgers historie det helhedsorienterede perspektiv, der er en del af rehabiliteringen: at der efter behov skal være fokus på både fysiske, kognitive og sociale faktorer i borgerens tilværelse, og at indsatser rettet mod eksempelvis kognitive faktorer kan påvirke muligheden for også at forbedre den fysiske funktionsevne.

TRYGHED SOM MOTIVATIONSFAKTOR

At borgeren føler sig tryk, har betydning for motivationen til at deltage i rehabiliteringsforløbet og dermed arbejde henimod den størst mulige grad af selvhjulpne og selvstændighed. Dette gælder dels trygheden ved at vide, at man kan få hjælp, herunder at blive tilset regelmæssigt, og trygheden ved, at der er nogen til stede, når en aktivitet, som en borger føler sig utryk ved, skal udføres de første gange (Hansen m.fl., 2015). Det overhovedet at modtage hjælp fra hjemmeplejen kan for mange borgere være en tryghed i sig selv, og det kan derfor opleves som svært at skulle undvære. Og tryghed som en afgørende motivationsfaktor indgår også i flere borgeres fortællinger. I interviewene er borgerne også blevet spurgt, om de også efter rehabiliteringsforløbet forventer at kunne modtage den hjælp, de eventuelt oplever at have behov for. Og, i modsætning til i tidligere undersøgelser (se fx Rostgaard & Graff, 2016; Navne & Kjellberg, 2013), giver ingen af de interviewede borgere udtryk for utryghed i forhold til eventuelt at skulle klare sig uden hjælp fra hjemmeplejen efter endt rehabiliteringsforløb eller i forhold til, om de forventer at få den nødvendige hjælp fremadrettet.

Især trygheden ved, at der er nogen til stede, når de skal øve sig i at udføre forskellige aktiviteter, eksempelvis badsituationer, er noget, de interviewede borgere lægger vægt på. Flere borgere fortæller således, at medarbejdernes tilstedeværelse motiverede dem til at træne i at blive selvhjulpne i forhold til at tage bad. En 79-årig mand fortæller, hvordan den forløbsansvarliges nærhed gjorde, at han turde øve sig:

Jamen, så skulle jeg så gå den dag, så går han [forløbsansvarlig] så bagefter mig eller ved siden af, så ikke jeg skal falde. Og så prøver jeg. Der er jo sådan et trappetrin ned til badeværelset. Det kunne jeg selvfølgelig godt selv finde ud af, så tager jeg bare stokken og holder ved dørkarmen eller håndtaget, så får jeg bevæget mig derud. Så stod han derude, da jeg så skulle i bad første gang, så man ikke skulle falde. Og købte jeg så sådan en skridsikker måtte, for der kan godt blive glat på sådan et gulv, når der kommer sæbe på. Det fandt han ud af – hvor man kunne købe sådan én henne. Så sendte jeg en af ungerne ud og købe sådan én. (Mand, 79 år, Slagelse Kommune)

En anden borger var ligeledes blevet motiveret til at blive selvhjulpen i forhold til at tage bad, ved at SOSU-medarbejdere var til stede i starten, hvilket udviklede sig til muligheden for telefonisk kontakt, efterhånden som hun blev mere tryk:

Jeg skulle prøve mit morgenbad selv. Altså, vi aftalte, at jeg skulle have min telefon med ud, og den skulle ligge på toiletsædet, når jeg sad inde i brusenichen, så jeg nemt kunne komme til den. Og jeg fik også lavet sådan et A4-ark med telefonnumre til hjemmeplejen, hvis jeg nu skulle falde om ude på badeværelset. Og der var de meget sådan, at nu skulle jeg gøre sådan og sådan, og hvis det var, så skulle jeg bare ringe. (Kvinde, 62 år, Syddjurs Kommune)

For en 70-årig kvinde, der brækkede benet efter et fald ned ad trappen til hendes første sal, var det ligeledes den forløbsansvarliges støtte og tilstedeværelse, der motiverede hende:

Hun spurgte, hvad der var det vigtigste for mig? Om det var vigtigt, at jeg kunne komme til at bruge min trappe, der hvor jeg faldt, igen. Fordi på forhånd havde jeg bandlyst den trappe (...) Jo, jeg havde et par gange, hvor fysioterapeuten kiggede på, at jeg gik op og ned ad trappen. Jeg tror, det var to gange eller højst tre gange. Og så efter det, så var det ligesom om, at det kom helt af sig selv, at jeg fik lyst til at bruge den trappe igen. Og hen ad vejen blev jeg bedre og bedre, og jeg fik mere og mere mod til at bruge den trappe. Og det endte så med, at inden jeg rejste, kunne jeg se: ”Jo sørme da, jeg kan godt bruge den trappe igen, og jeg behøver ikke at flytte mit soveværelse ned”. (Kvinde, 70 år, Syddjurs Kommune)

UDFORDRINGER OG BARRIERER FOR FORLØBET

I interviewene er borgerne blevet spurgt om, hvilke udfordringer eller barrierer de har oplevet i forhold til rehabiliteringsforløbet.

INFORMATION – ELLER MANGEL PÅ SAMME

Borgernes motivation for at indgå i rehabiliteringsforløbet påvirkes blandt andet af den (grad af) information, de har fået om formålet med forløbet, og om de har været behørigt inddraget i målfastsættelsen for forløbet (Hansen m.fl., 2015; Center for Kliniske Retningslinjer, 2013). Manglende motivation kan således skyldes manglende tro på eller information om, at rehabiliteringsforløbet kan hjælpe borgeren (Hansen m.fl., 2015). Men et gennemgående træk ved stort set alle interviewene – og det gælder både det første interview i opstarten af rehabiliteringsforløbet og det efterfølgende interview efter rehabiliteringsforløbets afslutning – er borgernes beretninger om at mangle information. Selvom mange fortæller om ved forløbets opstart at modtage alt for megen information på én gang, så er en del af borgerne på dette tidspunkt i rehabiliteringsforløbet prægede af forvirring og usikkerhed, eksempelvis på grund af en forværring af funktionsevnen, der eventuelt har krævet indlæggelse. En 75-årig mand beretter om forvirring over alle de oplysninger, som han modtog i begyndelsen af forløbet:

Interviewer: Har du fået den information, du skulle bruge? Eller har du gået og tænkt: ”Hvad går alt det her ud på?”

Borger: Det jeg tænkte, den allerførste dag hende der visitatoren havde været her, der sad jeg tilbage og tænkte, hvad fanden går det her ud på? Men efter den tid, og efter vi kom i gang, der har der kun været positivt at sige om det. Det synes jeg. (Mand, 75 år, Syddjurs Kommune)

En af de interviewede kvinder, der blev visiteret til et rehabiliteringsforløb i forbindelse med udskrivelse fra sygehus, oplevede forvirring og mangel på information igennem hele sit rehabiliteringsforløb:

Jeg vil sige, at i starten var det sådan, så alle informationerne væltede ind i hovedet på én, og man kunne overhovedet ikke huske, hvad man havde fået besked på. Jeg synes, det er meget svært, for man kan ikke skelne de forskellige ting fra hinanden, vel?

Det kan man ikke. I starten synes jeg, der manglede jeg virkelig information, men dem fik jeg så til sidst efterhånden fundet frem til. Og jeg synes næsten, det burde de egentlig have givet mig fra starten. Det var blandt andet et telefonnummer dertil, hvor jeg skulle ringe, hvis nu for eksempel jeg skulle i byen og ikke var der den dag. Jeg har fået det nu, men det var da godt nok efter meget besvær. (Kvinde, 67 år, Slagelse Kommune)

For borgerne kan det således være svært at holde styr på al den information, som de modtager tidligt i forløbet, hvilket dog, som citaterne viser, kan bedres, som tiden går. Men en del borgere giver udtryk for, at de ikke på noget tidspunkt oplever at få tilstrækkelig og klar information om forløbet i forhold til både formål, indhold og varighed. Det er derfor vigtigt, at medarbejderne er opmærksomme på at sikre kontinuerlig kommunikation om rehabiliteringsforløbet med borgeren igennem hele forløbet. Enkelte borgere har dog givet udtryk for fuld tilfredshed med informationsniveauet, eksempelvis denne kvinde, der samtidig med sit rehabiliteringsforløb også modtog praktisk hjælp, personlig pleje og genoptræning:

Jeg synes, jeg fik rigtig meget viden om, hvad der sker, og hvordan og hvorledes det hele hænger sammen. Jo, jeg har fået meget information, synes jeg nok. (Kvinde, 76 år, Syddjurs Kommune)

Men information drejer sig ikke kun om mangelfuld information *til* borgeren; lige så vigtigt er informationen *om* borgeren og dermed også samarbejdet mellem medarbejderne i hjemmeplejen. Flere borgere bemærker, at de kan mærke, at medarbejderne taler sammen om deres rehabiliteringsforløb, hvilket med borgernes ord bidrager til, at der er fælles fodslag blandt medarbejderne i deres tilgang til borgeren. Det gælder eksempelvis i forhold til, hvilken støtte der skal ydes, og ikke mindst hvordan den skal ydes. At det er vigtigt, at medarbejderne får talt sammen om den enkelte borger, illustreres af denne beretning: For en skulderopereret borger var det problematisk, at medarbejderne havde forskelligt syn på, hvor lidt eller meget hun selv kunne gøre, eksempelvis i badsituationer. For når en medarbejder mente, at hendes funktionsevne var forbedret så meget, at hun kunne det meste selv, så pressede borgeren sig selv til at udføre den givne handling, men med smerter til følge. Det samme skete, når medarbejdere ikke selv tog initiativ til at hjælpe hende med nogle af

de aktiviteter, eksempelvis påklædning, som hun ellers plejede at få hjælp til at udføre. I de tilfælde følte hun forlegenhed ved at skulle bede dem om at gøre det og undlod det derfor, med samme resultat. Løsningen for denne borger var en opmærksom SOSU-medarbejder, som vidste, at borgeren havde svært ved at sige disse ting og derfor sørgede for at videregive informationen til sine kolleger.

KONTINUITET OG KOORDINERING

De interviewede borgere udtrykker gennemgående tilfredshed med samarbejdet med både SOSU-medarbejdere og forløbsansvarlige, der opleves som støttende, venlige og imødekommende. Men, som det også ses i den vanlige udførelse af den almindelige hjemmehjælp, møder borgeren ofte mange medarbejdere i hjemmet. Antallet af medarbejdere i hjemmet fremhæves ofte som et væsentligt kvalitetselement i hjemmeplejen og er derfor noget, man generelt er opmærksom på i kommunerne. For rehabiliteringsforløbet kan det dog have den konsekvens, at de forskellige medarbejdere ikke er lige vidende om eller opmærksomme på, hvad der præcis er målet for borgeren, og hvad der motiverer denne. Når man arbejder med at øge borgerens selvhjulpethed, er det med andre ord væsentligt, at indsatsen i endnu højere grad koordineres.

Herudover oplever nogle af borgerne i begge projektkommuner, at medarbejderne ofte kommer inden for et længere og ofte uklart tidsrum, så borgerne ikke kan være sikre på tidspunktet. Dette kan gøre det svært for både borgeren og en eventuel samlever eller ægtefælle at leve en selvstændig og aktiv hverdag, da de må vente hjemme på, at medarbejderne kommer.

FORJAGEDE MEDARBEJDERE

Som hos borgere med almindelig hjemmehjælp oplever borgere med rehabilitering også, at medarbejderne skal nå meget på en dag. I begge projektkommuner fortæller mange af de interviewede borgere, at de oplever, at medarbejderne har meget travlt og ikke skjuler det. En borger i Syddjurs Kommune fortæller for eksempel følgende:

Altså, jeg kan mærke hele tiden, der er sådan, der er en af dem, der fik det sagt, og det er jeg faktisk ret glad for. Hvor vedkommende siger: ”Der er minut-tyranni, minut-tyranni hele tiden”. Det kan jeg mærke, hver eneste gang de er her. Så skal de hele tiden sørge for at være her så kort som overhovedet muligt. De

prøver på hele tiden at indskrænke og indskrænke og indskrænke. (Kvinde, 70 år, Syddjurs Kommune)

En kvinde i Slagelse Kommune, der især har behov for hjælp til personlig pleje om morgenen, har samme oplevelse og kommer med følgende udsagn:

Jeg vil sige, at det er helt tosset. Nu hende om morgenen, der kan jeg risikere at få at vide: ”Ved du hvad, jeg har ikke andet end ti minutter til dig”. Så siger jeg: ”Ved du hvad, det gider jeg ikke høre mere, for jeg er bevilliget, at I skal vaske mig!”. Jeg kan jo ikke komme i bad mere, for jeg kan ikke stå derude, og jeg tør heller ikke. (Kvinde, 79 år, Slagelse Kommune)

Men tid – at have tid nok – er en vigtig faktor i det rehabiliterende arbejde (se fx Kjellberg, 2012; Kjellberg & Ibsen, 2012; Navne & Kjellberg, 2013; Rostgaard & Graff, 2016). For det tager naturligvis længere tid at hjælpe en borger til at gøre tingene selv, end det tager ”lige at give ham skoene på”. Samtidig kan det være en potentiel barriere for, at borgeren selv har lyst til at forsøge at udføre en given aktivitet, hvis borgeren af misforstået hensyntagen ikke ønsker at ”være til besvær” eller belaste medarbejderen yderligere. Selvom borgerne i begge kommuner således oplever, at medarbejderne ofte har meget travlt, hører det dog med til deres fortællinger, at de oplever medarbejderne som venlige og imødekommende. Som en borger fra Slagelse Kommune formulerer det: ”De er ualmindeligt flinke, selvom de er så forjagede altid” (mand, 89 år, Slagelse Kommune).

De beskrevne udfordringer for borgernes deltagelse i og oplevelser af rehabiliteringsforløbene er problemstillinger, som ikke kun gør sig gældende for rehabiliteringsforløb, men som er vilkår og som gør sig gældende for organiseringen i hjemmeplejen generelt. Men som afsnittet har belyst, så får temaerne en anden betydning, når det omhandler rehabiliteringsforløb, fordi de risikerer at blive deciderede barrierer for borgernes aktive deltagelse.

DE PÅRØRENDES ROLLE

I beskrivelsen af implementeringen i kapitel 6 nævnes det, at medarbejderne i projektkommunerne i nogle tilfælde oplever et pres fra pårørende i forhold til, om borgerne modtager den rette hjælp, og at de kan være kritiske overfor den rehabiliterende tankegang. Denne situation genfindes ikke i borgernes fortællinger. Men pårørende til borgere med svære funktionsnedsættelser påtager sig ofte en del ansvar og plejeopgaver for at hjælpe borgeren (Navne & Wiuff, 2011), hvilket også gjorde sig gældende for nogle af de interviewede borgere. Det fremgår således af interviewene, at nogle hjemmeboende pårørende, det vil sige primært ægtefæller, løfter en i nogle tilfælde stor plejeopgave i hjemmet. Men dette skyldes ikke selve rehabiliteringsforløbet. Derimod hænger det sammen med disse borgeres funktionsnedsættelser, hvor det for ægtefællen bliver naturligt at hjælpe så meget som muligt. Dette kan for eksempel være, fordi borgeren og ægtefællen er trætte af de mange daglige besøg fra hjemmeplejens medarbejdere, eller fordi borgerens toiletbesøg ikke nødvendigvis falder sammen med det tidspunkt, hvor hjemmeplejen kommer forbi. Undtagelsen er den borger, der mod sin vilje fik stoppet sin hjælp. Derefter måtte hans samlever påtage sig de opgaver, som hjemmeplejen normalt støttede borgeren til.

BORGERNES OPLEVELSE AF DERES UDBYTTE AF REHABILITERINGSFORLØBET

I begge projektkommuner oplever de fleste borgere, at de har fået et godt udbytte af rehabiliteringsforløbet, også hvis de ikke nødvendigvis er blevet selvhjulpne eller mere selvstændige i forhold til praktisk hjælp eller personlig pleje. De borgere, der oplever den største fremgang i deres fysiske funktionsevne, er alle visiteret til et rehabiliteringsforløb på grund af et pludseligt opstået funktionsevnetab. Men mange af de øvrige borgere oplever ligeledes at opnå en højere grad af selvhjulpnehed, herunder ikke mindst i forhold til at bevæge sig selvstændigt rundt i nærmiljøet. Disse borgere får dog i vid udstrækning stadig hjemmehjælp, primært praktisk hjælp til rengøring, men de er afsluttede fra deres rehabiliteringsforløb.

De fleste borgere i begge kommuner beskriver, at de oplever en forbedring af funktionsevnen, men dette tilskrives ikke nødvendigvis den hjælp, som de har modtaget under rehabiliteringsforløbet. Snarere har nogle – især dem med et akut opstået funktionsevnetab hele tiden – forventet ”af sig selv” at få det bedre.

En borger fortæller, at han har større udbytte af træningen i at udføre forskellige hverdagsaktiviteter i hjemmet end af den fysiske træning i genoptræningsregi:

Jamen, det er jeg helt overbevist om, det får jeg mere ud af end at tage derud [til genoptræning]. For at sidde derude og cykle og lave de andre ting, det er ikke lige det, jeg vil frem til. Det er de ting, at jeg skulle komme på badeværelset og få lavet nogle øvelser og noget, så jeg kan røre mig lidt mere, så jeg kan komme ud og få noget luft nu her, når det bliver sommer. Det er sådan set formålet med det. Og det er ham terapeuten godt nok også fuldstændig klar over, det er det, man skal køre frem til. (Mand, 79 år, Slagelse Kommune)

Selvom borgerne ikke føler, at de har fået noget udbytte af rehabiliteringsforløbet i form af en bedre funktionsevne, en højere grad af selvstændighed eller lignende, kan rehabiliteringsforløbet alligevel godt opleves som tilfredsstillende. Et eksempel herpå er en kvinde på 77 år fra Syddjurs Kommune. Hun mente ikke, at hun nødvendigvis havde fået det store fysiske udbytte af rehabiliteringsforløbet, men dette var ikke på nogen måde utilfredsstillende for hende, da hun alligevel ikke mente, at hendes fysiske funktionsevne kunne forbedres.

En anden borger fortalte, at hun var kommet sig meget hurtigere end forventet, og det udbytte tilskrev hun de gåture, der var en del af hendes rehabiliteringsforløb:

Interviewer: Hvor meget har disse gåture betydet for din fremgang?

Borger: Jeg tror, det har betydet meget, for det gør jo, at jeg bliver holdt i gang. Og derfor skal jeg jo også passe på at fortsætte med at komme ud at gå, når vejret er til det.

Interviewer: Og hvad med din gangdistance?

Borger: Jamen, den er også ved at blive bedre. Nu bruger jeg rollator, så kan jeg gå op i Brugsen, der er vel 300 m, vil jeg skyde på. Jeg kan gå hen i den anden ende af gaden, der er en å – der skal jeg gerne lige hen, når jeg har været ude at gå tur med hjemmehjælpen. Men det er også slut nu, fordi de var med mig i en periode, så jeg kunne lære at gå rigtigt, fordi jeg startede med at hænge for meget på rollatoren. Men det gør jeg ikke mere, nu kan jeg godt gå. Nu går jeg selv i Brugsen også. (Kvinde, 67 år, Syddjurs Kommune)

SAMMENFATNING

Gennemgående har borgerne i begge projektkommuner været meget tilfredse, både med deres rehabiliteringsforløb og hjælpen fra hjemmeplejen generelt. Og størstedelen af borgerne fortæller, at de oplever en forbedret funktionsevne eller en højere grad af selvhjulpne på nogle områder i forbindelse med deltagelse i rehabiliteringsforløbene.

Især de borgere, der er i et rehabiliteringsforløb på baggrund af et pludseligt opstået funktionsevnetab, eksempelvis knoglebrud, oplever – og ganske forventeligt – en hurtig og tydelig fremgang i funktionsevnen. Samtidig fremstår disse borgere særdeles motiverede for hurtigst muligt at genvinde den tabte funktionsevne. Men generelt lægger de interviewede borgere, uanset funktionsniveau og baggrund for at være i et rehabiliteringsforløb, stor vægt på at klare sig selv. Det går således igen i interviewene, at borgerne ønsker at være så selvhjulpne som muligt, og at ønsket om at opnå dette er en stærk motivationsfaktor.

Som det fremgår af interviewene med borgerne, skelner de ofte mellem det, som de gør med de forløbsansvarlige (i deres øjne ”rehabiliteringsforløbet”), og den daglige indsats fra SOSU-medarbejderne. Men denne daglige hjælp ydes også rehabiliterende – og ofte med elementer af fysisk træning eller øvelser – hvorfor diskrepansen i borgernes syn på faggruppernes opgaveløsning ikke lader til at have nogen negativ indflydelse.

Der er også enkelte områder, som nogle borgere har oplevet som problematiske eller endda ubehagelige. Dette har dels vedrørt de indledende vurderinger af borgernes funktionsevne og aktuelle behov for hjælp, hvor to borgere følte sig dårligt behandlet, og en enkelt borger var utilfreds med måden, hvorpå hans rehabiliteringsforløb ophørte. For alle

tre tilfælde gælder, at disse oplevelser formentlig bunder i en mangelfuld kommunikation. Utilfredsheden har derfor ikke noget at gøre med rehabiliteringsforløbene som sådan og kunne afhjælpes eller forhindres ved et kontinuerligt fokus på en adækvat og forståelig dialog mellem medarbejdere og borgere.

