

Til  
**Sundhedsstyrelsen**

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

Dato  
**November 2020**

# **BILAGSRAPPORT – EVALUERING AF PULJEN TIL STYRKET REHA-BILITERINGSINDSATS FOR DE SVAGESTE ÆLDRE**



## INDHOLD

<b>1.</b>	<b>Bilag 1 – Dataindsamling</b>	<b>1</b>
1.1	Forandringsteoretisk tilgang	1
1.2	Overblik over dataindsamlingsaktiviteter og evalueringsspørgsmål	4
<b>2.</b>	<b>Bilag 2 – Målgruppebeskrivelser og progressionsmålinger</b>	<b>5</b>
2.1	Dataindsamling og distribution af progressionsmålingerne	5
2.2	Måleredskab til måling af trivsel og funktionsevne	6
2.3	Målgruppebeskrivelser	7
2.4	Antal besvarelser og frafaldsanalyse	7
2.5	Statistiske analyser	10
2.6	Spørgeskema til borgere	12
<b>3.</b>	<b>Bilag 3 – Omkostningsanalyse</b>	<b>17</b>
3.1	Dataindsamling	17
3.2	Beregning af omkostninger	18
3.3	Antal borgere i omkostningsanalysen	18
3.4	Spørgeskemaet til afdækning af omkostninger	19
<b>4.</b>	<b>Bilag 4 – Telefoninterviews med borgere</b>	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>Bilag 5 – Medarbejder- og ledersurvey</b>	<b>26</b>
5.1	Dataindsamling og distribution	26
<b>6.</b>	<b>Bilag 6 – Kvalitative interviews med nøglepersoner</b>	<b>33</b>

## 1. BILAG 1 – DATAINDSAMLING

I dette bilag udfoldes dataindsamling og metoden bag evalueringen *Styrket rehabiliteringsindsats for de svægest ældre*. Evalueringen er baseret på en triangulering af data fra 12 kommunale projekter, hvor der gennem en række forskellige dataindsamlingsaktiviteter er indsamlet både kvalitativt og kvantitativt data om projekterne. I nedenstående afsnit gennemgås dataindsamlingsaktiviteternes indhold og formål.

Evalueringen tager afsæt i en forandringsteoretisk tilgang, der uddybes nærmere i det følgende. Derudover består evalueringen af henholdsvis a) en evaluering af indsatsernes virkninger, det gælder både faglige og borgerrettede resultater (undersøgt gennem en **virkningsevaluering**), og 2) en evaluering af de organisatoriske forhold omkring indsatsen (belyst gennem en **evaluering af indsatsernes organisering**), der er betydende for, hvordan og hvorfor virkningerne finder sted. 3) Endelig en evaluering af de økonomiske omkostninger forbundet med etablering og afvikling af indsatserne (undersøgt gennem en **økonomisk evaluering**).

### 1.1 Forandringsteoretisk tilgang

Den **forandringsteoretiske ramme** er anvendt til både at danne overblik over de lokale projekter, og hvilke forandringer man ønsker at skabe med dem. Derudover bruges forandringsteorien til at identificere tværgående elementer på tværs af de forskellige kommunale indsatser/metoder/tilgange. Forandringsteorien er et redskab, der bidrager til at identificere årsagssammenhængskæder mellem projekternes indsatser og de opnåede resultater og virkninger. Den forandringsteoretiske tilgang har understøttet, at evalueringen tilvejebringer viden, som kan sandsynliggøre, at virkningerne stammer fra indsatsen ved 1) at opstille en plausibel (og vidensunderbygget) forandringsteori og 2) systematisk at teste antagelsen gennem vidensindsamlingen i evalueringen. Det gælder de elementer, der går på tværs af indsatserne (kerneelementer), og de virkningsfulde mekanismer, der har skabt de opnåede virkninger. Ved at identificere årsagssammenhængskæderne mellem projekternes indsatser og resultater er det sandsynliggjort, at de tilvejebragte virkninger rent faktisk udspringer af indsatserne, igangsat i projekterne.