At medarbejderne anvender det helhedsorienterede perspektiv, der ligger i rehabiliteringstanken, kommer til udtryk på flere måder. Det sker for eksempel i det tilfælde, hvor den praktiske hjælp til skift af sengelinned gør, at en borger får overskud til fysisk træning. Og for den samme borger tilbyder medarbejderne at træne med hende hjemme de dage, hvor hun ikke har den fornødne energi til at komme ud af huset til træning. Eller det sker for den borger, der ubevidst er i en sorgproces, der betyder, at hun mister både appetit og motivation, men hvor opmærksomme social- og sundhedsmedarbejdere netop har et helhedsorienteret blik for hendes udfordringer.

TIDSFORBRUG OG LØNUDGIFTER

I dette kapitel præsenterer vi en analyse af tidsforbrug og lønudgifter anvendt i forbindelse med borgernes rehabiliteringsforløb. Vi ser på anvendelsen af ressourcer både før, under og efter forløbene. Tidsforbruget og lønudgifterne opgøres både samlet og særskilt for sygeplejersker, terapeuter og SOSU-medarbejdere.

Kapitlet indledes med en række beregninger af tidsforbruget anvendt i forbindelse med borgernes rehabiliteringsforløb samt analyser af udviklingen i borgernes behov for hjælp forud for forløbets opstart samt over en periode på op til seks måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning. I den forbindelse præsenteres endvidere særskilte opgørelser for de borgere, der henholdsvis modtog eller ikke modtog hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb. Afslutningsvist ser vi på lønudgifterne forbundet med borgernes rehabiliteringsforløb samt i forhold til den efterfølgende hjælp, som borgerne har haft behov for.

Da der er forskel på måden, hvorpå data er registreret og indsamlet i henholdsvis Syddjurs Kommune og Slagelse Kommune, kan opgørelserne af tidsforbrug og lønudgifter ikke sammenlignes. Derfor analyseres tidsforbrug og lønudgifter særskilt for de to kommuner.

SLAGELSE KOMMUNE

TIDSFORBRUG ANVENDT UNDER REHABILITERINGSFORLØBET

I dette afsnit ser vi nærmere på det samlede tidsforbrug anvendt i forbindelse med borgernes rehabiliteringsforløb i Slagelse Kommune. Tidsforbruget er, som nævnt i kapitel 2, beregnet på grundlag af det antal timer, der er visiteret til personlig pleje og praktisk hjælp samt ydet til sygepleje og til træning i løbet af rehabiliteringsforløbet. I det samlede tidsforbrug tages der også højde for den tid, medarbejderne har anvendt i forbindelse med de aktiviteter, der ligger ud over den hjælp, og de indsatser borgerne har modtaget, men som knytter sig til rehabiliteringsforløbet, såsom den forløbsansvarliges planlægning og koordinering af forløbet, mødeaktivitet, herunder møder i det tværfaglige team mv. I Slagelse Kommune har det ikke været muligt at opgøre en faktisk tid brugt til disse opgaver, hvorfor der benyttes et estimat for den anvendte tid. Tidsestimatet indeholder også de forløbsansvarliges tidsforbrug anvendt til test af borgerne med DEMMI, WHODAS og UCLA i udredningsfasen samt som opfølgning i den afsluttende fase samt til COPM anvendt i målsætningsarbejdet.

Der er i gennemsnit blevet anvendt 7,66 timer om ugen på borgernes rehabiliteringsforløb, og forløbene har i gennemsnit været 12,88 uger. At gennemsnittet ligger over de 12 uger, som et forløb ifølge lovgivningen skal gennemføres inden for, skyldes, som nævnt i kapitel 3, blandt andet, at en stor del af rehabiliteringsforløbene er blevet forlænget, hvis borgerne har været tæt på at nå deres målsætning for forløbet. Samlet set er der således i gennemsnit blevet brugt 98,66 timer på hjælp pr. rehabiliteringsforløb i Slagelse Kommune.

Det skal bemærkes, at det beregnede tidsforbrug i Slagelse Kommune er underestimeret på grund af delvist uoplyst tidsforbrug for en del indsatser.

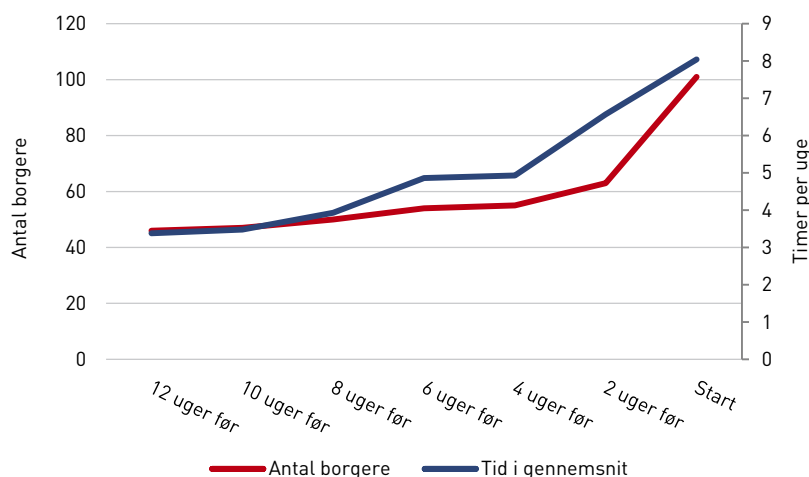
BEHOV HJÆLP FORUD FOR REHABILITERINGSFORLØBET

Ud af de 137 borgere, der i dette kapitel udgør undersøgelsespopulationen for Slagelse Kommune, er det for 101 borgere muligt at belyse deres behov for hjælp op til rehabiliteringsforløbs opstart. I figur 5.1 ses en graf over antallet af borgere, der var visiteret til hjælp i perioden 12 uger forud for deres rehabiliteringsforløb samt en graf over den hjælp, de borgere, der har modtaget hjælp i denne periode, har været visiteret til.

46 borgere modtog 12 uger før deres rehabiliteringsforløb hjælp og de borgere var i gennemsnit visiteret til 3,38 timers hjælp pr. uge. For de borgere, for hvem vi har oplysninger om perioden op til deres rehabiliteringsforløb, var det således lidt under halvdelen af borgerne, der modtog hjælp tre måneder før deres rehabiliteringsforløb. Som det fremgår af figuren stiger antallet af borgere, der modtog hjælp, jo tættere vi kommer på deres forløbs opstart, og tilsvarende er der også en stigning i den visiterede tid til hjælp. Seks uger før forløbets start modtog 54 borgere hjælp, og de var i gennemsnit visiteret til 4,86 timer pr. uge, mens det to uger før var 63 borgere, som i gennemsnit fik hjælp 6,57 timer pr. uge.

FIGUR 5.1

Borgere i rehabiliteringsforløb, som har været visiteret til hjælp op til forløbet, samt visiteret tid per uge for disse borgere. 0-12 uger inden forløbets start. Slagelse Kommune.



Anm.: Beregningsgrundlag: 101. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb. Højre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

At den gennemsnitlige visiterede tid til hjælp stiger i perioden kan være et tegn på, at en del borgere gradvist oplever yderligere tab af funktionsevne op til rehabiliteringsforløbets opstart, idet de har et øget behov for hjælp.

TIDSFORBRUG UNDERVEJS OG EFTER AFSLUTTET REHABILITERINGSFORLØB

For 94 borgere er det muligt at kigge på tidsforbruget undervejs i rehabiliteringsforløbet og frem til 12 uger efter afslutningen på deres forløb. Det fremgår af tabel 5.1, at der er et markant fald i det samlede ugentlige tidsforbrug fra undervejs i rehabiliteringsforløbet til perioden, umiddelbart efter, at forløbet er afsluttet. Undervejs i forløbet har borgerne i gennemsnit modtaget 7,72 timers hjælp om ugen mod blot 4,39 timer efter et afsluttet rehabiliteringsforløb.

TABEL 5.1

Gennemsnitligt tidsforbrug pr. borger i rehabiliteringsforløb undervejs og umiddelbart efter forløbet. I alt og særskilt for faggrupper. Slagelse Kommune. Timer pr. uge i gennemsnit i perioden 1-12 uger efter forløbsafslutning.

	Sygeplejersker	Terapeuter	Praktisk hjælp	Personlig pleje	I alt
Under forløb	1,56 (2,38)	1,79 (0,93)	0,39 (0,35)	3,99 (4,83)	7,72 (6,63)
Efter forløb (1-12 uger)	1,20 (2,05)	0,04 (0,13)	0,38 (0,35)	2,76 (4,96)	4,39 (6,68)

Anm.: Beregningsgrundlag: 94. Standardafvigelse anført i parentes.

Hvad angår tidsforbruget særskilt for sygeplejersker, terapeuter samt SOSU-medarbejdere, fordelt efter om der er tale om praktisk hjælp eller personlig pleje, fremgår det, at der er sket et kraftigt fald i terapeuternes tidsforbrug. I gennemsnit har terapeuterne brugt 1,79 timer i borgernes rehabiliteringsforløb, mens tidsforbruget er faldet til 0,04 timer efter endt forløb. Denne forskel er ikke overraskende, da terapeuterne i hovedparten af forløbene har indgået som forløbsansvarlige og dermed i stor grad har været involveret i borgernes forløb samt har haft en række opgaver forbundet med at planlægge og koordinere forløbet, herunder at afholde møder, gennemføre test med borgerne mv., mens de efterfølgende ikke i samme omfang er involveret i den hjælp, som borgerne har modtaget. Uden planlægnings-, møde- og testtid er det gennemsnitlige tidsforbrug i rehabiliteringsforløbet for terapeuter 1,09 timer ugentligt.

Der er også sket et signifikant fald i sygeplejerskernes tidsforbrug samt i tidsforbruget til personlig pleje. For sygeplejerskernes vedkommende har de i gennemsnit brugt 1,56 timer om ugen pr. borger un-

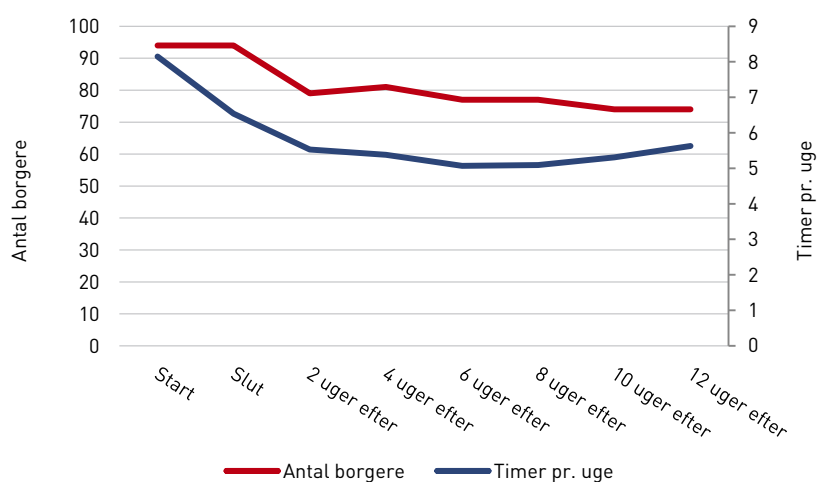
der rehabiliteringsforløbet. Idet sygeplejerskerne kun i en meget lille grad er indgået som forløbsansvarlige i Slagelse Kommune, er der blot tale om et beskedent fald i tidsforbruget til 1,54 timer om ugen, når der ikke tages højde for planlægnings-, møde- og testtiden. I perioden efter forløbet bruger sygeplejerskerne i gennemsnit 1,2 timer på borgerne om ugen, hvilket peger på, at borgerne fortsat har et relativt stort behov for hjælp fra sygeplejen efter endt rehabiliteringsforløb. Med hensyn til personlig pleje har borgerne i gennemsnit modtaget hjælp svarende til 3,99 timer om ugen, hvilket falder til 2,76 timer i perioden efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Efter endt forløb modtager borgerne således i gennemsnit 1,23 timer mindre hjælp til personlig pleje, hvilket formentlig hænger sammen med, at borgerne i gennemsnit har formået at blive helt eller delvist selvhjulpne i løbet af deres rehabiliteringsforløb i forhold til nogle af de aktiviteter, der knytter sig til den personlige pleje, såsom bad samt på- og afklædning af tøj. Under forløbet har borgerne i gennemsnit modtaget praktisk hjælp svarende til 0,39 timer om ugen, og dette har ikke ændret sig efter rehabiliteringsforløbet.

I figur 5.2 vises udviklingen i borgernes behov for hjælp over en 12-ugers-periode efter endt rehabiliteringsforløb. I overensstemmelse med resultaterne i kapitel 3, fremgår det, at der er et fald i antallet af borgere, der har behov for hjælp umiddelbart efter afslutningen på deres rehabiliteringsforløb. To uger efter endt rehabiliteringsforløb har 79 borgere fortsat modtaget hjælp. Ud af de 94 borgere er der således 15 borgere, der ikke er visiteret til nogen former for hjælp to uger efter afslutningen på deres forløb. Over hele 12-ugers-perioden falder tallet yderligere til 74 borgere. I tråd med tabel 5.1 viser figuren endvidere, at den gennemsnitlige tid til hjælp, som borgerne er visiteret til, falder. Men som det også fremgår, oplever borgerne allerede et fald i visiteret tid undervejs i deres rehabiliteringsforløb. Ved rehabiliteringsforløbets opstart har borgerne i gennemsnit været visiteret til at modtage 8,15 timers hjælp om ugen, mens det ved forløbets afslutning er faldet til 5,98 timer ugentligt. Dette er formentligt et udtryk for, at hjælpen er blevet tilpasset borgernes behov og situation undervejs i takt med, at borgerne har oplevet en fremgang i funktionsevnen og opnået en større grad af selvhjulpenhed. Derudover dækker det formentlig også over tid anvendt til planlægnings- og koordineringsaktiviteterne mv. reduceres undervejs i rehabiliteringsforløbet. Borgernes behov for hjælp falder yderligere efter afslutningen af deres forløb, og efter to uger har de i gennemsnit været visiteret til

5,53 timers hjælp om ugen, hvilket er nogenlunde stabilt over de 12 uger. Efter seks uger er det 5,07 timer ugentligt, som borgerne i gennemsnit har modtaget hjælp. I perioden 6-8 uger efter rehabiliteringsforløbets afslutning finder der imidlertid en mindre stigning sted i det gennemsnitlige ugentlige antal visiterede timer. 12 uger efter endt rehabiliteringsforløb har borgerne i gennemsnit været visiteret til 5,63 timer om ugen, hvilket er på nogenlunde samme niveau som to uger efter forløbets afslutning.

FIGUR 5.2

Borgere i rehabiliteringsforløb samt timer pr. uge for disse borgere. I opstart- og afslutningsuge samt 2-12 uger efter forløbets afslutning. Slagelse Kommune.



Anm.: Beregningsgrundlag: 94. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp under og efter endt rehabiliteringsforløb. Højre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

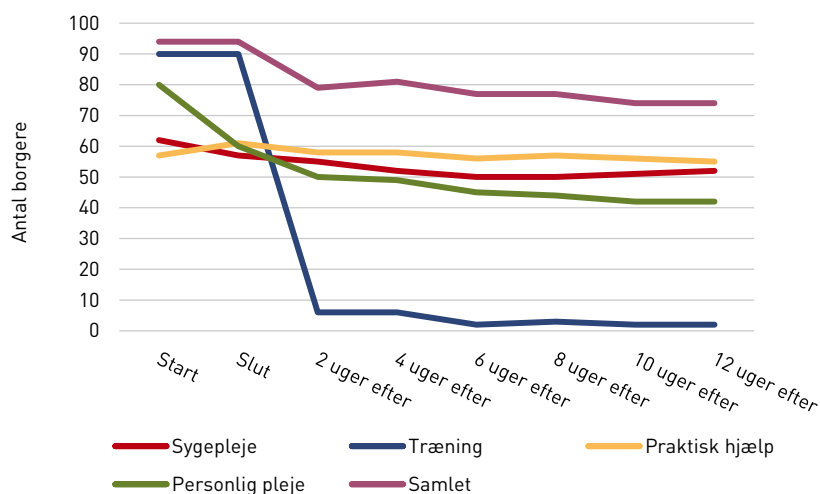
I figur 5.3 ses antallet af borgere, der har modtaget hjælp særskilt for faggrupper under rehabiliteringsforløbet samt i perioden op til 12 uger efter forløbets afslutning. Hovedparten af borgerne har modtaget hjælp fra en terapeut i deres rehabiliteringsforløb. Dette stemmer overens med resultaterne i kapitel 3, hvor det fremgik, at langt de fleste borgere i Slagelse Kommune har haft en terapeut som forløbsansvarlig og har modtaget indsatser af fysisk og trænende karakter. Dette antal falder markant efter

endt rehabiliteringsforløb, og to uger efter er det blot seks borgere, der har modtaget hjælp fra en terapeut. Tallet falder yderligere over tid.

62 borgere har modtaget sygepleje under deres rehabiliteringsforløb. Dette antal falder støt i perioden efter forløbets afslutning, og efter seks uger er det 50 borgere, der fortsat har haft behov for sygepleje. Med hensyn til hjælp fra hjemmeplejen modtog 80 borgere ved rehabiliteringsforløbets opstart personlig pleje, mens 57 borgere modtog praktisk hjælp. Ved rehabiliteringsforløbenes afslutning er der sket et fald i antallet, til 60 borgere, der modtog personlig pleje, og antallet falder yderligere over hele perioden. 12 uger efter endt rehabiliteringsforløb er det blot 42 borgere, der fortsat modtog personlig pleje. Dette er et udtryk for, at en del af borgerne har oplevet at være blevet selvhjulpne, hvad angår aktiviteter, der vedrører den personlige pleje, og derfor ikke længere har behov for hjælp hertil.

FIGUR 5.3

Borgere i rehabiliteringsforløb, der modtager hjælp fra specifikke faggrupper. Særskilt for faggrupper. Under forløbet og 2-12 uger efter forløbet. Slagelse Kommune.



Anm.: Beregningsgrundlag: 94. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp under og efter endt rehabiliteringsforløb.

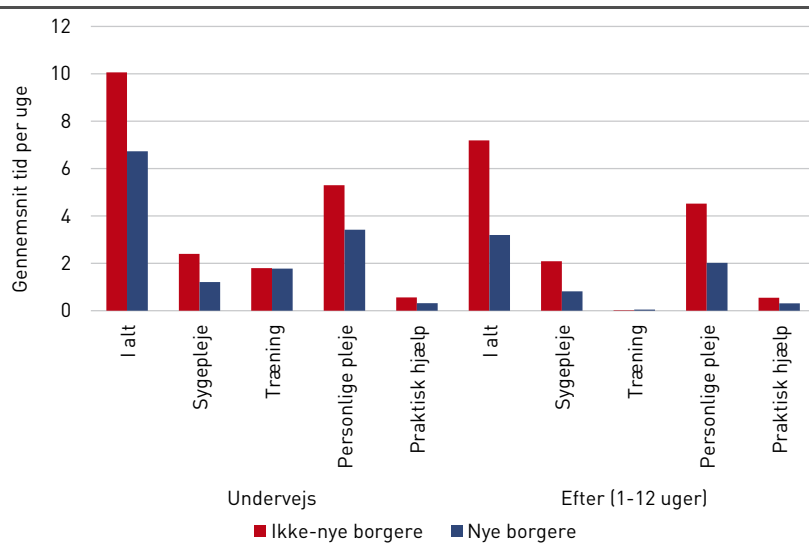
Derimod har antallet af borgere, der har modtaget praktisk hjælp undervejs i forløbet, ikke ændret sig i nogen nævneværdig grad efter afsluttet

rehabiliteringsforløb og sammenholdt med tabel 5.1 er den tid, borgerne har fået visiteret til praktisk hjælp også nogenlunde uændret over perioden. Dette afspejler formodentligt, at der er nogle opgaver af mere praktisk karakter, som fx rengøring eller tøjvask, som borgerne hverken er i stand til selv at udføre under eller efter deres rehabiliteringsforløb.

Ud af de 94 borgere er der 66 borgere, som ikke har modtaget hjælp 12 uger før rehabiliteringsforløbets opstart.²³ Derimod har den resterende gruppe på 28 borgere modtaget hjælp 12 uger forud for rehabiliteringsforløbet. Borgere som ikke tidligere har modtaget hjælp, omtales som ”nye borgere”, mens borgere, der har modtaget hjælp forud for forløbet kaldes ”ikke-nye borgere”.

FIGUR 5.4

Gennemsnitligt tidsforbrug pr. borger i rehabiliteringsforløb undervejs og efter forløbet. I alt og særskilt for faggrupper, fordelt efter ikke-nye borgere og nye borgere. Slagelse Kommune. Timer pr. uge.



Anm.: Beregningsgrundlag. Ikke-nye borgere: 28. Nye borgere: 66. Venstre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

23. I gruppen af borgere, der defineres som ikke tidligere at have modtaget hjælp og som benævnes ”nye” borgere indgår en mindre gruppe på 16 borgere, der dog modtog praktisk hjælp forud for rehabiliteringsforløbets opstart.

Det fremgår af figur 5.4, at der er væsentlige forskelle mellem de to grupper af borgere. Undervejs i forløbet modtog gruppen af borgere, som også modtog hjælp i perioden op til deres rehabiliteringsforløb, i gennemsnit 3,33 timer mere hjælp om ugen end gruppen, der ikke modtog hjælp i perioden forud for rehabiliteringsforløbet. Gruppen af nye borgere modtog i gennemsnit 6,73 timers hjælp i løbet af deres rehabiliteringsforløb fordelt på praktisk hjælp, personlig pleje, træning og sygepleje, mens det tilsvarende var 10,06 timer ugentligt for de borgere, der modtog hjælp forud for forløbet. I forhold til længden på rehabiliteringsforløbene er der ingen signifikant forskel på grupperne.

Forskellen i behovet for hjælp gør sig også gældende i perioden efter endt rehabiliteringsforløb, hvor forskellen i tidsforbrug ligger på 3,99 timer om ugen. Gruppen af ikke-nye borgere modtog signifikant mere sygepleje og personlig pleje undervejs i rehabiliteringsforløbet, og det gælder også i perioden efter endt rehabiliteringsforløb.

Borgere, der tidligere har modtaget hjælp, modtog i gennemsnit 2,87 timers mindre hjælp om ugen i perioden efter et afsluttet rehabiliteringsforløb, mens de borgere, der ikke tidligere har modtaget hjælp, tilsvarende modtog 3,53 timers mindre ugentlig hjælp efter deres forløb. At borgerne, der ikke modtog hjælp ud over praktisk hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb, i gennemsnit oplever et mindre efterfølgende behov for hjælp sammenlignet med de borgere, der modtog hjælp inden rehabiliteringsforløbet, kan tyde på, at rehabiliteringsforløbene har en større betydning for borgere, som ikke har modtaget hjælp, inden de modtager et rehabiliteringsforløb. Med andre ord kan det således være et udtryk for, at de borgere, der ikke i samme omfang har modtaget hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb, i højere grad oplever at forbedre eller genvinde deres funktionsevne sammenlignet med de borgere, der modtog hjælp inden deres rehabiliteringsforløb.

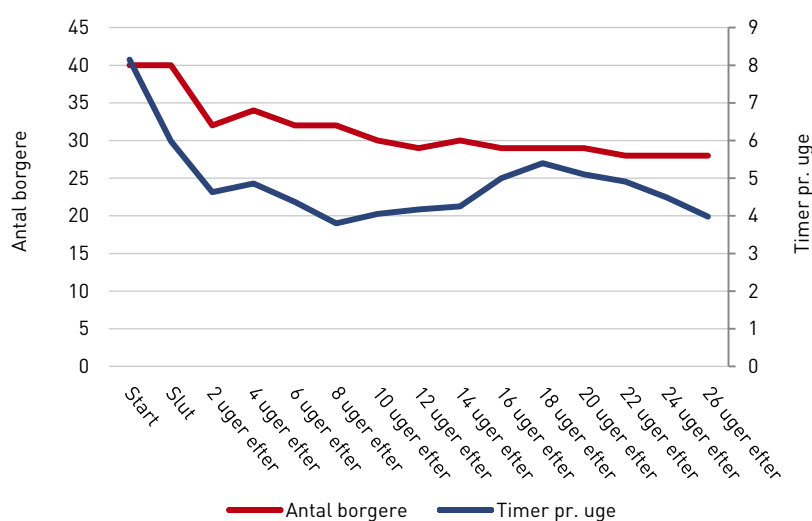
BEHOV FOR HJÆLP SEKS MÅNEDER EFTER ENDT FORLØB

For 40 borgere er det endvidere muligt at belyse deres behov for hjælp over en 26-ugers periode efter afslutningen af deres rehabiliteringsforløb. Som det fremgik af figur 5.2 var der over de 12 uger efter afslutningen af rehabiliteringsforløbet et støt faldende antal borgere, som havde behov for hjælp, og som det fremgår af figur 5.5, fortsætter denne udvikling for de borgere, som vi kan følge op til seks måneder efter afslutningen på deres forløb. Ud af de 40 borgere er der efter 26 uger 12 borgere, som

ikke længere modtager hjælp til hverken hjemmepleje, træning eller sygepleje.

FIGUR 5.5

Antal borgere i rehabiliteringsforløb samt gennemsnitligt ugentligt tidsforbrug. Undervejs i forløbet og 2-26 efter forløbets afslutning. Slagelse Kommune. Timer pr. uge.



Anm.: Beregningsgrundlag: 40. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp under og efter endt rehabiliteringsforløb. Højre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

Den gennemsnitlige tid til hjælp, som borgerne har modtaget, falder ligeledes efter endt rehabiliteringsforløb frem til uge otte. Ved rehabiliteringsforløbet opstart modtog borgerne i gennemsnit hjælp svarende til 8,15 timer om ugen, hvilket otte uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb i gennemsnit er faldet til 3,8 timer. Dog stiger det gennemsnitlige tidsforbrug i perioden otte uger efter og frem til 18 uger efter endt forløb til et niveau svarende til niveauet umiddelbart efter afslutningen på borgernes rehabiliteringsforløb, hvorefter det igen er faldende.

LØNUDGIFTER

På baggrund af tidsforbruget anvendt af de forskellige faggrupper under og efter borgernes rehabiliteringsforløb ser vi dette afsnit nærmere på de samlede lønudgifter knyttet til borgernes rehabiliteringsforløb og i perioden op til 12 uger efter endt forløb. Som nævnt i kapitel 2 er udgifterne

til løn beregnet som et gennemsnit af de fremsendte lønoplysninger for de forskellige faggrupper i de to kommuner og inkluderer ferie og helligdage og et gennemsnitligt sygefravær på kommuneniveau.

I tabel 5.2 gives et overblik over det gennemsnitlige ugentlige tidsforbrug særskilt for sygeplejersker, terapeuter og SOSU-medarbejderne i hjemmeplejen, samt de gennemsnitlige lønudgifter for de respektive faggrupper opgjort pr. borger.

TABEL 5.2

Gennemsnitlige omkostninger pr. uge for borgere i rehabiliteringsforløb under og efter forløbet. Særskilt for faggrupper. Slagelse Kommune. Timer og kroner.

	Tid, timer/uge	Pris, kr./time.	Pris pr. borger, pr. uge
<i>Sygeplejersker</i>			
Under forløb	1,56	305,95	477,28
Efter forløb (1-12 uger)	1,20	305,95	367,14
<i>Terapeuter</i>			
Under forløb	1,79	305,51	546,86
Efter forløb (1-12 uger)	0,04	305,51	12,22
<i>SOSU-medarbejdere</i>			
Under forløb	4,38	283,98	1.243,83
Efter forløb (1-12 uger)	3,14	283,98	891,70

Anm.: Beregningsgrundlag: 94.

De ugentlige lønomkostninger anvendt pr. borger i forbindelse med borgerens rehabiliteringsforløb beløber sig i gennemsnit til 477,28 kr. for sygeplejersker, 546,86 kr. for terapeuter og samlet set 1.243,83 kr. for SOSU-medarbejdere i hjemmeplejen. I tråd med at det gennemsnitlige tidsforbrug anvendt efter afslutningen på borgernes rehabiliteringsforløb falder, falder udgifterne efter endt rehabiliteringsforløb tilsvarende målt over opfølgingsperioden på 12 uger.

Som det fremgår af tabel 5.3 er de samlede ugentlige udgifter til løn i gennemsnit 2.267,97 kr. under rehabiliteringsforløbet og disse omkostninger falder til 1.271,06 kr. i gennemsnit i de efterfølgende 12 uger.

Det skal bemærkes, at de beregnede lønudgifter, ligesom tidsforbruget i Slagelse Kommune, er underestimerede på grund af delvist uoplyste data om tidsforbrug til en del indsatser.

TABEL 5.3

Gennemsnitlige omkostninger pr. uge i alt for borgere i rehabiliteringsforløb undervejs i og efter forløbet. Særskilt for faggrupper. Slagelse Kommune. Kroner.

	Sygeplejersker	Terapeuter	SOSU-medarbejdere	I alt
Under forløb	477,28	546,86	1.243,83	2.267,97
Efter forløb (1-12 uger)	367,14	12,22	891,70	1.271,06

Anm.: Beregningsgrundlag: 94.

SYDDJURS KOMMUNE

TIDSFORBRUG ANVENDT UNDER REHABILITERINGSFORLØBET

I dette afsnit ser vi nærmere på det samlede tidsforbrug anvendt under borgernes rehabiliteringsforløb i Syddjurs Kommune. Tidsforbruget er opgjort og beregnet på tilsvarende vis som for Slagelse Kommune. Dog skal det bemærkes, at der i opgørelserne for Syddjurs Kommune indgår det faktiske tidsforbrug brugt på aktiviteter, der ligger ud over den hjælp og de indsatser borgerne har modtaget, men som netop knytter sig til rehabiliteringsforløbet, såsom den forløbsansvarliges planlægning og koordinering, mødeaktivitet og tid anvendt til test af borgerne med de forskellige redskaber. Det skal endvidere bemærkes at på grund af delvist uoplyste data i Slagelse Kommune, kan tidsforbruget i Syddjurs Kommune ikke direkte sammenlignes med tidsforbruget i Slagelse Kommune.

Der er i gennemsnit blevet anvendt 10,50 timer om ugen på borgernes rehabiliteringsforløb, og forløbene har i Syddjurs Kommune i gennemsnit varet 10,79 uger, hvilket giver et samlet tidsforbrug på 113,30 timer pr. rehabiliteringsforløb.

BEHOV FOR HJÆLP FORUD FOR REHABILITERINGSFORLØBET

Undersøgelsespopulation i Syddjurs Kommune udgøres i dette kapitel af 128 borgere, og heraf er der for 126 borgere oplysninger om tidsforbrug i perioden forud for, undervejs og frem til 12 uger efter rehabiliteringsforløbets afslutning.

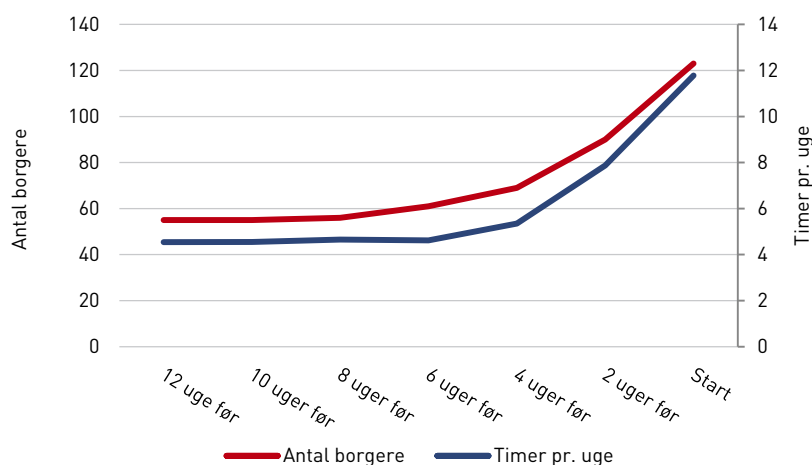
Figur 5.6 viser henholdsvis antallet af borgere, der modtog hjælp i perioden 12 uger op til deres rehabiliteringsforløb, samt det ugentlige antal antal timer til hjælp, som borgerne i gennemsnit har modtaget i denne periode.

55 borgere, svarende til 44 pct. af undersøgelsespopulationen, modtog 12 uger før deres rehabiliteringsforløb hjælp, og disse borgere modtog i gennemsnit 4,55 timers hjælp om ugen. Det fremgår af figuren, at der både er en stigning i antallet af borgere, som har modtaget hjælp op til rehabiliteringsforløbets opstart og i antal timer, der er ydet pr. uge.

Seks uger før starten på rehabiliteringsforløbet modtog 61 borgere hjælp, mens 69 borgere modtog hjælp fire uger før. To uger før rehabiliteringsforløbet modtog 90 borgere, svarende til 71 pct., hjælp, og de fik i gennemsnit 7,87 timers hjælp om ugen.

FIGUR 5.6

Borgere i rehabiliteringsforløb, som har været visiteret til en indsats op til forløbet, samt tidsforbrug i pr. uge for disse uger. 12 uger inden forløbets start frem til start uge. Syddjurs Kommune.



Anm.: Beregningsgrundlag: 126. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb. Højre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

Ud over at der er et stigende antal borgere, der har behov for hjælp op til rehabiliteringsforløbets opstart, tyder stigningen i omfanget af den gennemsnitlige tid på, ligesom i Slagelse Kommune, at en del borgere gradvist oplever et større tab af deres funktionsevne i perioden op til, at rehabiliteringsforløbet bliver sat i gang.

TIDSFORBRUG UNDERVEJS OG EFTER AFSLUTTET REHABILITERINGSFORLØB

Det fremgår af tabel 5.4, at borgerne undervejs i deres rehabiliteringsforløb i gennemsnit modtog 10,5 timers hjælp om ugen mod 3,77 timer om ugen i den efterfølgende 12-ugers-periode.

TABEL 5.4

Gennemsnitligt tidsforbrug pr. borger i rehabiliteringsforløb undervejs i og efter forløbet. I alt og særskilt for faggrupper. Syddjurs Kommune. Timer pr. uge.

	Sygeplejersker	Terapeuter	Praktisk hjælp	Personlig pleje	I alt
Under forløb	0,58 (1,13)	0,72 (0,36)	0,47 (0,36)	8,73 (7,77)	10,5 (8,10)
Efter forløb (1 til 12 uger)	0,45 (0,93)	0,01 (0,09)	0,31 (0,27)	2,99 (5,45)	3,77 (5,97)

Anm.: Beregningsgrundlag: 126. Standardafvigelse anført i parentes.

Opgjort særskilt for sygeplejersker, terapeuter og hjemmeplejen, fordelt efter praktisk hjælp og personlig pleje, ses det, at der er sket et signifikant fald i tidsforbruget for anvendt af både terapeuter og SOSU-medarbejdere fra under til efter rehabiliteringsforløbet. I gennemsnit har terapeuterne brugt 0,72 timer ugentligt undervejs i forløbet, mens det gennemsnitlige tidsforbrug er faldet til 0,01 timer efter afsluttet forløb. At tidsforbruget falder så markant for terapeuternes vedkommende hænger sammen med, at terapeuterne har haft en betydelig involvering i borgernes rehabiliteringsforløb, primært som følge af deres rolle som forløbsansvarlige med de dertilhørende opgaver med planlægning og koordinering af forløbet, møder og test. Beregnes terapeuternes og sygeplejerskernes tidsforbrug, uden den administrative tid brugt til disse opgaver, har sygeplejerskerne i gennemsnit brugt 0,51 timer på borgernes rehabiliteringsforløb om ugen, mens terapeuterne har brugt 0,32 timer ugentligt. At det gennemsnitlige tidsforbrug falder så betragteligt for terapeuterne sammenlignet med sygeplejerskernes tidsforbrug, når tiden til disse opgaver fratrækkes, hænger sammen med, at terapeuterne netop har varetaget hovedparten, 78 pct., af rehabiliteringsforløbene i Syddjurs Kommune.

Efter afsluttet forløb falder tidsforbruget ikke i samme grad for sygeplejerskerne, som det er tilfældet for terapeuterne, hvilket peger på,

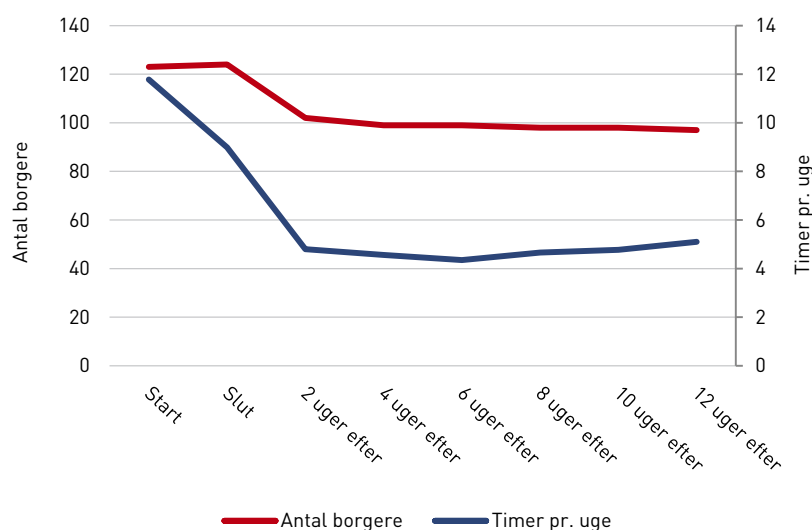
at borgerne fortsat har behov for hjælp til sygeplejefaglige opgaver efter endt rehabiliteringsforløb. Med hensyn til hjælp fra hjemmeplejen modtog borgerne i gennemsnit 8,73 timers personlig pleje og 0,47 timer til praktisk hjælp om ugen under rehabiliteringsforløbet. I den efterfølgende periode er hjælpen til personlig pleje faldet markant til 2,99 timers hjælp om ugen, hvilket svarer til en gennemsnitlig reduktion på 5,74 timer ugentligt. Under forløbet modtog borgerne i gennemsnit 0,47 timers praktisk hjælp om ugen, mens de efterfølgende har modtaget 0,31 timers praktisk hjælp. Samlet set peger det på, at borgerne i gennemsnit har forbedret deres funktionsevne og i større grad er blevet selvhjulpne til især de aktiviteter, der vedrører personlig pleje.

I figur 5.7 ses udviklingen i borgernes behov for hjælp under rehabiliteringsforløbet og op til 12 uger efter afslutningen af deres forløb. I lighed med udviklingen i Slagelse Kommune, og i overensstemmelse med resultaterne i kapitel 3, sker der et fald i antallet af borgere, der har behov for hjælp umiddelbart efter afslutningen af deres rehabiliteringsforløb. Ud af de 126 borgere, der modtog et rehabiliteringsforløb, og som vi har oplysninger om for den efterfølgende periode, har 102 borgere efter to uger modtaget en eller anden form for hjælp. Med andre ord, er der 24 borgere, der ikke har haft behov for yderligere hjælp efter afslutningen på deres rehabiliteringsforløb. Antallet af borgere, der efterfølgende har et behov for hjælp, falder yderligere en smule over perioden, og efter 12 uger er tallet faldet til 97 borgere.

Ved rehabiliteringsforløbets opstart modtog borgerne i gennemsnit 11,78 timers hjælp om ugen. Hjælpen er løbende blevet tilpasset borgernes situation og behov undervejs i forløbet, hvorfor den ugentlige hjælp er faldet til 8,99 timer ved rehabiliteringsforløbets afslutning. To uger efter endt forløb er borgernes behov for hjælp faldet yderligere til 4,80 timer om ugen, mens det seks uger efter er på 4,35 timer ugentligt. Efter otte uger finder der, ligesom det var tilfældet i Slagelse Kommune, en lille stigning sted i hjælpen, og efter 12 uger har borgerne i gennemsnit modtaget 5,1 timers hjælp.

FIGUR 5.7

Borgere i rehabiliteringsforløb samt timer pr. uge for disse borgere. I opstart- og afslutningsuge samt 2-12 uger efter forløbets afslutning. Syddjurs Kommune.



Anm.: Beregningsgrundlag: 126. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp under og efter endt rehabiliteringsforløb. Højre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

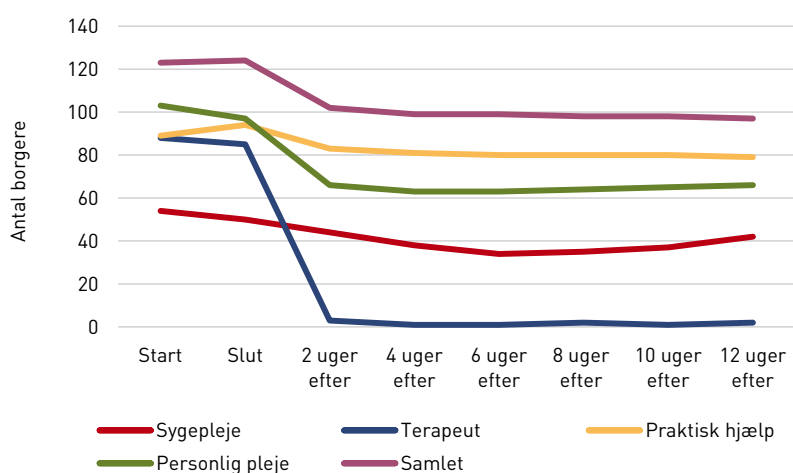
I figur 5.8 ses antallet af borgere, der har modtaget hjælp særskilt for faggrupper undervejs i rehabiliteringsforløbet samt i perioden op til 12 uger efter afsluttet forløb.

Hjælpen fra terapeuter falder markant efter endt rehabiliteringsforløb, hvor blot tre borgere efter to uger har modtaget hjælp fra en terapeut. Hjælp fra hjemmeplejen er ligeledes blevet reduceret efter endt rehabiliteringsforløb. Ved forløbets afslutning modtog 97 borgere personlig pleje, mens 94 modtog praktisk hjælp, og dette antal er to uger efter faldet til henholdsvis 66 borgere med personlig pleje og 83 borgere med praktisk hjælp. Dette kan betragtes som et udtryk for, at en del af borgerne har oplevet at være blevet selvhjulpne i forhold til både personlig pleje og praktisk hjælp. Og niveauet for antallet af borgere, der modtog hjælp hertil, er nogenlunde stabil over hele perioden. 54 borgere har modtaget hjælp og indsatser fra en sygeplejerske i deres rehabiliteringsforløb, og antallet falder støt i den efterfølgende periode frem til seks uger efter endt forløb, hvor blot 34 borgere modtog hjælp fra denne fag-

gruppe. Derefter stiger antallet igen en smule, hvilket er et udtryk for, at der blandt nogle af borgerne har været et yderligere behov for sygepleje i perioden frem mod 12 uger efter afslutningen af forløbet.

FIGUR 5.8

Borgere i rehabiliteringsforløb, der modtager hjælp fra specifikke faggrupper. Særskilt for faggrupper. Under forløbet og 2-12 uger efter forløbet. Syddjurs Kommune. Antal.