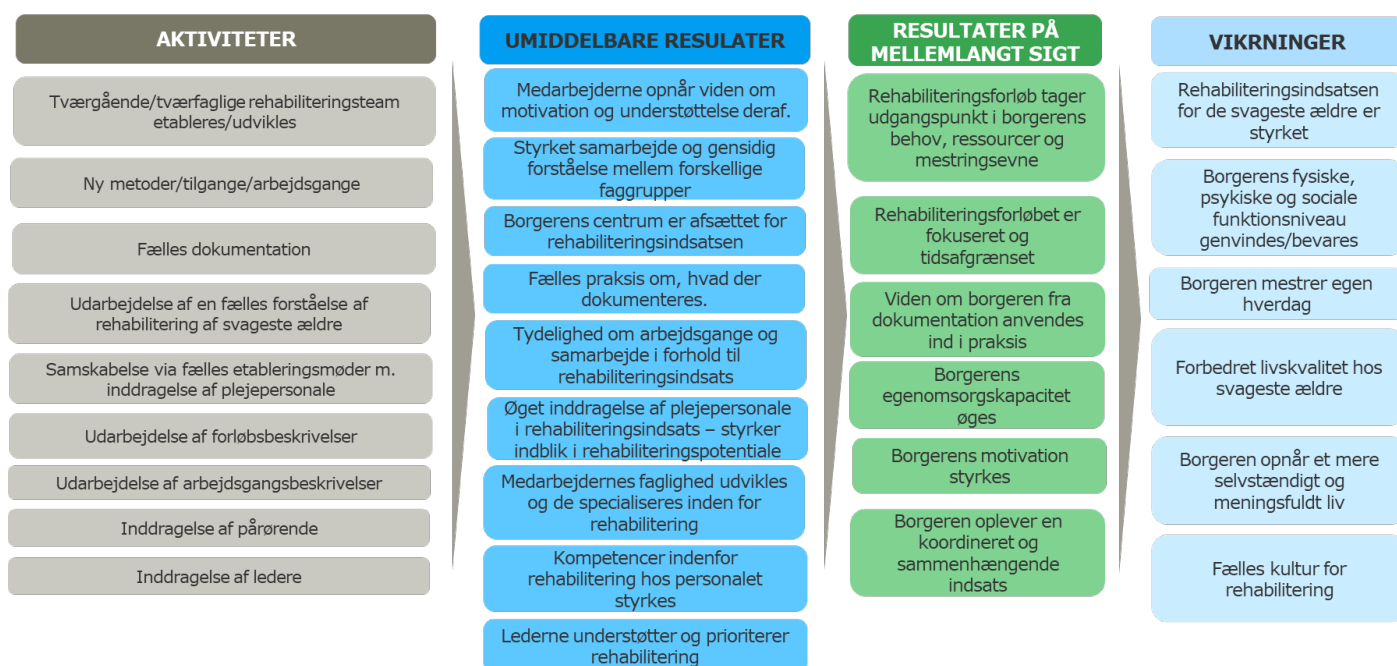
Forandringsteoriene er anvendt både til at identificere og udfolde indsatsernes centrale elementer lokalt og på tværs af alle projekter. Den forandringsteoretiske ramme har været styrende for evalueringen af de lokale projekter og på tværs af indsatserne, konkret ved at være styrende for dele af fokuset i dataindsamlingen. Gennem dataindsamlingsaktiviteterne er sammenhængen mellem aktiviteterne, igangsat i projekterne, og de opnåede resultater systematisk testet. Forandringsteorien for projekterne blev udviklet gennem udvikling af en tværgående forandringsteori, en lokal forandringsteori og en analyse af centrale kerneelementer på tværs af projekterne, som er nærmere beskrevet nedenfor:

Forandringsteorien beskriver i korte træk årsagsvirkningskæden mellem, **hvad** kommunen ønsker at opnå (de ønskede resultater), for **hvem** (målgruppen), **hvordan** (med hvilke indsatser) og **hvorfor** (med hvilket overordnet mål for øje).

- **Tværgående forandringsteori:** Der blev først udarbejdet en tværgående forandringsteori på baggrund af kommunernes projektansøgninger, og den tværgående forandringsteori blev kvalificeret på fire kickoff-seminarer i februar 2019, hvor projektlederne fik mulighed for at gennemgå og kvalificere forandringsteorien ud fra deres projekt og type af indsats. I Figur 1-1 nedenfor er den tværgående forandringsteori vist.