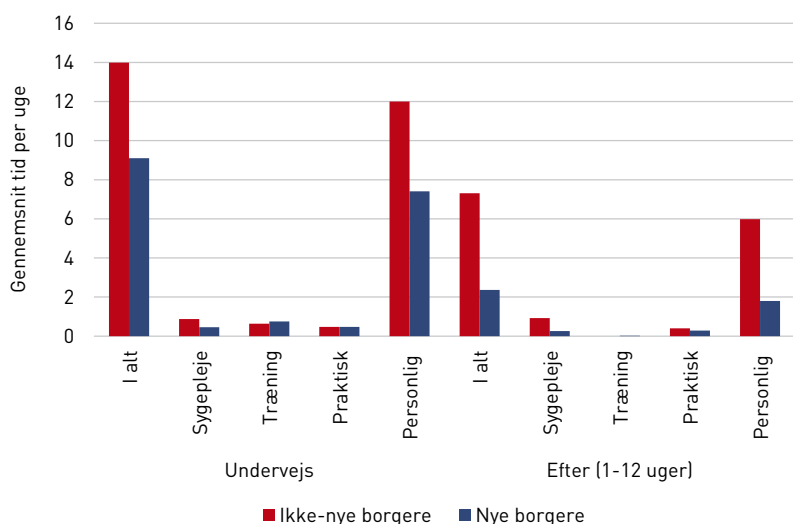
Anm.: Beregningsgrundlag: 126. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp under og efter endt rehabiliteringsforløb.

Ud af de 126 borgere, som det er muligt at afdække tidsforbruget for under og i den 12-ugers opfølgingsperiode efter endt rehabiliteringsforløb, har 90 borgere ikke modtaget hjælp forud for rehabiliteringsforløbets opstart.²⁴ Denne gruppe betegnes som tidligere nævnt som ”nye borgere”. De resterende 36 borgere har derimod modtaget hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb og omtales som ”ikke-nye borgere”. I figur 5.9 ses det, at der er store forskelle i, hvor meget hjælp de to grupper af borgere har modtaget henholdsvis under og efter deres rehabiliteringsforløb.

24. Ud af de 90 borgere modtog 19 praktisk hjælp forud for deres rehabiliteringsforløb.

FIGUR 5.9

Gennemsnitligt tidsforbrug pr. borger i rehabiliteringsforløbet undervejs og efter forløbet. I alt og særskilt for faggrupper samt særskilt for ikke-nye borgere og nye borgere. Syddjurs Kommune. Timer pr. uge.



Anm.: Beregningsgrundlag. Ikke-nye borgere: 36. Nye borgere: 90. Venstre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

Under forløbet modtog gruppen af borgere, der tidligere har modtaget hjælp, i gennemsnit 4,08 timers mere hjælp om ugen end gruppen af nye borgere. Gruppen af ikke-nye borgere har i gennemsnit modtaget 13,99 timers hjælp om ugen, fordelt på personlig pleje, praktisk hjælp, træning og sygepleje i deres rehabiliteringsforløb, mens de nye borgere tilsvarende har modtaget 9,10 timers ugentlig hjælp. Forskellen skyldes primært, at gruppen af ikke-nye borgere i betydelig større grad modtager personlig pleje sammenlignet med de nye borgere. Hertil skal det nævnes, at forløbene for de borgere, der ikke tidligere har modtaget hjælp, i gennemsnit er 1,5 uger kortere end for de borgere, der tidligere har modtaget hjælp. Forskellen i tidsforbrug gør sig på tilsvarende vis gældende efter afsluttet rehabiliteringsforløb, hvor gruppen af ikke-nye borgere i gennemsnit har modtaget 7,31 timers hjælp om ugen, hvilket svarer til en reduktion på 6,68 timer ugentlig, mens de nye borgere har modtaget 2,36 timers hjælp, svarende til 6,74 timers mindre hjælp i perioden op til 12 uger efter endt forløb. For begge grupper af borgere skyldes det reducerede tidsforbrug

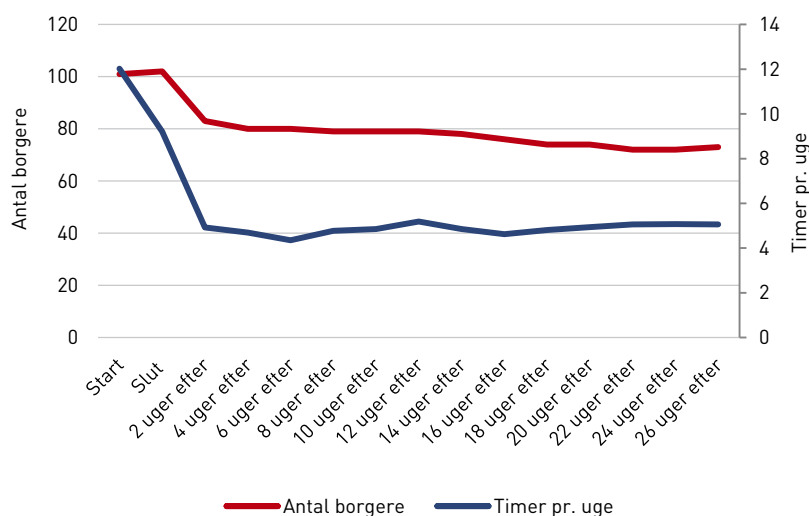
til hjælp i perioden efter forløbet primært, at borgerne i særlig grad oplever et væsentligt mindre behov for personlig pleje efter endt forløb. Det tyder på, at det især er aktiviteter vedrørende personlig pleje, som borgerne oplever at blive helt eller delvist selvhjulpne med i forbindelse med deres rehabiliteringsforløb.

BEHOV FOR HJÆLP SEKS MÅNEDER EFTER ENDT FORLØB

For 103 borgere er det muligt at kortlægge deres behov for hjælp over en periode på 26 uger efter afslutningen på deres rehabiliteringsforløb. Som det fremgår af figur 5.10, fortsætter antallet af borgere, som har behov for hjælp, med at falde i perioden fra 12 uger efter til 26 uger efter et afsluttet forløb.

FIGUR 5.10

Borgere i rehabiliteringsforløb samt gennemsnitligt tidsforbrug for disse borgere. Undervejs i forløbet og 2-26 uger efter forløbets afslutning. Syddjurs Kommune.



Anm.: Beregningsgrundlag: 103. Venstre akse: Antal borgere, der har modtaget hjælp under og efter endt rehabiliteringsforløb. Højre akse: Antal timer til hjælp per uge, som disse borgere har været visiteret til.

Ud af de 103 borgere, er der 30 borgere, som ikke længere modtager nogen form for hjælp efter endt forløb. Efter rehabiliteringsforløbets afslutning falder det gennemsnitlige tidsforbrug, som tidligere nævnt, væ-

sentligt, og over hele perioden op til seks måneder efter afslutning af borgernes forløb ligger niveauet for hjælp nogenlunde stabilt, således at de borgere, der efter endt rehabiliteringsforløb fortsat har behov for hjælp, i gennemsnit har modtaget omkring 5 timers hjælp om ugen.

LØNUDGIFTER

Vi ser dernæst nærmere på lønudgifterne til de forskellige faggrupper under og efter borgernes rehabiliteringsforløb. Som tidligere nævnt er udgifterne til løn beregnet som et gennemsnit af de samlede oplysninger om løn for begge kommuner. Af tabel 5.5 fremgår det gennemsnitlige ugentlige tidsforbrug, særskilt for sygeplejersker, terapeuter og hjemmeplejen, samt de gennemsnitlige lønudgifter for de forskellige faggrupper og opgjort pr. borger. Som det ses beløber de ugentlige udgifter til løn anvendt pr. borger i forbindelse med borgernes rehabiliteringsforløb sig i gennemsnit til 177,45 kr. for sygeplejersker, 219,97 kr. terapeuter og til 2.612,62 kr. for SOSU-medarbejderne i hjemmeplejen.

TABEL 5.5

Gennemsnitlige omkostninger pr. uge for borgere i rehabiliteringsforløb undervejs og i og efter forløbet. Særskilt for faggrupper. Syddjurs Kommune. Timer og kroner.

	Tid, timer pr. uge	Pris, kr./time	Pris pr. borger, pr uge
<i>Sygeplejersker</i>			
Under forløb	0,58	305,95	177,45
Efter forløb (1-12 uger)	0,45	305,95	137,68
<i>Terapeuter</i>			
Under forløb	0,72	305,51	219,97
Efter forløb (1-12 uger)	0,01	305,51	3,06
<i>SOSU-medarbejdere</i>			
Under forløb	9,20	283,98	2.612,62
Efter forløb (1-12 uger)	3,30	283,98	937,13

Anm.: Beregningsgrundlag: 126.

Det fremgår af tabel 5.6, at de samlede udgifter til løn i gennemsnit ligger på 3.010,03 kr. om ugen pr. borger i rehabiliteringsforløb. I takt med at borgernes behov for hjælp falder efter endt rehabiliteringsforløb, og det gennemsnitlige tidsforbrug tilsvarende falder, reduceres udgifterne til hjælp ligeledes. Det skal bemærkes, at det ikke umiddelbart er muligt at sammenligne udgiftsniveauet med niveauet i Slagelse Kommune. Det

skyldes hovedsageligt, at de beregnede lønudgifter, ligesom tidsforbruget i Slagelse Kommune, er underestimerede som følge af delvist uoplyste data.

TABEL 5.6

Gennemsnitlige omkostninger pr. uge for borgere i rehabiliteringsforløb undervejs i og efter forløbet. Særskilt for faggrupper. Syddjurs Kommune. Timer og kroner

	Sygeplejersker	Terapeuter	SOSU-medarbejdere	I alt
Under forløb	177,45	219,97	2.612,62	3.010,03
Efter forløb (1-12 uger)	137,68	3,06	937,13	1.077,87

Anm.: Beregningsgrundlag: 126.

SAMMENFATNING

Analysen af udgifterne i forbindelse med rehabiliteringsforløbene i de to projektkommuner viser, at rehabiliteringsforløbene i Slagelse Kommune i gennemsnit varer 12,88 uger. Til disse forløb er der i gennemsnit blevet visiteret 7,66 timers hjælp om ugen. Tilsammen giver det en gennemsnitlig visiteret tid på 98,66 timers hjælp i alt pr. rehabiliteringsforløb i Slagelse Kommune.

I Syddjurs Kommune varer rehabiliteringsforløbene i gennemsnit 10,79 uger. Til disse forløb er der i gennemsnit blevet visiteret 10,50 timers hjælp pr. uge. Tilsammen giver det en samlet gennemsnitlig visiteret tid på 113,30 timers hjælp pr. rehabiliteringsforløb i Syddjurs Kommune.

Det er ikke umiddelbart muligt at sammenligne tidsforbruget på tværs af de to kommuner. Det skyldes hovedsageligt, at tidsforbruget i Slagelse Kommune er en smule underestimeret på grund af delvist uoplyste data om tidsforbrug på leverede ydelser i Slagelse Kommune.

I gruppen af borgere, der ikke tidligere har modtaget hjælp, er den visiterede tid både under og efter forløbet i gennemsnit betydeligt mindre end i gruppen, som har modtaget indsatser i en længere periode forud for rehabiliteringsforløbet.

Umiddelbart efter rehabiliteringsforløbets afslutning falder den visiterede tid til hjælp til et niveau, som fortsætter stort set uændret over en periode på seks måneder efter forløbets afslutning.

Kigger man på de gennemsnitlige lønudgifter på de forskellige faggruppers tidsforbrug, fremkommer det, at lønomkostningerne under et rehabiliteringsforløb i gennemsnit koster ca. 2.250 kr. pr. uge i Slagelse Kommune mod ca. 1.250 kr. i gennemsnit pr. uge i de første 12 uger efter rehabiliteringsforløbet. I Syddjurs Kommune er det i gennemsnit ca. 3.000 kr. under rehabiliteringsforløbet mod ca. 1.050 kr. pr. uge i de første 12 uger efter rehabiliteringsforløbet. Også her skal det bemærkes, at det ikke umiddelbart er muligt at sammenligne udgiftsniveauet på tværs af de to kommuner. Det skyldes hovedsageligt, at de beregnede lønudgifter, ligesom tidsforbruget i Slagelse Kommune, er en smule underestimerede som følge af delvist uoplyste data.

IMPLEMENTERING AF MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I DE TO KOMMUNER

I dette kapitel beskrives implementeringen af rehabiliteringsmodellen fra henholdsvis et medarbejderperspektiv og fra ledernes og projektledernes perspektiv i Syddjurs og Slagelse Kommuner.

Formålet er at belyse fordele og ulemper, herunder forudsætninger og barrierer ved at gennemføre rehabiliteringsforløbene i de to projektkommuner efter de retningslinjer for modellen, som er beskrevet i kapitel 1. Kapitlet indledes med en beskrivelse af medarbejdernes holdning til projektet, hvorefter den faglige opkvalificering og anvendelsen af redskaber i udrednings- og målsætningsarbejdet belyses. Derefter redegøres for om og hvordan projektkommunerne er lykkedes med at arbejde ud fra borgerens mål samt medarbejdernes oplevelser af det tværfaglige samarbejde og involvering af sygeplejerskerne som faggruppe i det rehabiliterende arbejde og i rollen som forløbsansvarlig. Afslutningsvist gennemgås ledernes perspektiver på den afprøvede model.

MEDARBEJDERPERSPEKTIV

Medarbejderne har en selvstændig og afgørende rolle i forhold til, hvordan rehabiliteringsmodellen konkret bliver udfoldet (Winther & Nielsen, 2008). Det er derfor væsentligt at afdække medarbejdernes holdning til

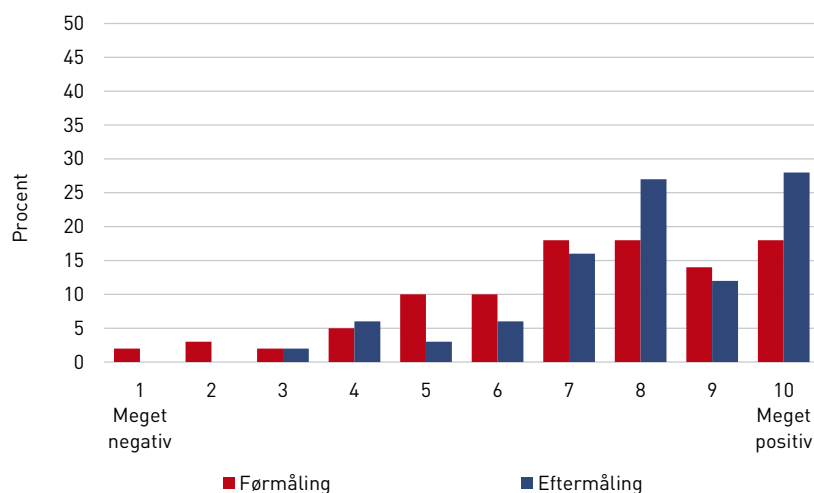
projektet, herunder at undersøge de forskellige faggruppers holdninger til rehabiliteringsprojektet og deres oplevelse af implementeringen. I kapitlet vil vi belyse forskelle og ligheder mellem de to projektkommuner såvel som mellem de forskellige faggrupper i kommunerne.

HOLDNING TIL PROJEKTET

At det tager tid at skabe opbakning til et nyt projekt, er en tendens, der generelt er at spore i implementeringen af nye indsatser og tiltag i en kommunal kontekst (Winther & Nielsen, 2008). Samme tendens ses også i forhold til rehabiliteringsprojektet. I spørgeskemaundersøgelsen er medarbejderne blevet spurgt om deres holdning til projektet. På en skala fra 1 til 10 har medarbejderne kunnet tilkendegive, om de i forbindelse med projektets opstart har været positivt eller negativt stemte over for projektet, og hvorvidt og i hvilket omfang deres holdninger har ændret sig undervejs i projektperioden. Som det fremgår i figur 6.1 og figur 6.2, har medarbejdernes holdninger ændret sig i løbet af projektperioden. I opstartsfasen svarede 58 pct. af medarbejderne i Slagelse Kommune mellem 8-10 på holdningsskalaen og var dermed positivt stemte over for implementeringen af den nye rehabiliteringsmodel – 18 pct. var meget positive. 7 pct. (1-3 på holdningsskalaen) var negativt indstillede over for projektet. Ved projektets afslutning tilkendegav 2 pct. af medarbejderne, at de var negative, mens andelen af positive medarbejdere var steget til 67 pct. – heraf var 28 pct. meget positive.

FIGUR 6.1

Medarbejderne i rehabiliteringsprojektet i Slagelse Kommune, fordelt efter deres overordnede holdning til projektet, angivet på skala fra 1 til 10. Særskilt for førmåling og eftermåling. Procent.

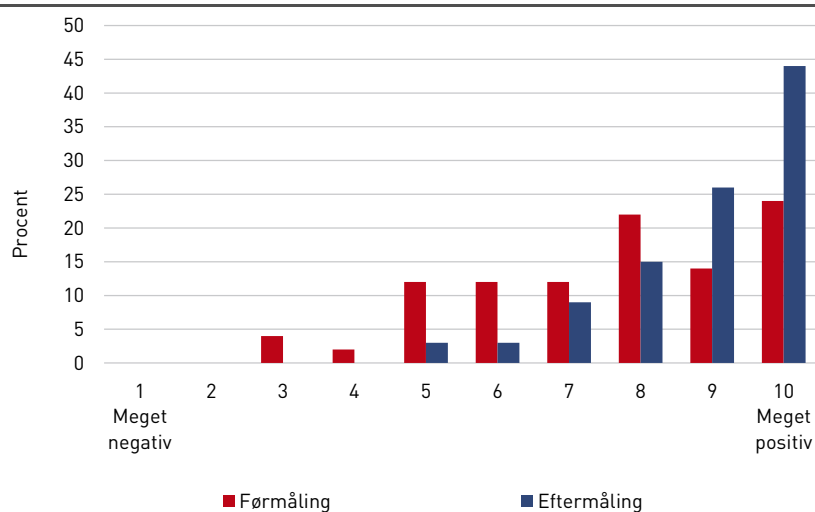


Anm.: Beregningsgrundlag: førmåling: 91, eftermåling: 86.

En tilsvarende udvikling ses i Syddjurs Kommune. I Syddjurs var 60 pct. af medarbejderne positivt indstillede ved projektets opstart, hvoraf 24 pct. var meget positive, mens 4 pct. var negative. I forbindelse med projektets afslutning gav ingen medarbejdere udtryk for at være negative over for projektet, men derimod havde hovedparten af medarbejderne, 85 pct., en positiv holdning, og hele 44 pct. var meget positive. At der i opstartsfasen ikke var samme opbakning til projektet som ved projektets afslutning, er ikke overraskende, da implementeringen af modellen blandt andet krævede en række omstruktureringer af den tidligere organisering og ændringer af arbejdsgange for medarbejderne. Mens holdningen til projektet var nærmest ens i de to kommuner ved projektets opstart, indikerer medarbejdernes holdningstilkendegivelser ved projektets afslutning en større opbakning blandt medarbejderne i Syddjurs Kommune end i Slagelse Kommune.

FIGUR 6.2

Medarbejderne i rehabiliteringsprojektet i Syddjurs Kommune, fordelt efter deres overordnede holdning til projektet, angivet på skala fra 1 til 10. Særskilt for førmåling og eftermåling. Procent.



Anm.: Beregningsgrundlag: førmåling: 51, eftermåling: 66.

Det fremgår af interviewene med medarbejderne i opstartsfasen, at der er en generel, stor opbakning til tanken bag modellen, den rehabiliterende tilgang og det tværfaglige samarbejde. Derimod er det oplevelsen af at være en del af et projekt under udvikling, der har været med til at skabe frustrationer og modstand mod projektet blandt medarbejderne. Denne betragtning uddybes i det følgende.

”MAN SKAL TRÆDE STIEN, MENS MAN GÅR DEN”

At være projektkommune, der har skullet være med til at tilpasse en model sideløbende med, at den er blevet implementeret, har i et vist omfang skabt nogle frustrationer blandt medarbejderne. Gennem fokusgruppeinterviewene med de forskellige faggrupper bliver det tydeligt, at der indledningsvist er en oplevelse af manglende rammer for projektet. I følgende citat beskrives, hvordan medarbejderne i starten af projektperioden oplevede det som uoverskueligt at få omlagt deres arbejdsgange, uden at have kendskab til, hvad der konkret skulle ske fremadrettet:

Dér står man i starten af en labyrint og skal finde et mål, hvor man førhen stod på en atletikbane. Løb 60 meter, målet er hér, det kan jeg godt finde ud af. Her står jeg i en labyrint. Jeg aner ikke, om jeg skal starte til højre eller til venstre. Jeg ved, at der er et mål derinde, men hvordan jeg finder det? Det er spændende. Og sådan kan det godt lidt føles, fordi de der rammer ikke er der, og der er mange blinde gyder. (Terapeut, Slagelse)

I opstartsperioden har det i begge kommuner fyldt meget, at der ikke har været en færdigbeskrevet ”køreplan”, medarbejderne har kunnet følge. Perioden er blevet beskrevet som en proces, hvor man har skullet ”træde stien, mens man går den”, som flere medarbejdere har udtrykt det. Dette har skabt usikkerhed, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved, at både sygeplejersker og terapeuter oplevede det som uklart, hvordan de skulle varetage rollen som forløbsansvarlig. Med andre ord er implementeringen af modellen blevet oplevet som en proces, hvor der konstant har været forandringer:

Hele implementeringen har været en udfordring. Først skulle vi gøre det på én måde, og så skulle vi gøre noget andet. Og ind imellem er de udmeldinger ikke nået ud til folk, førend det er blevet ændret igen. (Visitor, Slagelse)

Samme opfattelse bliver også fremhævet af medarbejdere i Syddjurs Kommune. Muligheden for at være med til at præge modellen og projektet i den kommunale kontekst og således påvirke praksis fremover har ikke opvejet den usikkerhed, de manglende rammer har skabt, hvilket fremgår i følgende citat:

Og så ved jeg godt, man siger, at så kan I også være med til at præge den rehabiliterende indsats andre steder fremover. Jeg er ligeglad med at præge andre kommuner, jeg vil bare gøre det godt for mine borgere. Og selvfølgelig er det spændende nok, det er slet ikke det. Men ikke på den måde, det er foregået (...). Man føler sig som et forsøgsdyr. (Sygeplejerske, Slagelse)

De forandringer og den usikkerhed, der løbende har præget implementeringsprocessen, har i starten af projektet skabt en skepsis blandt medarbejderne i de forskellige faggrupper og i særlig grad blandt sygeplejerskerne. At der blandt medarbejderne er en skepsis at spore over for for-

andringerne, er ikke særegent for dette projekt, men derimod et generelt fænomen, der i særdeleshed knytter sig til opstarten af nye initiativer og tiltag, når arbejdsgange skal omlægges (Damgaard, Hohnen & Madsen, 2005; Winther & Nielsen, 2008). Som projektet er skredet frem, er frustrationen over manglende rammer imidlertid aftaget i takt med, at rammerne er blevet skabt.