- **Lokale forandringsteorier:** Med afsæt i den tværgående forandringsteori blev der i marts 2019 udarbejdet forandringsteorier for de enkelte projekter på lokale forandringsteoriworkshops i projektkommunerne. På forandringsteoriworkshops deltog nøglepersoner/-medarbejder involveret i projektet, projektledere og evt. ledere. Rambøll faciliterede en proces, hvor deltagerne i fællesskab opstillede mål for rehabiliteringsforløbet til målgruppen og udledte, hvilke aktiviteter der skulle finde sted for at opnå de ønskede mål.
- **Kerneelementer identificeret:** På baggrund af de lokale forandringsteorier har Rambøll yderligere kvalificeret de tværgående forandringsteorier og udledt **seks kerneelementer**, der på tværs af de 12 projektkommuner er identificeret som centrale for et rehabiliteringsforløb til målgruppen. De seks kerneelementer er præsenteret i Figur 1-2.

Figur 1-1: Forandringsteori



Figur 1-2: Seks tværgående kernelementer

#### **BORGEREN I CENTRUM**

Borgerens livssituation, ønsker og motivation er omdrejningspunkt for rehabiliteringsindsatsen. Det skal medvirke til, at borgeren oplever medindflydelse og medansvar i eget liv. Tilgangen gør, at borgeren føler sig forpligtet og motiveret for at være aktivt deltagende i indsatsen. Derudover opnår medarbejderne en bedre forståelse af borgerens perspektiv, hvilket skaber de bedste betingelser for rehabiliteringsindsatsen.

#### **FÆLLES SPROGLIG REFERENCERAMME**

Medarbejderne omkring rehabiliteringsindsatsen udvikler en fælles sproglig referenceramme, der medvirker til, at de anvender samme sprog over for borgeren og har en fælles forståelse af de mål, de sigter mod gennem indsatsen. Den fælles sproglige referenceramme udvikles og styrkes gennem tværfagligt samarbejde og fælles drøftelser i mødefora, hvor udveksling af viden og en forståelse af andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver styrkes. Den fælles sproglige referenceramme er samtidig centralt for at sikre en fælles praksis omkring dokumentation.

#### **INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE**

Pårørende spiller en central rolle i borgerens rehabiliteringsforløb. De spiller dels en vigtig rolle i forhold til at motivere borgeren, dels at understøtte borgerens tryghed. Oftest har de pårørende også et indgående kendskab til borgerens livssituation og problematikker, hvilket kan være med til at kvalificere den rehabiliterende indsats. De pårørende bør derfor inddrages i forløbet, så deres perspektiver og viden om borgeren bringes i spil, og de føler sig hørt. Det styrker deres anerkendelse af og ejerskab over for indsatsen.

#### **KENDSKAB OG FORSTÅELSE AF ANDRE FAGGRUPPERS KOMPETENCER OG ARBEJDSGANGE**

Referencerammen indebærer etablering af fælles viden om kompetencer, arbejdsgange og indsatsvifte hos aktører i det tværfaglige samarbejde om borgeren. Dette understøtter desuden det styrkede tværfaglige samarbejde, hvor man via fælles viden kan inddrage de rette kompetencer til rette tid og dermed sikre smidigere arbejdsgange.

#### **HELHEDSORIENTERET TILGANG TIL INDSATS**

Øget fokus på tværfagligt samarbejde skal følges af en ambition om en mere koordineret og sammenhængende indsats for borgeren. Den helhedsorienterede tilgang understøttes dels af de forskellige fagligheders forskellige perspektiver, der bidrager til, at borgerens situation belyses i et 360 graders perspektiv. Dels af et fælles afsæt med fælles mål, der sikrer en fælles retning i de forskellige faggruppers arbejde med borgeren samt en koordinering af og tilrettelæggelse af indsatsen, så de rette kompetencer og faggrupper til den specifikke rehabiliterende indsats igangsættes på det rette tidspunkt i forhold til borgerens situation.

#### **LØBENDE SPARRING OG RELATIONEL KOORDINERING**

Indsætterne består af en styrket tværfaglig koordinering og sparring, hvor forskellige fagprofessionelle gør brug af hinandens viden og ressourcer til at kvalificere egne professionelle vurderinger og indsats. Det understøttes af tilpas hyppig kommunikation, udvikling af fælles mål, deling af viden og gensidig respekt.

Kerneelementerne har været styrende for den kvalitative dataindsamling, hvor det er forsøgt at udfolde, hvordan kerneelementerne udspiller sig i praksis i projektkommunerne.

På baggrund af den indsamlede empiri på tværs af projektkommunerne er der afslutningsvis gennemført en analyse af det empiriske materiale, hvor en række understøttende faktorer for et rehabiliteringsforløb er identificeret. Nogle af de understøttende faktorer ligner kerneelementerne beskrevet ovenfor, men er gennem den kvalitative dataindsamling blev uddybet og nuanceret. I af-rapporteringen behandles de understøttende faktorer som analytiske tematikker, der er identificeret på tværs af det indsamlede empiriske materiale.

## 1.2 Overblik over dataindsamlingsaktiviteter og evalueringsspørgsmål

I dette afsnit præsenteres de forskellige dataindsamlingsaktiviteter og tilhørende evalueringsspørgsmål i en evalueringmatrix. Evalueringmatrixen er et evalueringsredskab til at skabe et samlet overblik over de data, der skal indsamles for at gennemføre evalueringen, herunder hvornår, hvordan og hvilken værdi det skaber ind i evalueringen. Den metodiske og analytiske tilgang vedrørende hvert enkelt datakilde og dataindsamlingsaktivitet er beskrevet i det følgende.

Tabel 1-1: Evalueringmatrixe

Evalueringsring	Evaluerings-spørgsmål	Metode	Fokus og værdi	Datakilder	Hvornår
EVALUERING AF INDSATSERNES ORGANISERING	Hvordan påvirker de kontekstspecifikke aspekter implementeringen og indsatsernes organisering?	<b>Kvalitative interviews med nøglepersoner</b>	Fokus på at kortlægge den organisatoriske kontekst og forudsætninger for indsatsens virkning. Afdække nøglepersoners oplevelse af virkningen af indsatsen.	Semistrukturerede interviews suppleret med observationer med følgende medarbejdere afholdes både ved indledende og afsluttende casebesøg: Kommunale ledere, nøglemedarbejdere i rehabiliteringsforløbet, lokale ledere for rehabiliteringsforløbet, øvrige samarbejdspartnere.	Midtvejs- og afslutningsvis
	Hvordan er udbyttet ift. viden, kompetencer og praksis?	<b>Medarbejder-survey</b>	Fokus på forankring af viden, kompetencer og praksis i forhold til at styrke rehabiliteringsforløbet, målrettet målgruppen.	Elektronisk spørgeskema sendt direkte til medarbejderen.	Baseline, midtvejs- og afslutningsvis
VIRKNINGSEVALUERING	Hvordan realiseres de ønskede effekter på borgernes livskvalitet og funktionsevne gennem den rehabiliterende indsats?	<b>Progressionsmålinger</b>	Fokus på virkning af indsatsen målt på livskvalitet, funktionsevne og mestrings-evne. Samt modtagende ydelser.	Medarbejdere uddannes i og anvender måleredskaber til at vurdere borgernes livskvalitet og funktionsevne. Følgende redskaber anvendes: - The 5 item World Health Organisation Well-Being Index - World Health Organisation Disability Assessment Schedule.	Baseline, afslutningsvis og opfølgende i rehabilitering indsatsen
	Hvordan påvirker kerneelementerne projekternes evne til at opnå faglige, organisatoriske og borgerrettede effekter?	<b>Kvalitative interviews med nøglepersoner</b>	Fokus på kerneelementernes påvirkning i forhold til opnåelse af projekternes effekter for faglighed, organisering og borgere.	Semistrukturerede interviews med følgende medarbejdere afholdes ved afsluttende casebesøg: Kommunale ledere, nøglemedarbejdere i indsatsen, der arbejder med rehabilitering, lokale ledere for rehabiliteringsforløb og øvrige samarbejdspartnere.	Afslutningsvis
	Hvordan oplever borgerne den rehabiliterende indsats?	<b>Telefoninterviews med borgerne</b>	Fokus på borgernes oplevede udbytte af indsatserne.	Struktureret spørgeskema med borgerne gennem telefoninterviews.	Løbende, når borgere afslutter deres rehabiliteringsforløb
ØKONOMISK EVALUERING	Hvordan er indsatsernes omkostningseffektivitet, målt som sammenhængen mellem indsatsernes virkninger og det relaterede ressourceforbrug (omkostningseffektivitet)?	<b>Økonomiskema (etablerings- og driftsomkostninger)</b>	Fokus på kommunernes omkostninger forbundet med etablering og afvikling af de styrkede rehabiliteringsforløb.	Økonomiskema systematisk indsamlet via den elektroniske platform Rambøll Results.	Kvartalsvis

## 2. BILAG 2 – MÅLGRUPPEBESKRIVELSER OG PROGRESSIONSMÅLINGER

For at få indsigt i virkningen af et rehabiliteringsforløb til målgruppen er alle ældre i et rehabiliteringsforløb blevet bedt om at besvare et spørgeskema tre gange i løbet af deres rehabiliteringsforløb og i den efterfølgende periode. Formålet med progressionsmålingen er at følge udviklingen i borgernes trivsel og funktionsevne. Spørgeskemaet til de ældre bidrog dermed til virkningsevalueringen.