FAGLIG OPKVALIFICERING

De fire faggrupper, der har indgået i projektet, har forud for projektets opstart deltaget i undervisning for fagligt at blive rustet til at varetage det rehabiliterende arbejde og sørge for, at modellen for rehabilitering bliver implementeret som tiltænkt. I særdeleshed har undervisning i anvendelse af måleredskaber været central for de forløbsansvarlige.

Holdningen til selve undervisningen har generelt været positiv, og der er bred enighed om, at det har været godt at prioritere den faglige opkvalificering. Det gælder dog for sygeplejerskerne i begge projektkommuner, at de synes, at undervisningen har været meget teoretisk, mens de i højere grad har efterspurgt klare beskrivelser af nye arbejdsgange og en færdig køreplan for, hvad de skal gøre og hvornår:

Jeg synes, at noget af det undervisning, der har været, når man tænker på, at vi bare er sygeplejersker nede på gulvet, har været meget højtravende – hvor vi nok havde mere brug for det praksisnære. Hvad gør vi, og hvordan gør vi det? Der har noget af det har været meget, meget teoretisk, og det har jeg sgu' ikke fået ret meget ud af. Det skal jeg være ærlig at indrømme. (Sygeplejerske, Slagelse)

Kravene til medarbejderne, der har fulgt med implementeringen af modellen for rehabiliteringsforløb, har ikke i tilstrækkelig grad været præciseret, og det er ifølge medarbejderne dette, de primært har haft behov for.

Derudover bliver det fremhævet, blandt både terapeuter og sygeplejersker, som er de faggrupper, der, som følge af deres rolle som forløbsansvarlige, har modtaget undervisning i måleredskaberne, at undervisningen i anvendelse af redskaberne ikke har været tilstrækkelig, og der har været et behov for yderligere opkvalificering i forhold til dette. Dette vil blive beskrevet yderligere i næste afsnit.

ANVENDELSE AF VALIDEREDE REDSKABER

Et væsentligt element i modellen for rehabiliteringsforløb og som den er blevet afprøvet i de to projektkommuner, er, at borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, er blevet testet ved brug af validerede redskaber både i opstarten og ved afslutningen af rehabiliteringsforløbet. DEMMI, WHODAS og UCLA²⁵ er blevet anvendt som et led i at sikre en systematisk udredning af borgerne. Desuden er de blevet anvendt i med henblik på at kunne følge op på og dokumentere, hvilken udvikling den enkelte borger har oplevet i løbet af sit rehabiliteringsforløb, mens COPM er blevet anvendt i forbindelse med målsætningsarbejdet.

Blandt de forløbsansvarlige har der været en skepsis over antallet af måleredskaber og den tid, det kræver at anvende dem hos borgerne. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at medarbejderne har oplevet at skulle registrere og dokumentere mere som følge af projektet. Medarbejderne er blevet spurgt om, hvordan de oplever registrerings- og dokumentationskravet i forbindelse med rehabiliteringsmodellen, og lidt over halvdelen af medarbejderne giver udtryk for, at registrerings- og dokumentationskravet i projektet er for stort.

ANVENDELSE AF COPM

Særligt implementeringen af målsætningsredskabet COPM har der været skepsis overfor og modstand mod blandt medarbejderne. COPM anvendes i forbindelse med opstarten af borgernes rehabiliteringsforløb med henblik på at afdække, hvilke mål borgerne har, og for at sikre, at forløbet netop tager udgangspunkt i borgernes egne mål.

Den primære kritik har knyttet sig til, at det er et ergoterapeutisk redskab, hvorfor fysioterapeuterne og sygeplejerskerne har følt sig udfordrede og ikke tilstrækkeligt fagligt klædt på til at anvende redskabet.

Jeg synes godt, at man kan blive lidt provokeret af de test, vi skal lave og sådan noget, fordi jeg synes, det er meget terapeutagtigt. Jeg kommer aldrig til at tage de der stykker papir med ud [COPM-skema], for jeg synes, at det er til grin. (Sygeplejerske, Syddjurs)

25. For en beskrivelse af redskaberne henvises til kapitel 2.

Som det fremgår af ovenstående citat, har modstanden mod at anvende COPM forud for projektet været så stor blandt nogle af medarbejderne, at de har givet udtryk for, at de ikke ville benytte det. I forlængelse heraf bliver det endvidere fremhævet, at COPM er et redskab, som ud fra medarbejdernes synspunkt kræver mere uddannelse, end de har modtaget i forbindelse med projektet:

Vi andre synes, at COPM er svært. Det er et ergoterapeutisk redskab, som de bruger en hel uddannelse på, og vi har fået ét kursus på et par timer, og det fungerer simpelthen bare ikke. (Sygeplejerske, Slagelse)

Ergoterapeuterne har fra start været mere positivt stemte over for anvendelsen af COPM end de øvrige faggrupper. De har følt sig fortrolige med redskabet og er den eneste faggruppe, der forud for projektet gav udtryk for, at redskabet ville kunne bidrage til at give en øget indsigt i borgeren og dennes situation:

Jeg har været rigtig god til at finde på et fagligt mål, når jeg starter et forløb op, og jeg kan godt se, at jeg vinder noget ved at have snakken gennem COPM. Grundtanken giver mening, og den viser, at der er nogle andre ting end det, jeg lige umiddelbart havde hørt [fra borgeren]. (Terapeut, Syddjurs)

Blandt sygeplejerskerne og fysioterapeuterne skyldes modstanden mod at anvende COPM i høj grad manglende uddannelse og oplæring i redskabet, hvilket har skabt en usikkerhed om og manglende forståelse af formålet med brugen af redskabet. Som følge heraf har der derfor været iværksat ekstra undervisning i COPM, og i takt med at de forløbsansvarlige er blevet mere fortrolige med redskabet, dels gennem undervisningen og dels via den praktiske anvendelse af redskabet sammen med borgerne, er begejstringen for brugen af COPM også blevet større.

ANVENDELSE AF WHODAS

WHODAS er et redskab, der har til formål at måle borgernes egen vurdering af deres samlede funktionsevne ud fra en række spørgsmål, fordelt på seks domæner. Det er således et redskab, der måler borgerens subjektive oplevelse af egen funktionsevne.

WHODAS bliver af de forløbsansvarlige beskrevet som et redskab, der er ”nemt at gå til”, og ikke på samme vis som COPM kræver faglig opkvalificering. Til gengæld bliver det beskrevet som et redskab, der er vanskeligt at anvende over for målgruppen. Dette skyldes primært antallet af spørgsmål, længden på disse og vanskelige formuleringer.

Forud for projektet var der ikke en udtalt skepsis i forhold til anvendelsen af dette redskab blandt medarbejderne. På trods af redskabets generiske karakter blev det dog i forbindelse med projektets afslutning påpeget, at WHODAS er et redskab, der som sagt kan være udfordrende at anvende i forhold til målgruppen. Som det fremgår i nedenstående citat, bliver WHODAS beskrevet som et redskab, der kræver en vis kognitiv kapacitet hos borgeren for at kunne anvende det, og spørgsmålene kan være svære at forstå:

WHODAS giver problematikker, fordi de [borgerne] kognitivt ikke altid forstår, hvad der bliver spurgt om, og vi må ikke uddybe, så den er svær. Det er nok den, jeg synes, er den sværeste. (Terapeut, Slagelse)

Et af de forhold, der nævnes blandt årsagerne til, at spørgsmålene kan være vanskelige at forholde sig til, er spørgsmålenes længde, hvilket fremgår af følgende citat:

Nogle står jo af med WHODAS. Og den er svær, og de har svært ved at holde fokus på hele spørgsmålet, selvom man skal være tro ved spørgsmålet. Og tit bliver det til en hel historie ved hvert spørgsmål. Og det er nogle utroligt lange sætninger, der er. Det er de lange sætninger, hvor den går galt. Det er svært at lytte og tænke over, hvad de skal sige. (Sygeplejerske, Syddjurs)

Ud over længden på spørgsmålene bliver også antallet af spørgsmål, der indgår i WHODAS, beskrevet som et problem:

WHODAS – der kan borgeren ikke følge med. Og de sidste spørgsmål, dér er borgerne længe stået af. Og man kan se i øjnene, at de er stået af. Hvis vi kunne vælge, så skulle den væk. (Sygeplejerske, Syddjurs)

Særligt de kognitivt svækkede bliver fremhævet som en gruppe, for hvem det er udfordrende at anvende WHODAS:

Ordet kludret, det er et rigtig godt ord, for dét er det. De kan slet ikke forholde sig til det. Og der tænker jeg også på de psykisk syge. Hvis du stiller dem sådan et spørgsmål, så er de helt stået af. Det er ét skridt frem og to tilbage. (Sygeplejerske, Syddjurs)

Ud fra de forløbsansvarliges synspunkt er WHODAS således et meget tidskrævende redskab, som i mange tilfælde ikke er velfungerende i forhold til målgruppen.

ANVENDELSE AF DEMMI OG UCLA

DEMMI og UCLA er, ud over WHODAS, også blevet anvendt i både før- og eftermålingen af borgeren. DEMMI har til formål at give et billede af borgerens fysiske funktionsevne, mens UCLA har til formål at indikere, hvorvidt borgeren føler sig ensom. Begge redskaber var de forløbsansvarlige positive stemte over for, både i opstarts- og afslutningsfasen. De bliver beskrevet som ”ligetil” at anvende:

DEMMI det er den fysiske [test]. Enten så kan de, ellers så kan de ikke, og den er sådan fair nok. (Terapeut, Slagelse)

Ensomhedstesten [UCLA], den synes jeg er rar. Det var måske en, som alle kunne bruge. (Sygeplejerske, Slagelse)

Disse to redskaber har været nemme for de forløbsansvarlige at forholde sig til og anvende. Flere havde kendskab til DEMMI forud for projektet, og derudover blev det beskrevet, at det var nyttigt med et så konkret redskab. UCLA bliver på samme vis beskrevet som nem at gå til, og i denne sammenhæng bliver det pointeret, at det er, fordi den er simpel og kun udgør tre spørgsmål. I rollen som forløbsansvarlig oplever såvel terapeuterne og sygeplejerskerne, at der er klare fordele ved at anvende disse redskaber fremadrettet i forhold til udredning og at få indsigt i borgerens situation.

AT ARBEJDE MED UDGANGSPUNKT I BORGERENS MÅL OG MOTIVATION

Borgernes motivationsniveau er som tidligere nævnt en afgørende faktor i et rehabiliteringsforløb, og dermed er det også væsentligt, at den forløbsansvarlige og de øvrige faggrupper, der er involveret i borgerens for-

løb, er i stand til at arbejde motiverende. Særligt når borgernes målsætning skal identificeres og formuleres, er det vigtigt, at den forløbsansvarlige, i samarbejde med borgeren, opstiller mål for forløbet, der udspringer af borgerens motivation (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Alle faggrupper bakker op om vigtigheden af at kunne arbejde motiverende og finder det meningsgivende at tage udgangspunkt i borgerens motivation. I begge kommuner giver de forløbsansvarlige udtryk for, at de har arbejdet ud fra disse principper, og at de oplever, at hovedparten af borgerne har været positivt indstillede og motiverede for at indgå i rehabiliteringsforløb.

For at fremme og fastholde borgerens motivation og parathed til forandring har den forløbsansvarlige, i samarbejde med borgeren, skullet fastsætte mål for selve rehabiliteringsforløbet. Hvorvidt målene med borgerens forløb er blevet fastsat med udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af dennes situation, og hvilke forandringer borgeren selv er motiveret for, kan de forløbsansvarliges brug af COPM-redskabet indikere. Som tidligere beskrevet er COPM et interviewbaseret målsætningsredskab, der ud fra borgerens ønsker og behov har til formål at identificere, hvilke aktivitetsproblematikker borgeren oplever som vigtige, og på denne baggrund sætte mål for forløbet. Som det fremgik i kapitel 3, har den forløbsansvarlige og borgeren i fællesskab i 86 pct. af rehabiliteringsforløbene udfyldt en COPM. Dette resultat viser, at der i begge kommuner i høj grad er blevet arbejdet med at kortlægge borgerens egne mål med forløbet.²⁶ Det skal dog nævnes, at COPM'en for nogle borgere er forholdsvis begrænset udfyldt. Dette hænger i høj grad sammen med borgernes kognitive funktionsevne, idet flere borgere har haft vanskeligheder ved at bevare koncentrationen og holde fokus gennem hele interviewet eller ikke har været i stand til at forholde sig til alle spørgsmålene. At der kan være udfordringer forbundet med at anvende COPM i målsætningsarbejdet med borgere, der har kognitive funktionsnedsættelser, viser erfaringerne fra andre kommuner også, som har gjort brug af redskabet (Kjellberg m.fl., 2013).

I rehabiliteringsmodellen hedder det endvidere, jf. kapitel 1, at borgerens mål skal ”oversættes” til SMART-sikre mål, således at målet

26. Hvad der kendetegner de 14 pct. af borgere, hvor COPM ikke er udfyldt, er ikke dokumenteret, men skyldes sandsynligvis, at borgerne enten ikke ønsker at gennemføre denne test eller har for store kognitive funktionsevnebegrænsninger til at kunne samarbejde om at anvende redskabet.

kan anvendes som et styringsredskab for forløbet. På baggrund af oplysningerne i registreringsskemaet er det muligt at belyse, i hvilket omfang de fastsatte mål er specifikke, målbare, realistiske og tidsafgrænsede. Det antages som udgangspunkt, at målene er accepterede og meningsfyldte for alle parter, eftersom de er blevet fastsat i dialog mellem borgeren og den forløbsansvarlige. Vurderes målene ud fra, hvorvidt de er specifikke, målbare og tidsafgrænsede, overholder hovedparten af de opstillede mål helt eller delvist disse kriterier.

I 43 pct. af forløbene er de fastsatte mål specifikke, målbare og tidsafgrænsede. To uddrag fra registreringsskemaet illustrerer, hvordan de forløbsansvarlige har angivet, hvad målet helt konkret er med forløbet, og inden for hvilken tidshorisont målet forventes opnået. For en borger er målet:

... at borger inden for seks uger kan tage bad hver dag med brug af badebænk. At borger inden for 12 uger kan gå med rollator til beboerhus, hvor der er aktiviteter, og at borger inden for 12 uger kan gå med rollator til værested Godthåb.

For en anden borger er målet:

... at borger inden for 12 uger kan gå med rollator og personfølgende ud til ægteparrets bil, komme ind og ud af bilen med vejledning og støtte fra ægtefælle. Borger ønsker at komme med ægtefælle ud at køre en tur og besøge bekendte. Delmål, at kunne rejse sig fra stol og gå med rollator og personfølgende.

I 45 pct. af forløbene opfylder målene delvist disse kriterier. Disse mål er fortsat i overvejende grad meget specifikt formulerede, men mangler en eksplicit tidsramme for, hvornår målene ventes opnået. Dog bør to forhold bemærkes. For det første har de forløbsansvarlige i langt de fleste af disse forløb noteret, hvorvidt der er tale om korte-, mellem- eller langsigtede mål. I enkelte tilfælde ville tidsafgrænsningen med fordel kunne have været konkretiseret yderligere, men i langt hovedparten af forløbene kan den overordnede angivelse af målenes tidsperspektiv fortsat anvendes som et styringsredskab og til opfølgning på borgernes forløb. For det andet er der en gruppe af borgere, der kun har et enkelt mål med deres forløb, som fx at være i stand til at tage bad selv eller varetage rengøringen på samme måde som før funktionsnedsættelsen. I de fleste af disse

forløb, hvor borgeren blot har et enkelt mål af denne karakter, vurderes det, at der ikke nødvendigvis er behov for en nærmere præcisering af tidsrammen. Derimod vurderes det, at 12 pct. af forløbene ikke har SMART-sikrede mål. I disse forløb er målene hverken specifikke, målbar eller tidsafgrænsede, og det fremgår oftest blot, at borgeren har et ønske om at blive selvhjulpnen til fx praktisk hjælp eller personlig pleje.

Med henblik på at vurdere, om målene er realistiske, har den forløbsansvarlige både skullet registrere, hvis der er sket væsentlige ændringer undervejs i borgerens forløb, som fx ændringer i målsætningen for forløbet, og om målene er blevet opnået. I det omfang, der har været behov for at ændre i målsætningen, skyldes det oftest, at borgerens mål fra start enten har været for ambitiøse, eller at borgeren har oplevet en forværring af sin situation undervejs i forløbet, hvorfor målene er blevet tilpasset herefter. Som det blev beskrevet i kapitel 3, har hovedparten af borgerne nået deres mål inden for den afsatte tid. Her skal det dog nævnes, at nogle af forløbene er blevet forlænget netop for at nå målopfølgelsen. I de tilfælde, hvor borgerne ikke har fået indfriet deres mål, er det kun i et fåtal af forløb noteret, at det skyldes, at målene har været for urealistiske eller ambitiøse at nå.

Der er med andre ord blevet arbejdet med udgangspunkt i borgernes egne målsætninger og motivation, og målene lever i mange af forløbene op til kravene om at være SMARTe. Mens medarbejderne oplever, at de fleste borgere har været positivt indstillede over for rehabiliterings-tankegangen, er det derimod de pårørende, der i begge kommuner bliver beskrevet som den største udfordring i forhold til, om borgerne skal indgå i et rehabiliteringsforløb:

Det er den der med: ”Jamen min mor har betalt skat i 50 år, så nu skal hun altså også bare have lov til at få og få og få”. Man skal finde motivationen, og overbevise dem om, at det her er supergodt for din mor. (Visitor, Slagelse)

Der er nogle pårørende, der ikke kan forstå det. De kan ikke se den proces med, at det er hjælp til selvhjælp. Der kan man også godt møde en mur, for så kommer der en masse diskussioner fra pårørende og til visitationen, hvor man hører det den vej igennem. (Terapeut, Slagelse)

Som det fremgår i ovenstående citater, oplever medarbejderne således i nogle tilfælde, at det er de pårørende, snarere end borgerne selv, som stiller sig kritiske over for den rehabiliterende tankegang.

TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Et af de centrale elementer i rehabiliteringsmodellen er det tværfaglige samarbejde. Den rehabiliterende tilgang hviler på en ny forståelse for samarbejde på tværs af faggrupper. I stedet for en primært monofaglig tilgang skal visitatorer, ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker og SOSU-medarbejdere, samt øvrige relevante fagligheder som ernæringsvejledere, demenskoordinatorer mv., i højere grad end tidligere arbejde tværfagligt for at skabe et helhedsorienteret forløb for borgeren, der i højere grad skal sikre, at borgeren når sine mål og bliver selvhjulpnen i det omfang, det er muligt. Selv om begge kommuner forud for projektet delvist arbejdede ud fra en rehabiliterende tilgang, har dette fokus på øget samarbejde krævet en faglig omstilling, om end i forskellig grad, alt afhængigt af faggrupper og deres tidligere tilknytning til det rehabiliterende arbejde.

Med henblik på at sikre en høj tværfaglighed har begge kommuner udarbejdet en tværfaglig mødestruktur for samarbejdet mellem de forskellige faggrupper. Som beskrevet i kapitel 1, har kommunerne valgt at organisere mødestrukturen og det tværfaglige samarbejde på forskellig vis. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at der i Syddjurs Kommune forud for opstarten på borgerens rehabiliteringsforløb har været afholdt et planlægningsmøde med visitator, den forløbsansvarlige, den faste SOSU-medarbejder samt øvrige relevante fagligheder for at sikre vidensdeling i det tværfaglige team og koordinering af de tværfaglige møder undervejs i forløbet. I Slagelse Kommune har sådanne møder ikke fundet sted, men derimod har det været den forløbsansvarliges opgave at koordinere borgerens rehabiliteringsforløb med relevante faggrupper. Derudover har man i Slagelse Kommune organiseret det tværfaglige samarbejde omkring nogle ugentlige ”stormøder” som områdelederne fra hjemmeplejen har faciliteret. Alt efter behov har de forløbsansvarlige kunnet sætte en borger på dagsordenen, og det har derefter været områdelederens opgave at indkalde det tværfaglige team, tilknyttet den pågældende borger, til mødet, hvor blandt andet borgerens generelle situation, mål og indsatser er blevet drøftet. I Syddjurs Kommune har man ikke afholdt sådanne stormøder men derimod er der blevet afholdt selvstændige møder for hver enkelt borger i det tværfaglige team. I udgangspunkt-

tet har møderne været afholdt i borgerens eget hjem med henblik på at inddrage borgeren og dennes eventuelle pårørende i opfølgning på mål og drøftelser af indsatser mv.

For samtlige af de interviewede faggrupper har der fra start været en positiv holdning til det øgede tværfaglige samarbejde, som arbejdet med rehabiliteringsmodellen fordrer. Medarbejderne giver udtryk for, at et øget samarbejde faggrupperne imellem er noget, der er blevet efterspurgt forud for implementeringen og afprøvningen af rehabiliteringsmodellen, og selve tanken om dette er der bred opbakning til. Medarbejderne beskriver også, hvordan de har oplevet, at samarbejder på tværs af faggrupper er blevet styrket gennem projektperioden, og visitatorerne i begge kommuner beskriver, hvordan det i deres optik kommer borgerne til gode:

Jeg synes, at det er godt, og der er sket en positiv udvikling. Det er blevet bedre, og vi har lært hinanden at kende. Nu ved jeg, hvem Gitte ude på Mols er. Det er virkelig godt. Og jeg tror også, at det er bedre for borgerne, at vi kender hinanden og har snakket sammen. (Visitor, Syddjurs)

Jeg ser det som en stor kvalitet for borgerne. De får virkelig muligheder ved det tværfaglige panel, der kommer i deres hjem meget hurtigt. Og fra starten af er der sikret den her tværfaglighed, om at man laver aftaler, så alle er indforståede med, at det er det, man gør. Det er planen, og så laver man opfølgende møder. Jeg synes, det er virkelig fint for borgerne. (Visitor, Slagelse)

I begge kommuner bliver det af medarbejderne beskrevet, at et vellykket rehabiliteringsforløb kræver tværfagligt samarbejde, og i denne sammenhæng påpeges især det fysiske møde og den direkte kontakt som afgørende for et godt samarbejde mellem faggrupperne:

Hvis et forløb skal lykkes, så skal der være et godt samarbejde omkring borgeren. Generelt synes jeg, at der er et godt samarbejde, og vi snakker godt sammen. Jeg synes, at det bliver lidt nemmere, når man mødes fysisk, hvor man kan sætte nogle flere ord på. (Visitor, Slagelse)

Det fysiske møde og i høj grad det at kunne tale sammen og ikke blot være i skriftlig kontakt har, ifølge medarbejderne, en afgørende positiv

betydning. I Syddjurs Kommune, hvor overleveringen fra visitationen til det resterende team sker på et fast planlægningsmøde, hvor medarbejderne fysisk er samlet, bliver beskrevet som afgørende for borgerens rehabiliteringsforløb:

Opstartsmødet er grunden til, at det fungerer rigtig, rigtig godt. Dér er vi kommet rundt om hele borgeren. Dér fungerer det supergodt. (Visitor, Syddjurs)

Som førhen nævnt blev dette møde blandt andet benyttet til at sikre en vidensdeling og koordinering på tværs af de faggrupper, der var involveret i borgerens forløb.

I Slagelse Kommune har den valgte organisering for det tværfaglige samarbejde fordret, at det i høj grad var den forløbsansvarliges opgave at koordinere og planlægge borgerens rehabiliteringsforløb, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved, at der som sagt ikke har været afholdt fysiske planlægningsmøder det tværfaglige team imellem. I forlængelse heraf giver medarbejderne udtryk for, at de tværfaglige møder ikke i samme omfang er blevet implementeret og prioriteret. Fx er der blandt faggrupperne en oplevelse af ikke at blive inviteret til de tværfaglige møder.

Jeg har ikke været indkaldt til noget overhovedet. Jeg kan ikke svare dig på hvorfor. Jeg kan være bekymret for, at det er fordi, man ikke prioriterer det. (...) Dagene ligger fast, så det handler bare om at sætte borgeren på. Så det er ikke, fordi vi ikke prioriterer det. Hvis vi får indkaldelsen, så kommer vi. Men jeg får den ikke, og det tror jeg ikke, at ret mange af mine kollegaer gør. (Visitor, Slagelse)

Hvor i kæden det går galt, er uklart, men som det fremgår i ovenstående citat, er der blandt nogle medarbejdere en oplevelse af ikke at blive indkaldt til de tværfaglige møder. Medarbejderne giver udtryk for, at ikke alle områdeledere har prioriteret de ugentlige stormøder. Selv om det har været op til de forløbsansvarlige at synliggøre behovet for møder i det tværfaglige team, har det som sagt været områdelederne, der har skullet facilitere og indkalde de relevante medarbejdere til disse møder.

I begge kommuner bliver særligt det tværfaglige samarbejde med sygeplejerskerne beskrevet som sårbart, da de fysisk er placeret væk fra

de øvrige faggrupper og har arbejds gange, der gør det svært for de andre faggrupper at kontakte dem over telefon:

Dem, vi kun kan skrive til, er sygeplejerskerne – dér har vi ikke mulighed for at ringe sammen. Det er umuligt, og det går lidt ud over samarbejdet, for det skrevne er nogle gange lidt sværere. Når man skriver frem og tilbage om en måske banal ting, som man lige kunne få talt sammen om, så kan det misforstås. Så det er lidt ærgerligt, at det er så svært at tale sammen i vores organisation, hvis ikke man er placeret tæt sammen. (Visitor, Slagelse)

Det tværfaglige samarbejde på tværs af ergo- og fysioterapeuter og SOSU-medarbejdere bliver beskrevet som styrket. SOSU-medarbejderne føler sig mere inddraget af de øvrige faggrupper i det rehabiliterende arbejde end tidligere. Selvom samarbejdet mellem terapeuterne og SOSU-medarbejderne i Syddjurs Kommune i høj grad var etableret forud for projektet, opleves det som yderligere styrket i forbindelse med implementeringen og afprøvningen af den nye rehabiliteringsmodel. I Slagelse Kommune var dette samarbejde derimod ikke på samme måde etableret, men blev tværtimod oplevet som en udfordring forud for projektet. Medarbejderne oplever dog, at dette samarbejde er blevet betydeligt styrket i løbet af projektperioden.

Blandt SOSU-medarbejdere er det også samarbejdet med sygeplejerskerne, der bliver problematiseret, og igen er det den fysiske afstand, der bliver betonet som afgørende:

Efter vi er startet på det her, så er det tværfaglige blevet rigtig, rigtig godt. Det eneste, jeg kan savne, er, at jeg ved, hvem der er på arbejde af sygeplejerskerne. Der er sket det, at alle vores sygeplejersker er blevet flyttet. I starten der vidste vi, hvem der var på arbejde, men det ved vi ikke, fordi de i dag alle sammen kører ud der fra et andet sted, som ligger væk fra os. Så ved vi ikke, hvem vi skal kontakte, og det kan jeg savne lidt. (SOSU-medarbejder, Syddjurs)

I Slagelse Kommune har der gennem projektet været en kløft mellem visitatorerne og sygeplejerskerne, og gennem implementeringen af rehabiliteringsmodellen er det ikke lykkedes at etablere et godt tværfagligt samarbejde mellem disse to faggrupper. Sygeplejerskerne føler sig hver-

ken hørt eller inddraget, og den kommunikation, som i Syddjurs Kommune bliver beskrevet som tovejs, er ikke at finde i samme omfang i Slagelse Kommune mellem disse to faggrupper²⁷:

Vi har også samarbejdet med visitationen, men det har været meget envejskommunikation og nogle skriverier, fordi de har deres love, regler og paragraffer, som de arbejder efter. Så kan vi komme med vores bløde værdier og stikke dem et eller andet sted hen, hvor vi ikke kan finde dem, fordi det er de ligeglade med. (Sygeplejerske, Slagelse)

Jeg er holdt op med at henvende mig, for jeg har henvendt mig to gange, og jeg har intet svar fået. Og jeg har bare tænkt, nå okay, jeg har åbenbart ingenting at skulle have sagt. Det vurderer de åbenbart selv. (Sygeplejerske, Slagelse)

I Syddjurs Kommune bliver samarbejdet med sygeplejegruppen heller ikke i samme grad beskrevet som vellykket som det tværfaglige samarbejde mellem de øvrige faggrupper. Det er dog i denne sammenhæng relevant at understrege, at man i Syddjurs Kommune valgte at reorganisere sygeplejerskernes inddragelse i projektet undervejs. Til at starte med var en større gruppe af sygeplejerskerne inkluderet i projektet. Efter en vanskelig opstart blev det besluttet, at man i stedet udvalgte færre sygeplejersker, der skulle varetage rollen som forløbsansvarlige. I modsætning til tidligere fik disse sygeplejersker til opgave at være på projektet på fuld tid. De har dermed alene skullet varetage opgaven som forløbsansvarlige såvel som de sygeplejefaglige opgaver, der har knyttet sig til de borgere, de har haft i forløb. Denne omstrukturering har været med til at styrke det tværfaglige samarbejde med sygeplejerskerne og de andre faggrupper i Syddjurs Kommune. Det har også i højere grad givet sygeplejerskerne ejerskab til rollen som forløbsansvarlig. Sygeplejerskerne giver dog samtidig udtryk for, at det har haft negativ betydning for det monofaglige samarbejde, da det har betydet, at der ikke på samme måde som tidligere har været mulighed for sparring med andre sygeplejersker.

27. Som nævnt i kapitel 2 blev projektperioden forlænget og de afsluttende interview mv. blev gennemført ved projektets oprindelige planlagte afslutningsfase. Det er derfor væsentligt at være opmærksom på, at vi ikke har mulighed for at belyse, hvorvidt dette forhold har ændret sig i løbet af den periode, som projektet blev forlænget med.

SYGEPLEJERSKEN SOM FORLØBSANSVARLIG

Som tidligere beskrevet har den rehabiliterende tankegang ikke været ny i hverken Syddjurs eller Slagelse Kommuner, men at inddrage sygeplejerskerne i denne tilgang har været et nyt tiltag i begge kommuner. Netop derfor er det interessant at belyse, om og hvordan kommunerne er lykkedes med at inkludere sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde og i rollen som forløbsansvarlig.

Blandt sygeplejerskerne har projektet krævet en tilgangsændring og nye arbejdsgange, der ikke i samme grad kører efter det skema, som de var vant til forud for projektet. Som nedenstående citat illustrerer, opleves inddragelsen af sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde som en kulturændring:

Det er lidt en kulturændring i måden, vi arbejder på, i forhold til hvordan man gerne vil have os til at arbejde. Og jeg tror egentlig, at vi alle sammen synes, der er rigtig meget god sygepleje i den nye måde at arbejde på, men det er så svært en ændring at gå fra de her meget stringente opgaver, du har, og så til den anden måde, hvor der er flere samarbejdsflader, der skal lykkes. (Sygeplejerske, Syddjurs)

At inkludere sygeplejersker som forløbsansvarlige og dermed som dem, der skulle stå for at organisere og koordinere rehabiliteringsforløb, har i begge projektkommuner vist sig at være en stor udfordring. Denne udfordring beskrives af medarbejderne på tværs af faggrupper og ligeledes af sygeplejerskerne selv. I særdeleshed i Slagelse Kommune har det været en udfordring at skulle inddrage sygeplejerskerne som forløbsansvarlige, og ved den planlagte slutperiode i projektet var der ikke ifølge visitationen nogen vellykkede gennemførte forløb, hvor en sygeplejerske har været forløbsansvarlig²⁸:

Jeg synes helt klart, at de bedste forløb, jeg har haft, har været med træningsterapeuter og hjemmeterapeuter. Jeg har ikke oplevet et forløb med sygeplejerskerne, der har været gennemført. (Visitor, Slagelse)

28. I alt blev der gennemført syv rehabiliteringsforløb med en sygeplejerske som forløbsansvarlig i Slagelse Kommune.

I projektets opstartsfasen påpegede sygeplejerskerne i begge kommuner, at terapeuterne var mere oplagte til at være en del af projektet og varetage rollen som forløbsansvarlig. Denne opfattelse afspejler i høj grad, at nogle af sygeplejerskerne forbinder rehabilitering med fysisk genoptræning, hvilket fremgår i følgende citater:

Projektet og selve ordet ”rehabilitering” kalder egentlig også på terapeuter og kalder på dem, der genoptræner og får en udvikling i gang i hjemmet. Så kan vi komme som konsulenter og hjælpe hen ad vejen, men vores viden omkring sygdom og medicin og hele projektet kalder slet ikke på os. Det er jo en udvikling, hvor man vil flytte patienten fra ét sted til et andet, og det er ikke det, vi går og arbejder med. Det er det, terapeuterne arbejder med hver evig eneste dag. Der arbejder de med forløb, hvor de skal flytte borgeren fra ét sted til et andet. Jeg tror, at det er en fejlbedømmelse, at vi er blevet uddannet som forløbsansvarlige og skal have de forløb. Jeg tror, 98 procent af forløbene kalder på en terapeut. Det er meget få forløb, der kalder på os. (Sygeplejerske, Slagelse)

Jeg er fuldstændig enig, fordi de [borgerne] vil gerne lære at gå, de vil gerne lære at klare sig selv, men ikke det der med at passe sit sår, det kommer sygeplejen jo og gør. Det er ikke borgerens ønske, og det er jo borgerens ønske, vi skal kigge på. (Sygeplejerske, Slagelse)

Sygeplejerskerne i Slagelse Kommune uddyber endvidere, at borgerne ikke efterspørger forløb med fokus på udvikling i forhold til deres arbejdsfelt, som eksempelvis sårbehandling. Det bliver derimod af borgerne betragtet som elementer, hvor det ikke er nødvendigt, at de selv påtager sig ansvaret:

Jeg ved godt, at der er ting, som kan hele, og som skal løse sig, men det er ikke det, projektet kalder på, og det er slet ikke det, borgerne bliver spurgt om. Og det er i hvert fald ikke det, borgerne siger. De har fokus på, hvad de selv kan, og hvad de vil med livet. At vi så kan blive inddraget til sårbehandling, men at være forløbsansvarlig, det er helt skudt ved siden af. (Sygeplejerske, Slagelse)

I begge kommunerne har sygeplejerskerne i projektets opstartsfasen som sagt svært ved at se sig selv som egnede til at varetage rollen som forløbsansvarlig. Denne udfordring har været med til at skabe en modstand mod projektet. En sygeplejerske giver udtryk for, at denne modstand udspringer af, at det kan være svært at se formålet med inddragelsen af deres faggruppe i det rehabiliterende arbejde, særligt fordi måden, hvorpå deres arbejdsopgange forud for projektet var organiseret, fungerede fint for dem, ligesom det kræver mange ressourcer at skulle omlægge deres arbejdsopgange:

Det har også noget med at gøre, at den måde vi arbejder på nu, den fungerer jo for os. Vi løser de opgaver, vi skal. Vi kan sådan vinge af: ”det var et sår, det var insulin”, hvor den her anden opgave, den her uoverskuelige mængde tid, det tager, indtil det er noget, der sidder på ryggen, og man ved, hvad det går ud på. Så er det, som om at man ikke rigtig kan se formålet med det. (Sygeplejerske, Syddjurs)

Særligt det store redskabsapparat, som de forløbsansvarlige har skullet anvende hos borgeren, har været en opgave, sygeplejerskerne har fundet udfordrende:

De test vi skal udføre, det er nogle test, som terapeuterne er uddannet i. Det er ikke os, der er uddannet, for vi har vores sygeplejefaglige problemområder, som vi vurderer og snakker med patienterne om. Så det har ikke været nemt. (Sygeplejerske, Slagelse)

At udføre fire test, som jeg ikke er uddannet til at udføre, og som jeg har fået undervisning i, der ligger over et år tilbage. Nu skal jeg ud og lave test på fredag, og jeg aner ikke mit levende råd. Lad dem, som er uddannet til det, lad dem om det. Vi er gode til at screene folk ud fra de sygeplejefaglige problemområder, lad os gøre det. Det er det, vi er gode til. Og lad terapeuterne om det træningsmæssige. (Sygeplejerske, Slagelse)

Ud fra citaterne fremgår det, at sygeplejerskerne fra begyndelsen ikke følte, at deres fagspecifikke kompetencer i tilstrækkelig grad var tænkt ind i rollen som forløbsansvarlig, og at dette var en udfordring i forhold til at få dem til at tage ejerskab over rollen som forløbsansvarlig.

I begge kommuner oplyser terapeuterne, at de ikke føler, at sygeplejerskerne har været i stand til at tage teten, og ikke mener, at denne faggruppe har været i stand til at løfte opgaven. I Syddjurs Kommune bliver den store udskiftning blandt sygeplejerskerne beskrevet som en af årsagerne hertil:

For at sige det helt ærligt, så har vi haft én sygeplejerske, der har taget teten fra starten, og det er hende i dag, hvor det kører. Resten har vi hjulpet utrolig meget, og der har været utrolig meget udskiftning. (Terapeut, Syddjurs)

Terapeuterne italesætter sig selv som en afgørende drivkraft for projektet, og tillægger sig selv stor betydning for projektet, og føler ejerskab over projektet:

Vi har 100 procent ejerskab over for det her. Det er os, der er den. Hvis vi ikke var her, så var der ikke noget projekt. (Terapeut, Syddjurs)

I begge kommuner bliver det af visitationen endvidere fremhævet, at de har oplevet modstand blandt sygeplejersker, og visitatorerne oplever, at sygeplejerskerne ikke har taget teten, når de er blevet tildelt et forløb.

Der er mange forløb, hvor det har givet mening, at det er en sygeplejerske, men vi oplever nok lidt modstand fra dem. Det er ikke prioriteret. (Visitor, Slagelse)

Så oplever vi generelt, og det er en generalisering, at der ikke har været opbakning fra sygeplejegruppen. De har ikke syntes, at vores vurdering har været i orden. De synes ikke, at de skal være forløbsansvarlige, selvom vi har fået nogle kriterier, der skal være opfyldt, for at det skal være en sygeplejerske. (Visitor, Slagelse)

I Syddjurs Kommune har sygeplejerskernes syn på sig selv som relevante i projektet ændret sig, efterhånden som projektet skred frem. Sygeplejerskerne fortæller ved det afsluttende interview, at de ser sig selv som afgørende for projektet, og at det ved mange forløb giver god mening, at en sygeplejerske er forløbsansvarlig. Samme udvikling er ikke at finde i Slagelse Kommune, hvor sygeplejerskerne ved det afsluttende interview

fortæller, at de ikke ser deres faggruppe som relevant i rollen som forløbsansvarlig.²⁹

At det har været vanskeligt at inkludere sygeplejerskerne som forløbsansvarlig, skyldes sandsynligvis en række forskellige omstændigheder, men den vigtigste er formentlig, at sygeplejerskerne er den faggruppe, hvis arbejdsgang er blevet ændret mest, da de ikke tidligere har været tænkt ind i det rehabiliterende arbejde, og ikke forud for projektet har været vant til at arbejde tværfagligt i samme grad som de øvrige faggrupper. Det er derfor ikke overraskende, at det er en ændring, der kræver tid, og som ikke alle nødvendigvis har ønsket at være en del af.

Endvidere har beslutningen om at inkludere en stor gruppe sygeplejersker fra projektets opstart vist sig ikke at være gavnlige. Derimod har det været konstruktivt, som man senere hen valgte at gøre i Syddjurs Kommune, at udvælge en mindre gruppe sygeplejersker, der på fuld tid har indgået i projektet og ikke har skullet varetage sygeplejefaglige opgaver i andre hjem end dér, hvor de har haft rehabiliteringsforløb. For denne gruppe er der blevet etableret en ejerskabsfølelse over for projektet, og disse sygeplejersker har beskrevet sig selv som ikke blot relevante i det rehabiliterende arbejde men også i rollen som forløbsansvarlige.

Derudover er det relevant at nævne, at 89 pct. af borgerne har modtaget indsatser rettet mod fysisk træning og/eller ADL-træning (trænings i dagligdagsaktiviteter). At hovedparten af borgerne har modtaget indsatser af fysisk karakter, kan være en årsag til, at sygeplejersker ikke i samme grad som terapeuter har varetaget rollen som forløbsansvarlig, da forløbet i højere grad i udgangspunktet ”kalder” på en terapeut. Dog er der, jf. kapitel 3, en væsentlig kommunal forskel i hvor mange rehabiliteringsforløb sygeplejerskerne har været forløbsansvarlige for. I Syddjurs Kommune har sygeplejerskerne i løbet af projektperioden stået i spidsen og haft ansvaret for 22 pct. af rehabiliteringsforløbene, mens sygeplejerskerne i Slagelse Kommune har varetaget 4 pct. af forløbene. Dette er med til at understrege forskellen i hvordan og i hvilket omfang sygeplejerskerne har indtaget rollen som forløbsansvarlige i de to projektkommuner og underbygger det billede, der tegner sig i Syddjurs Kommune af, at sygeplejerskerne i høj grad er blevet inkluderet det rehabiliterende ar-

²⁹ Det bør igen bemærkes, at vi ikke kan udtale os om, hvorvidt disse betragtninger og holdninger har ændret sig i løbet af den periode, som projektet blev forlænget med.

bejde og i rollen som forløbsansvarlige, mens det ikke på tilsvarende vis er sket i Slagelse Kommune.

De udfordringer, der har været med at inkludere sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde, gør sig ikke kun gældende i Syddjurs og Slagelse Kommuner. En rapport, der gennemgår danske studier vedrørende sygeplejerskers rolle i rehabiliterende arbejde, peger på, at det er en generel problematik at inkludere sygeplejerskerne i rehabiliterende indsatser, og at en del af udfordringerne skyldes, at sygeplejerskerne tildeles roller og opgaver, som ikke matcher deres faglighed (Kjellberg & Graff, 2017).

PROJEKTLEDELSE – JO TÆTTERE PÅ PRAKSIS, DES BEDRE

Ledelsen har en selvstændig betydning, når mål på organisationsniveau skal omsættes til handling af medarbejdere. Afgørende er graden af informationsasymmetri mellem ledere og medarbejdere, i hvilken grad medarbejderne oplever ledelsesmæssig opbakning til nye tiltag, og hvor klare og præcise opgaverne er, som medarbejderne skal løse (Winther & Nielsen, 2008). I særdeleshed har projektlederne spillet en afgørende rolle i projektet, da de har fungeret som bindeleddet mellem ledelsen og medarbejderne.

I Slagelse Kommune giver medarbejderne udtryk for, at de ikke har været tilfredse med kommunikationen fra ledelsen, og at kommunikationen om deres fremtidige arbejdsgange og konkrete opgaveløsning ikke har været tilstrækkelig. I særdeleshed i opstartsfasen var oplevelsen blandt medarbejderne, at kommunikationen fra ledelsen var uklar og forskelligrettet. Dette fremgår af følgende citater:

Beskeder fra top til bund har været for lang tid undervejs, og så sidder man og tolker. Det er kommet i regndråber i stedet for én stråle. Der har ikke været nogen klar arbejdsgang fra start. (Visitator, Slagelse)

Der er meget af det praktiske i det, der ikke er på plads. Det er det, der er frustrerende. Der er også meget ledelsesmæssigt, der ikke er på plads, hvor det er, at man hører fra den ene og den anden, og at det ikke hænger sammen. Og sådan noget burde være på plads, inden man starter op, fordi det giver bare frustrationer længere nede. Så kan det godt være, man siger, at det er lavpraktisk. Ja, men det er det, vi arbejder ud fra. (Terapeut, Slagelse)

At medarbejderne i Slagelse Kommune har oplevet, at der hverken har været tilstrækkelig eller ensartet information omkring projektet, har været med til at skabe frustrationer blandt medarbejderne, og dette er en væsentlig faktor, der kan have påvirket medarbejdernes implementering af modellen. At der blandt medarbejderne har været en større skepsis at spore i forhold til ledelsen i Slagelse Kommune frem for i Syddjurs Kommune, kan muligvis skyldes, at der i Syddjurs Kommune har været den samme projektleder fra start til slut, som har været inde i projektet og har haft et tæt samarbejde med medarbejderne såvel som ledelsen. I Slagelse Kommune har der derimod igennem projektperioden været udskiftning, og fire forskellige personer har varetaget projektlederrollen.

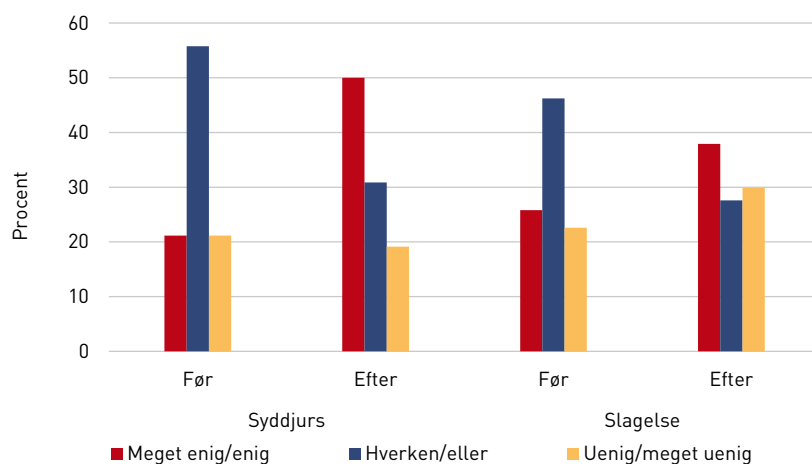
Af medarbejderspørgeskemaet fremgår det også, at medarbejderne i begge kommuner fra begyndelsen ikke har følt sig tilstrækkeligt inddraget i beslutningsprocesserne. I figur 6.3 ses det, at denne holdning har ændret sig i løbet af projektperioden, og for Syddjurs Kommune gør det sig gældende, at der til forskel fra opstartsperioden, hvor kun 21 pct. følte sig tilstrækkelig involveret, i slutperioden var 50 pct. af medarbejderne, der enten var meget enige eller enige i, at de havde været tilstrækkelig involveret i beslutningsprocesserne.

I Slagelse Kommune ses samme tendens, men ikke i helt samme grad. Mens blot 25 pct. i starten af projektet følte sig tilstrækkelig involveret, steg denne andel til 38 pct. ved projektets afslutning. Dog skal det samtidig påpeges, at andelen, der er uenige i dette udsagn også var større ved projektperiodens afslutning i Slagelse Kommune.

At medarbejderne i Syddjurs Kommune i højere grad end i Slagelse Kommune har følt sig involveret i beslutningsprocesserne, kan skyldes, at projektlederen i Syddjurs Kommune gennem hele projektperioden har været mere synlig for medarbejderne og har sørget for fysisk at være tæt på medarbejderne, så det har været muligt at etablere en tættere og mere kontinuerlig kontakt på tværs af medarbejderne og ledelsen.

FIGUR 6.3

Medarbejderne i rehabiliteringsprojektet, fordelt efter graden af enighed i udsagnet: "Jeg har tilstrækkelig indflydelse på de beslutninger, der bliver truffet" før og efter projektet. Særskilt for Syddjurs og Slagelse Kommuner. Procent.



Anm.: Beregningsgrundlag: Syddjurs, førmåling: 52, eftermåling: 68. Slagelse, førmåling: 93, eftermåling: 87.

LEDERNES OG PROJEKTLEDERNES PERSPEKTIV

Ud over at afdække implementeringen fra medarbejdernes perspektiv er det også vigtigt at belyse implementeringen fra et ledelsesniveau, da forskning viser, at ledelse påvirker implementeringsprocesser. Ved at formulere tydelige mål, bakke disse mål op med klare signaler og forventninger til personalet og sørge for at rekruttere og uddanne gode medarbejdere, kan processen påvirkes (Winther, 2003).

Som redegjort for i kapitel 2 er relevante ledere samt projektlederne i begge kommuner blevet interviewet både før og efter afprøvnin-gen af rehabiliteringsmodellen. Udover ældrecheferne i begge kommuner og den ansvarlige afdelingsleder i Slagelse Kommune drejer det sig om lederne af henholdsvis sygeplejen, visitationen, træningsterapeuterne og hjemmeplejen. Endvidere er projektlederne i de to kommuner blevet interviewet på samme måde som ledergruppen, idet projektlederne har stået for den daglige vejledning af medarbejderne i forbindelse med af-

prøvningen af modellen for rehabiliteringsforløb og dermed har haft en stor indflydelse på projektets gennemførelse i praksis.

HOLDNING TIL PROJEKTET

Begge projektkommuner har aktivt søgt om at være en del af projektet, hvilket må betragtes som et udtryk for, at der på ledelsesniveau i begge kommuner forud for projektet har været et ønske om at være en del af projektet, og at de derfor i udgangspunktet har været positivt indstillet over at skulle indføre og afprøve modellen for rehabiliteringsforløb. Begge kommuner har forud for projektet i forskellig grad arbejdet rehabiliterende, men den systematiske tilgang med en konkret model med faste rammer har været ny i begge kommuner. Med henblik på at udfylde disse rammer og forankre projektet og rehabiliteringsmodellen har begge kommuner blandt andet udpeget en projektleder, og, jf. kapitel 1, udarbejdet detaljerede sagsgangsbeskrivelser for rehabiliteringsforløbene og etableret en konkret mødestruktur og organisering for det tværfaglige samarbejde.

At skulle tage udgangspunkt i en model med på forhånd angivne rammer har ledelsen i begge kommuner fundet positivt:

Her fik vi en model, og dels var der nogle rammer, og så kunne vi selv strukturere møderne og bestemme deltagerne. Det har udviklet organisationen meget. Det har styrket organisationen. (Projektleder, Slagelse)

I Slagelse Kommune bliver det i den afsluttende fase påpeget, at det at arbejde struktureret ud fra modellen har styrket organisationen. I Syddjurs Kommune kommer samme positive holdning til projektet og den faste struktur, som projektet fordrer, til udtryk. Dette fremgår i følgende citat:

Jeg synes jo overordnet, at selve projektet og modellen er god i forhold til, at man sætter borgeren i centrum, og at man har defineret en ansvarlig for forløbet, og vi har en struktur for, hvordan man helt præcist samarbejder. Det kan jeg godt lide. (Projektleder, Syddjurs)

At medarbejderne i starten finder tankegangen bag projektet god og konstruktiv, kan hænge sammen med ledelsens positive italesættelse af pro-

jektet, da forskning viser, at opbakning på ledelsesniveau er med til at skabe loyalitet og opbakning blandt medarbejdere (Winther, 2003).

FLERE REORGANISERINGER PÅ ÉN GANG

Selvom begge kommuner har arbejdet rehabiliterende inden projektets opstart, har implementeringen af modellen for rehabiliteringsforløb krævet mange kommunale ændringer, og den har påvirket arbejdsgangene på både medarbejder- og ledelsesniveau. Disse ændringer kræver opmærksomhed, tid og ressourcer, men det er samtidig ikke den eneste reorganisering, kommunerne har skullet forholde sig til. På samme vis som det har skabt frustrationer på medarbejderniveau, har det blandt ledelsen ligeså været en udfordring at håndtere flere større reorganiseringer på samme tid:

Og der kommer hele tiden til at ske nye ting. Og det er ikke bare, fordi jeg er ved at være senior, men jeg synes nogle gange, at tingene bliver lavet om lidt ofte. Man rykker lidt tæppet væk fra nogle ting, hver gang man indfører ny dokumentation eller andet. (Leder for terapeuterne, Syddjurs Kommune)

Af ovenstående citat fremgår det, at det kan være svært at finde et solidt fodfæste, når der sker mange forandringer. På samme vis bliver det af ledelsen i Slagelse Kommune beskrevet, at de mange reorganiseringer, der har fundet sted, har krævet prioritering, og flere projekter har på samme tid krævet deres opmærksomhed:

Vi har så mange forandringer på samme tid. Der er mange ting, der skal ændres på samme tid, og så har vi været udfordret i forhold til mange ting, og vi har fået nyt omsorgssystem. Så det er noget, hvor jeg har skullet prioritere og har været udfordret i forhold til det, hvor alt har virket relevant. (Leder for SOSU og sygeplejerskerne, Slagelse)

Ledelsen har således ikke kun skullet forholde sig til ændringer af arbejdsgange grundet afprøvningen af rehabiliteringsmodellen. Der har i begge kommuner været andre projekter og opgaver, som har krævet ledelsens opmærksomhed og kræfter.

INKLUSION AF SYGEPLEJERSKERNE I DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE

Som tidligere beskrevet har et afgørende mål med rehabiliteringsmodellen været at øge det tværfaglige samarbejde faggrupperne imellem. I Syddjurs Kommune bliver det af ledelsen beskrevet, at netop et øget tværfagligt samarbejde har været en afgørende faktor for, at de ønskede at indgå i projektet. I særdeleshed inddragelsen af sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde bliver fremhævet som det mest skælsættende og afgørende punkt ved modellen, som ledelsen i Syddjurs Kommune påpeger. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

Vi skrev ansøgningen i håb om at få vores sygeplejersker med i det tværfaglige og i helhedstilgangen til borgeren. Nogle af de store begivenheder for mig er, at sygeplejerskerne er kommet med i kampen. Der er sket organisatoriske ændringer. Det skabte meget uro, men der var brug for organisationsudvikling i forhold til sygeplejerskerne. Og det er det vigtigste, derfra hvor jeg ser det. (Leder for terapeuter, Syddjurs)

I ovenstående citat fremgår det, at det at inkludere sygeplejerskerne i det rehabiliterende og helhedsorienterede arbejde har været den største motivationsfaktor for deltagelse i projektet for Syddjurs Kommune. Endvidere bliver det af ledelsesniveauet i kommunen pointeret, at inddragelse af sygeplejerskerne giver god mening i forhold til lovændringerne vedrørende kommunernes forpligtelse til at tilbyde ældre borgere rehabilitering, der netop bygger på den helhedsorienterede og tværfaglige tilgang, jf. kapitel 1:

Modellen er god i forhold til, at sygeplejerskerne har en central rolle. Det er det eneste rigtige, og rent lovgivningsmæssigt går det hånd i hånd. Det er jeg ikke i tvivl om. Jeg er glad for, at vi har taget slæbet. (Projektleder, Syddjurs)

Ledelsen i Syddjurs Kommune har hverken fra starten af projektet eller undervejs tvivlet på, hvorvidt det er afgørende at inkludere sygeplejerskerne som forløbsansvarlige og herigennem skabe et tværfagligt samarbejde mellem sygeplejerskerne og de øvrige relevante faggrupper. Denne klare opbakning på ledelsesniveau til at inddrage og involvere sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde har ikke i samme grad været til stede i Slagelse Kommune. Samarbejdsudfordringer med denne faggruppe har

derimod skabt tvivl på ledelsesniveau om, hvorvidt det er gavnligt at inkludere denne faggruppe. Nogle ledere giver udtryk for, at ressourcerne kunne være givet bedre ud ved kun at inddrage terapeuter som forløbsansvarlige frem for sygeplejersker:

Jeg har jo argumenteret for, at sygeplejerskerne også skal kunne se sig selv i denne her understøttende rolle, men jeg kan høre i ledergruppen, at der er en argumentation for, at de ser, at ressourcerne er brugt bedre på en terapeut end på en sygeplejerske. De mener, at sygeplejen bør drible mere ind og ud af forløbene, men det der med at have rollen som forløbsansvarlig og bruge en sygeplejerskes ressourcer på det, det bliver jeg nødt til at forholde mig til, og at det måske ikke er det mest hensigtsmæssige. (Leder for sygeplejerskerne, Slagelse)

I Slagelse Kommune har det taget lang tid at inkludere sygeplejerskerne i forløb. Der har været vanskeligheder forbundet med at etablere et samarbejde mellem visitationen og sygeplejerskerne, og dette skred i det tværfaglige samarbejde har betydet, at sygeplejerskerne først meget sent i projektet er kommet til at indgå som forløbsansvarlige. Som det er blevet beskrevet af medarbejdere, er ”bolden ikke blevet grebet”, og på ledelsesniveau hersker der tvivl om, hvor det er gået galt. I Slagelse Kommune har der ikke i samme grad som i Syddjurs Kommune været en klar opbakning til at inkludere sygeplejerskerne som forløbsansvarlige, og denne begrænsede opbakning på ledelsesniveau kan have påvirket inddragelsen af sygeplejerskerne i rehabiliteringsmodellen (Winther, 2003).

I begge projektkommuner kommer det dog på ledelsesniveau til udtryk, at det er en meget stor opgave at få sygeplejerskerne til at varetage rollen som forløbsansvarlig. Det bliver fremhævet, at der forud for projektet var etableret et stærkere tværfagligt samarbejde mellem visitatorer og terapeuter i begge kommuner, og for Syddjurs’ vedkommende også med SOSU-medarbejderne. Sygeplejerskerne har herved ikke haft de samme forudsætninger for at indgå i det tværfaglige samarbejde, og dette kan betragtes som en væsentlig årsag til, at det har været en stor udfordring i begge kommuner at inkludere denne faggruppe i det tværfaglige samarbejde:

Det har været op ad bakke. De har ikke været særlig tæt på hjælpergrupperne. Det er mere den her ligeværdighed, som var op-

bygget med terapeuterne. Sygeplejerskerne var nye på scenen i det tværfaglige samarbejde. (Projektleder, Slagelse)

I ovenstående citat fremgår det, at sygeplejerskerne ikke i samme grad som de øvrige faggrupper har samarbejdet med de andre faggrupper, hvilket sandsynligvis er en af årsagerne til, at det har taget længere tid at etablere et tværfagligt samarbejde. I denne forbindelse bliver det af ledelsen i Slagelse Kommune påpeget, at sygeplejerskernes arbejdsgang er blevet ændret væsentligt gennem projektet, og at den tidligere måde at arbejde på er en indgroet vane, og at det kræver tid at bryde denne.

Det, jeg har hørt om det, er det der med at tænke andre faggrupper ind før sig selv, det kan være en udfordring, fordi man skal bryde vaner. Og det gør man ikke nødvendigvis på tre måneder eller et halvt år. (Eldrechef, Slagelse)

I Slagelse Kommune bliver det endvidere pointeret, at det tværfaglige samarbejde kræver klare retningslinjer og strukturer for kommunikationen, og at disse kanaler ikke har været etableret i tilstrækkelig grad fra projektets start. At procedurer og arbejdsgange for kommunikationen på tværs af faggrupper ikke har været afklaret, fremgår af dette citat:

Det kan være svært at kommunikere, fordi vi ikke har faste retningslinjer for hvordan. Nogle gange kommer de forskellige i hjemmet på samme tid, og så er det nemt, men det er tydeligt for mig, at vi skal have etableret nogle tydeligere kommunikationsveje. (Projektleder, Slagelse)

I både Syddjurs og Slagelse Kommuner har man etableret tværfaglige møder, hvor relevante medarbejdere fra forskellige faggrupper mødes. På samme vis som det bliver pointeret af medarbejderne, bliver de tværfaglige møder også af ledelsen fremhævet som essentielle for det tværfaglige samarbejde. I denne sammenhæng fremhæves det i Syddjurs Kommune, at det fysiske møde har en afgørende betydning, og at det skaber et rum for interaktion, hvilket er givtigt for at opbygge samarbejde på tværs:

Men jeg synes, at det betyder meget, at man har mundtlig kommunikation, hvor man kan se hinanden i øjnene og giver beskeden med et glimt i øjet. Det er jo ikke jordens undergang, men

som med så meget andet, at man er menneskelig og fokuserer på interaktion. (Leder for terapeuterne, Syddjurs)

Ligevidt hvor travlt folk har, så kræver det, at vi prioriterer det. Det er problematisk, hvis folk begynder at melde fra til tværfaglige møder. (Leder for SOSU og sygeplejerskerne, Slagelse)

I begge projektkommuner er man i ledelsen enig om, at de fysiske møder, hvor medarbejdere mødes på tværs af faggrupper, er afgørende, og at det er centralt for projektet, at disse møder bliver prioriteret. Ledelsen har gennem projektet bakket op om disse møder og fremhæver væsentligheden af deltagelse i dem.

HVORDAN INKLUDERES SYGEPLEJERSKER SOM FORLØBSANSVARLIGE?

I forlængelse af ovenstående afsnit, hvor det fremgår, at det for ledelsen i begge kommuner har været udfordrende at få sygeplejerskerne til at tage ejerskab i forhold til projektet, og at denne faggruppe har været svær at integrere i arbejdet med rehabiliteringsmodellen, vil det i dette afsnit blive belyst, hvilke barrierer ledelsen har oplevet i arbejdet med at få sygeplejerskerne til at varetage opgaven som forløbsansvarlig, og hvordan disse barrierer er blevet håndteret.

Ifølge ledelsen i Slagelse Kommune har der fra deres side ikke været gjort nok for at inddrage sygeplejerskerne som faggruppe. Én måde at inkludere denne faggruppe yderligere og give dem en ejerskabsfølelse over for projektet på, er at sørge for, at faggruppen får større indflydelse på de arbejdsgange, der vedrører dem. Dette fremgår i følgende citat:

Vi har ikke været skidegode til at få sygeplejen med. Både dem selv og resten af organisationen har ikke været skidegode til at se deres rolle. Det går begge veje. Så for at det skal være godt, så skal de endnu mere med fremadrettet. Der er også rigtig gode takter på vej. Og det er ikke, fordi de ikke har haft lyst, men de skal nok have lov til at få lidt mere indspark i, hvordan er det så, vi gør det. (Leder for terapeuterne, Slagelse)

I Syddjurs Kommune valgte man fra ledelsens side at prøve at imødekomme denne udfordring ved at omstrukturere sygeplejerskernes ind-

dragelse i projektet. Man gik som tidligere nævnt fra at inkludere en stor gruppe af sygeplejerskerne som forløbsansvarlige til kun at have få sygeplejersker i denne rolle. Denne ledelsesmæssige beslutning betød, at sygeplejerskerne fik mere ejerskab over rehabiliteringsmodellen og efterfølgende betragtede sig selv som en afgørende del af det tværfaglige team. Syddjurs' udvælgelse af færre sygeplejersker, der er engagerede og fagligt og holdningsmæssigt passer ind i den rehabiliterende tanke, kan på denne måde betragtes som en måde, hvorpå ledelsen har taget hånd om problemet og herigennem skabt samhørighed i organisationen.

I Slagelse Kommune, hvor de færreste sygeplejersker blev tildelt eller varetog opgaven som forløbsansvarlig, opstod der en usikkerhed blandt denne faggruppe. Derfor valgte man fra ledelsens side at give denne faggruppe mere faglig opkvalificering. Den faglige opkvalificering havde både til formål at skabe et klart billede af sygeplejerskernes rolle i forhold til modellen og derudover at skabe mere sikkerhed i forhold til anvendelsen af de forskellige redskaber:

Vi har haft nogle møder, hvor vi har snakket om situationer og cases. Og så har de fået noget ekstra undervisning i forhold til test, for de var blevet usikre på, hvad det egentlig går ud på og syntes pludselig, at det var enormt omstændeligt, og så blev de angste omkring det, fordi det enten er lang tid siden, eller de aldrig har haft forløb. De fik derfor ekstra undervisning i forhold til test. (Leder for SOSU og sygeplejerskerne, Slagelse). Kommunerne har håndteret udfordringerne på forskellige vis. I Syddjurs Kommune har det fungeret godt med et mindre team af sygeplejersker, der har varetaget rollen som forløbsansvarlig, hvilket kommer til udtryk ved, at sygeplejerskerne som sagt har været forløbsansvarlige for en del af rehabiliteringsforløbene i kommunen.

ER DER TALE OM ET NYT STYRINGSREGIME?

Rehabilitering trækker på den grundlæggende tanke om, at det er muligt at arbejde med funktionsevneforbedringer blandt ældre borgere. Den rehabiliterende tankegang var som tidligere beskrevet ikke fremmed for de to projektkommuner, idet begge kommuner forud for projektet allerede i et vist omfang arbejdede rehabiliterende i ældreplejen. Projektet har dog fordret en mere systematisk og helhedsorienteret tilgang og derudover et øget fokus på tværfaglighed. Denne ændring i tilgangen til og

arbejdet med borgerne påvirker også styringsregimet (Rostgaard & Graff, 2016).

Den mere faste struktur for forløbene, den klare ansvarsfordeling og udgangspunktet i borgerens egne ønsker og motivation er faktorer, der videregiver ansvar fra ledelsen til medarbejderne. I Slagelse Kommune kommer det blandt andet til udtryk ved, at ledelsen italesætter, at den øgede struktur har positive virkninger:

Det har i hvert fald været supergodt, at de forskellige grupper mødes om borgeren og understøtter hinanden og får lavet handplaner. Det er blevet bedre i den her periode, og det er de tværfaglige møder også en del af. Der bliver fulgt op, hvor der tidligere manglede en afslutning. Man var ikke sikker på, at der var stram opfølgning. Der er kommet mere struktur. Og der er en bedre forventningsafstemning med borgeren. Det foregår rimeligt gnidningsfrit. Det er lang tid siden, jeg har hørt om en borger, som ikke vil det her. Nu er det blevet en del af arbejdsgangen og den dialog vi har med borgeren, og det er blevet vigtigt, at man kan en del selv. Så der er sket et paradigmeskifte. (Leder for SOSU og sygeplejerskerne, Slagelse)

I Syddjurs Kommune kommer det på samme vis til udtryk, at arbejdet med modellen ifølge ledelsen har haft en positiv virkning:

Jeg har indtryk af, at borgeren tager rigtig godt imod det, og der er længere imellem, at der kommer sager ind forbi mit skrivebord med nogle borgere, som eksempelvis ikke vil være med. Der kunne vi før i tiden støde på nogle borgere, som ikke ville være med. Hvis vi gør, som vi siger, vi gør, vi arbejder efter borgerens mål, og vi arbejder tværfagligt og målrettet, så kan jeg ikke få øje på, hvad borgeren skulle kunne blive sur over. Og det er noget af det, vi har arbejdet rigtig meget med. Med hele organisationens holdning til, hvad rehabilitering er. (Projektleder, Syddjurs).

At der tages udgangspunkt i borgerens behov og ønsker, og at der ligeledes arbejdes målrettet ud fra dette, fordrer tillid til medarbejderne og deres faglighed. At ledelsen italesætter, at arbejdet med rehabiliteringsmodellen kommer den enkelte borger til gode, kan tolkes som et udtryk for, at arbejdet med modellen fungerer, og hermed at ledelsen kan have og har tillid til medarbejderne. At medarbejderne har frihed til at handle ef-

ter egen overbevisning i mødet med borgeren, kan tolkes som et udtryk for, at der også i forhold til styring er ved at ske et skift i de to kommuner i forbindelse med rehabiliteringsmodellen.

SAMMENFATNING

I begge kommuner har medarbejderne fra start bakket op omkring tanken bag projektet og været positive i forhold til at arbejde rehabiliterende. I opstartsperioden var medarbejdernes holdning til projektet dog ikke overvejende positiv.

Implementeringsprocessen har ud fra medarbejdernes perspektiv været præget af usikkerhed og manglende rammer for projektet, og de har oplevet at skulle ”træde stien, mens man går den”, hvilket har skabt en skepsis blandt medarbejderne.

Sygeplejerskerne har været den faggruppe, hvis arbejdsopgaver har været underlagt de største forandringer. Sygeplejerskerne har ikke fra start følt, at deres fagspecifikke kompetencer i tilstrækkelig grad har været tænkt ind i rollen som forløbsansvarlig, hvilket indledningsvist var med til at skabe en modstand i denne faggruppe mod at skulle indgå i det rehabiliterende arbejde i en så central rolle. Denne holdning har med tiden ændret sig blandt sygeplejerskerne i Syddjurs Kommune, der afslutningsvist fandt deres faggruppe relevant til at udfylde rollen som forløbsansvarlig. Anderledes forholder det sig i Slagelse Kommune, hvor sygeplejerskerne ikke fandt det meningsfuldt at skulle indgå i projektet som forløbsansvarlige. At sygeplejerskerne i Syddjurs Kommune i højere grad end i Slagelse Kommune er blevet involveret i det rehabiliterende arbejde ses også i andelen af forløb, hvor en sygeplejerske har været forløbsansvarlig. I Syddjurs Kommune har sygeplejerskerne taget ejerskab over rollen som forløbsansvarlige og varetager opgaven i 22 pct. af borgernes rehabiliteringsforløb, mens det tilsvarende er 4 pct. i Slagelse Kommune.

Medarbejdernes holdning til projektet er generelt, efterhånden som projektet er skredet frem, blevet overvejende positiv i både Syddjurs og Slagelse Kommuner.

Et afgørende element i den rehabiliterende tilgang er det tværfaglige samarbejde. Den rehabiliterende tilgang hviler på et tværfagligt samarbejde mellem fortrinsvis visitatorer, ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker og SOSU-medarbejdere. Det øgede samarbejde mellem fag-

grupper har krævet en faglig omstilling. Der har gennem projektet været stor opbakning fra både medarbejdere, projektledere og ledere til et øget tværfagligt samarbejde. En holdning, der kommer til udtryk blandt både ledere og medarbejdere, er, at det har været udfordrende at etablere et samarbejde mellem sygeplejerskerne og de andre faggrupper. Sygeplejerskerne har i rollen som forløbsansvarlig skullet varetage nye arbejdsopgaver, og de har ikke i samme grad som de øvrige faggrupper været vant til at arbejde tværfagligt. I denne sammenhæng har det været afgørende med fysisk deltagelse i tværfaglige møder. I de tilfælde, hvor de tværfaglige møder ikke er blevet prioriteret, har det påvirket samarbejdet mellem faggrupperne negativt. Derudover tegner der sig et billede i begge kommuner af, at de faggrupper, der fysisk har været placeret tæt på hinanden, i højere grad har etableret et konstruktivt tværfagligt samarbejde. Det er både medarbejdernes og ledernes holdning, at samarbejdet mellem SO-SU-medarbejderne og terapeuterne fungerer rigtig godt, og undervejs i projektet er samarbejdet med sygeplejerskerne blevet styrket i Syddjurs Kommune.

I begge kommuner er der enighed i ledelsen og blandt projektlederne om, at arbejde rehabiliterende ud fra en fast struktur med en klar ansvarsfordeling og med udgangspunkt i borgerens ønsker er positivt, og at arbejdet med modellen har haft en positiv virkning. Det er ressourcekrævende at implementere rehabiliteringsmodellen og i særdeleshed at inddrage sygeplejerskerne i det tværfaglige samarbejde, men det er konstruktivt og ifølge projektledere og ledelsen i begge kommuner den eneste rigtige vej at gå.

Med henblik på at fremme og fastholde borgerens motivation og parathed til forandring har det i rehabiliteringsmodellen været vigtigt, at målene for borgernes rehabiliteringsforløb har skullet fastsættes med afsæt i borgerens egen oplevelse af situationen og hvilke forandringer borgeren selv har været motiveret for. I forhold til målsætningsarbejdet bakker samtlige faggrupper i de to kommuner op om vigtigheden af at kunne arbejde motiverende og at tage udgangspunkt i borgerens motivation og mål. I begge kommuner har de forløbsansvarlige i høj grad arbejdet med at identificere, hvilke aktivitetsproblematikker borgeren oplever som vigtige og på den baggrund kortlægge borgerens egne mål med forløbet, idet 86 pct. af borgerne har udfyldt en COPM i samarbejde med de forløbsansvarlige. I de 14 pct. af rehabiliteringsforløbene, hvor der ikke foreligger en COPM-besvarelse for borgerne, hænger det formentlig sam-

men med, at borgerne enten ikke har ønsket at udfylde denne eller har haft for store kognitive funktionsnedsættelser til at kunne samarbejde om at anvende redskabet.

I rehabiliteringsmodellen har anvendelsen af validerede redskaber været et vigtigt element for at kunne sikre en systematisk udredning af borgerne, der har modtaget et rehabiliteringsforløb og for at dokumentere udviklingen hos den enkelte borger i løbet af dennes rehabiliteringsforløb. At lære at anvende disse redskaber og gennemføre de forskellige test har været tidskrævende og udfordrende for de forløbsansvarlige. Mængden af redskaber, og hvor lang tid det tog at anvende dem, har været genstand for kritik blandt medarbejdere i begge projektkommuner. Særligt WHODAS nævnes som tidskrævende, og de forløbsansvarlige oplevede, at især borgere med en begrænset kognitiv funktionsevne havde vanskeligt ved at koncentrere sig om og forholde sig til spørgsmålene. Derimod har både DEMMI og UCLA været nemme at anvende, og de forløbsansvarlige har i høj grad oplevet, at redskaberne har været nyttige til udredning og opfølgning på borgerens situation. På trods af at der, for sygeplejerskerne vedkommende, har været en række udfordringer forbundet med at skulle benytte COPM, aftog usikkerheden og den manglende forståelse for redskabet i takt med, at erfaringerne med redskabet blev større. Dog har der som sagt været udfordringer forbundet med at anvende redskabet hos særligt de kognitivt svækkede borgere.

BILAG

BILAG 1 ANALYSE AF BORGERNES UDVIKLING I FUNKTIONSEVNE, MÅLT VED DE ENKELTE DOMÆNER I WHODAS.

BILAGSTABEL B1.1

Lineære regressionsmodeller, der estimerer sammenhængen mellem forskellige faktorer og borgernes udvikling i deres samlede funktionsevne, målt ved WHODAS, særskilt for de seks domæner.

	Domæne 1	Domæne 2	Domæne 3	Domæne 4	Domæne 5	Domæne 6
Alder	0,0009	0,0028	0,0054 **	0,0028 *	0,0051	0,0005
Køn	-0,0299	-0,0102	-0,0639	-0,0277	0,0619	-0,0272
Funktionsniveau	-0,0300 *	-0,0323	0,0098	-0,0181	0,0297	-0,0366 **
Førløbslængde	-0,0000	0,0001	-0,0001	0,0002	0,0002	-0,0000
Bor alene	-0,0299	-0,0161	0,0910 **	-0,0392	0,0261	0,0329
Fysisk indsats	0,0376	0,0207	-0,0482	0,0153	-0,0144	0,0106
ADL-indsats	0,0163	-0,0576	-0,0582	0,0318	-0,0769	0,0318
Motivation	0,0806 **	-0,0335	-0,0620	-0,0370	-0,0715	-0,0421
Henvendelse						
<i>Borger og pårørende (ref.)</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Revisitation</i>	-0,0349	-0,0050	0,0456	-0,0304	-0,0065	-0,0213
<i>Sygehus ifm. udskrivelse</i>	-0,0556	-0,1340 ***	-0,1050 **	-0,0188	-0,0919	-0,0386
<i>Midlertidigt ophold</i>	-0,0476	-0,0309	-0,0735	0,0615	-0,0010	-0,0691
<i>Andre</i>	-0,0529	-0,1720 **	-0,0334	-0,0796	-0,0875	-0,0384
Antal indsatser	-0,0165	0,0175	0,0149	0,0089	0,0045	0,0064
Antal faggrupper	-0,0019	0,0004	0,0584	-0,0348	-0,0408	-0,0419

(Tabellen fortsættes)

BILAGSTABEL B1.1 FORTSAT

Lineære regressionsmodeller, der estimerer sammenhængen mellem forskellige faktorer og borgernes udvikling i deres samlede funktionsevne, målt ved WHODAS, særskilt for de seks domæner.

	Domæne 1	Domæne 2	Domæne 3	Domæne 4	Domæne 5	Domæne 6
Retningsgivende mål						
<i>Udrede</i>	0,1060 **	0,0117	0,0424	0,0512	0,0922	0,0472
<i>Udvikle</i> (ref.)	-	-	-	-	-	-
<i>Fastholde</i>	0,0046	-0,0085	0,0534	0,0214	0,0378	0,0652
<i>Lindre/understøtte</i>	0,0729	0,242	0,4960 ***	0,0819	0,2370	0,1460
Beregningsgrundlag	205	204	204	204	196	204

Anm.: Signifikansniveau: *** p <0,01, ** p <0,05 og * p <0,1.

LITTERATUR

- Aarhus Kommune (2011): *Grib hverdagen. Midtvejsevaluering*. Aarhus: Aarhus Kommune.
- Center for Kliniske Retningslinjer (2013): *Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/ eller praktisk hjælp i hverdagen*.
- Damgaard, B., P. Hohnen & M.B. Madsen (2005): *Fokus på job? – En analyse af kontaktførelsessamtaler i AF, kommuner og hos andre aktører*. København: Socialforskningsinstituttet, 05:12.
- Hansen, E.B., L. Eskelinen, M.Ø. Rahbæk & J.N. Helles (2015): *Ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Kjellberg, P.K., A. Hauge-Helgestad, M.H. Madsen & S.R. Rasmussen (2013): *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Odense: Socialstyrelsen.
- Kjellberg, P.K. (2012): *Træning som hjælp. Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning
- Kjellberg, J. & R. Ibsen (2012): *Træning som hjælp. Økonomevaluering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

- Kjellberg, P.K., R. Ibsen & J. Kjellberg (2011): *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009): *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lasgaard, M. (2007): "Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale". *Personality and Individual Differences*, 42(7), s. 1359-1366.
- Navne, L.E. & P.K. Kjellberg (2013): *Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Navne, L.E. & M.B. Wiuff (2011): *Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Petersen, A. & P.K. Kjellberg (2016): *Det gode hverdagsliv i Egedal Kommune*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Poulsen, M.P. (2004): *Falles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde*. København: Kommunernes Landsforening.
- Rostgaard, T. & L. Graff (2016): *Med hænderne på ryggen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Social- og Integrationsministeriet (2011): *Udmontning af satsreguleringspuljen for 2012. Delaftale for det sociale område*.
- Tilgængelig på: <http://socialministeriet.dk/media/16887/udmoentning-af-satsreguleringspuljen-for-2012.pdf>. Besøgt den 3-5-2017.
- Socialstyrelsen (2014): *Model for rehabiliteringsforløb*. Odense: Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2016): *Håndbog i rehabiliteringsforløb på aldreområdet efter lov om social service*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tonnesen, M., J.B. Sørensen & K. Nygaard (2012): *Grib Hverdagen, slutevaluering*. Aarhus: Aarhus Kommune.
- WHO (2010): *Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*.
Tilgængelig på:
https://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/Redskaar/whodas_manual.pdf. Besøgt 8-3-2017.

- Winther, S.C. & V.L. Nielsen (2008): *Implementering af politik*. København: Gyldendal.
- Winther, S.C. (2003): *Political Control, Street-Level Bureaucrats and information Asymmetry in Regulatory and Social Policies*. Artikeludkast præsenteret på the Annual Meeting of the Association for Public Policy Analysis and Management afholdt i Washington D. C., November 6-8, 2003. København: Socialforskningsinstituttet.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2016

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbringelser. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1*. 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Danneboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune*. 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.

- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomiske fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Vel-færdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevil-kår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparticipation. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.
- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinaviske dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014.* 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.

- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et kønsopdelt arbejdsmarked. Udviklingsstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:22 Rangvid, B.S.: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed – afsluttende rapport*. 103 sider. e-ISBN: 978-87-7119-389-3. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.

- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:30 Siren, A., M. Bjerre, H.B. Nørregård, N.K. Niss & H.H. Lauritzen: *Forebyggelse på aldrerådet. Evaluering af forebyggelse af fysiske, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-406-7. e-ISBN: 978-87-7119-407-4. 160,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:32 Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm: *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-411-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af Multifunc. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.
- 16:34 Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. 142 sider. e-ISBN: 978-87-7119-415-9. Netpublikation.
- 16:35 Fridberg, T. & J.F. Birkelund: *Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016. En undersøgelse af 12-17-åriges spil om penge og risikable spilleadfærd*. 192 sider. ISBN: 978-87-7119-416-6. e-ISBN: 978-87-7119-417-3. Pris 190,00 kr.
- 17:01 Lausten, M. & T. Jørgensen: *Anbragte børn og unges trivsel 2016*. 60 sider. ISBN: 978-87-7119-420-3. e-ISBN: 978-87-7119-421-0. Pris 60,00 kr.
- 17:02 Lyk-Jensen, S.V., M. Bøg & M.R. Lindberg: *Børn, der oplever vold i familien. Omfang og konsekvenser*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-409-8 e-ISBN: 978-87-7119-410-4. Pris 140,00 kr.

- 17:03 Benjaminsen L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M. T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther: *Housing first i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-418-0. Netpublikation.
- 17:04 Liversage, A: *Voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem*. 185 sider. e-ISBN: 978-87-7119-422-7. Netpublikation.
- 17:05 Fridberg, T & M. Larsen: *Frivillige i hjemmeværnet 2016*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-423-4. e-ISBN: 978-87-7119-424-1. Pris 160,00 kr.
- 17:06 Winter, S.C.: *Gør skoleledelse en forskel? Ledelse af implementering af folkeskolereformen*. 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-425-8. Netpublikation.
- 17:07 Hansen, A.T., V.M. Jensen & C.P. Nielsen: *Folkeskolereformen: Elevernes faglige deltagelse og interesse. En kvantitativ analyse af elevernes faglige deltagelse og interesse før og efter reformen*. 79 sider. e-ISBN: 978-87-7119-426-5. Netpublikation.
- 17:08 Liversage, A. & C.P. Christensen: *Etniske minoritetsunge i Danmark. En undersøgelse af årgang 1995*. 201 sider. e-ISBN: 978-87-7119-431-9. Netpublikation.
- 17:09 Holt, H & L. Mehlsen: *Rummelighed i praksis. Forudsætninger for gode inklusionsforløb på kommunale arbejdspladser*. 133 sider. e-ISBN: 978-87-7119-434-0. Netpublikation.
- 17:10 Fridberg, T & M. Larsen: *Volunteers in the Danish Homeguard 2016*. ISBN: 978-87-7119-436-4. e-ISBN: 978-87-7119-437-4. 161 sider. Pris 160,00 kr.
- 17:11 Thuesen, F., R. Bille & M.J. Pedersen: *Styring af den lokale beskæftigelsesindsats. Instrumenter, motivation og præstationer*. ISBN: 978-87-7119-438-8. e-ISBN: 978-87-7119-439-5. 208 sider. Pris 210,00 kr.
- 17:12 Thuesen, F. & R. Bille: *Politiske styringsinstrumenter på beskæftigelsesområdet. Et litteraturstudie med fokus på statslig styring af forvaltningen*. 137 sider. e-ISBN: 978-87-7119-440-1. Netpublikation.
- 17:13 Henriksen T.D., L. Mehlsen, A.A. Kjær & A. Amilon: *Exit prostitution. Evaluering af CTI-forløb for borgere med prostitutionserfaring*. ISBN: 978-87-7119-441-8. e-ISBN: 978-87-7119-442-5. 272 sider. Pris 270,00 kr.
- 17:14 Siren, A. & H.B. Nørregård: *Demens og kørselsstop. De pårørendes perspektiv*. e-ISBN: 978-87-7119-443-2. 104 sider. Netpublikation.

- 17:17 Lauritzen, H.H., M. Bjerre, L. Graff, T. Rostgaard, F. Casier & T. Fridberg: *Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner*. e-ISBN: 978-87-7119-448-7. 192 sider. Netpublikation.
- 17:18 Holt, H, M. Christofferesen, M.H. Poulsen, S. Bengtsson & H.B. Bach: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge med handicap*. e-ISBN: 978-87-7119-452-4. Netpublikation.
- 17:19 Benjaminsen, L, S.B. Andrade & Morten Holm Enemark: *Fællesskabsmålingen. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark*. ISBN: 978-87-7119-453-1. e-ISBN: 978-87-7119-454-8 240 sider. Pris 240,00 kr.

REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET

AFPRØVNING AF EN MODEL FOR REHABILITERINGSFORLØB I TO KOMMUNER

Rehabilitering er et begreb, der har fyldt meget på ældreområdet i de seneste år. Målet med rehabilitering er at støtte ældre med faldende funktionsevne til at genvinde funktionsevnen og opnå størst mulig grad af selvstændighed og livskvalitet.

Rapporten præsenterer en evaluering af en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet, der er blevet udviklet af Sundhedsstyrelsen og afprøvet i Syddjurs og Slagelse Kommuner i 2015-2016. Evalueringen beskriver borgerne og deres rehabiliteringsforløb, analyserer udviklingen i borgernes funktionsevne og borgernes oplevelser af at gennemføre et rehabiliteringsforløb. Desuden analyseres kommunernes tidsforbrug og lønudgifter, og implementeringen af rehabiliteringsmodellen belyses ud fra et medarbejder- og lederperspektiv.

Evalueringen viser, at borgerne generelt forbedrer deres funktionsevne i løbet af deres rehabiliteringsforløb, og at de er meget tilfredse med det rehabiliteringsforløb, de har gennemført. Undersøgelsen viser også, at medarbejdere og ledere bakker op om den rehabiliterende tilgang med fokus på øget tværfaglighed og indsatser, der tager udgangspunkt i borgernes egne ønsker og behov.

Evalueringen er finansieret af Sundhedsstyrelsen.