Progressionsmålingerne er baseret på data indsamlet på få, men brede validerede måleredskaber. Det gælder henholdsvis WHO-5, der er brugt til måling af borgernes selvoplevede trivsel, og WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 short-form, der er brugt til måling af borgernes selvoplevede livsmestring og funktionsevne. WHO-5 består af fem spørgsmål, som tilsammen indikerer, om borgerne får forbedret deres generelle trivsel i den tidsperiode, som indsatsen har varet<sup>1</sup>. WHODAS short-form består af 12 spørgsmål<sup>2</sup>, som tilsammen indikerer, om borgerne får forbedret deres funktionsevne.

### 2.1 Dataindsamling og distribution af progressionsmålingerne

Borgerne fik hjælp af en medarbejder, typisk fra hjemmeplejen eller en rehabiliteringsterapeut, til at udfylde spørgeskemaet. Progressionsmålingerne blev gennemført løbende i projektperioden. Tidspunktet for gennemførelsen er determineret af den enkelte borgers rehabiliteringsforløb:

1. Baselinemålingen fungerede som en måling af borgerens trivsel og funktionsevne før rehabiliteringsforløbet og blev i alle borgerforløb udfyldt i forbindelse med borgerens start i et rehabiliteringsforløb.
2. Eftermålingen gav viden om virkningerne af et rehabiliteringsforløb og blev udfyldt i forbindelse med borgerens afslutning af rehabiliteringsforløbet (eller senest tre måneder efter rehabiliteringsforløbets start).
3. Den sidste opfølgende måling blev udfyldt otte uger efter rehabiliteringsforløbet afsluttede og skulle give indsigt i, om borgerens udvikling i forhold til trivsel og funktionsevne var fastholdt, efter rehabiliteringsforløbet var afsluttet.

Følgende temaer er systematisk indsamlet via progressionsmålingen:

- Borgerens rehabiliteringsparathed
- Baggrundoplysninger
- Visiterede ydelser (borgerens pleje- og træningsbehov)
- Livsmestring og funktionsevne (WHODAS)
- Livskvalitet og trivsel (WHO-5).

Spørgeskemaer til før-, under- og eftermålingen findes i afsnit 2.6.

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen, *Guide til trivselsindekset: WHO-5*.

<sup>2</sup> Et af de 12 spørgsmål omhandler temaet "arbejdsliv". Dette spørgsmål er ekskluderet, da det ikke er relevant i forhold til projektets målgruppe. Ekskluderingen af spørgsmålet har ikke betydning for WHODAS-scorens gyldighed, sammenlignet med den fulde version med 12 spørgsmål (WHO, 2010).

### *Undervisning i indsamling af progressionsmålingerne*

Inden medarbejderne udfyldte spørgeskemaet sammen med borgerne, gennemførte Rambøll en halv dags undervisning af udvalgte nøglemedarbejdere og projektledere. Undervisningen skulle give kendskab til spørgeskemaet, indtastning af besvarelsene på den elektroniske platform Rambøll Results samt håndtering af eventuelle situationer, hvor en borger eksempelvis ikke ønskede at svare eller blev ked af det.

## **2.2 Måleredskab til måling af trivsel og funktionsevne**

Der anvendes to validerede måleredskaber til analyserne af borgerens selvoplevede trivsel og funktionsevne. Det første er WHO-5, der er brugt til måling af borgerens selvoplevede trivsel. Det andet er WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 short-form, der er brugt til måling af borgerens selvoplevede livsmestring og funktionsevne.

Efter borgeren har svaret på de to måleredskaber WHO-5 og WHODAS, er der beregnet en samlet score mellem 0 og 100 for hvert måleredskab. Beregningsmetoden beskrives herunder.

### *Beregning af WHO-5-scoren*

WHO-5 består af fem spørgsmål, der hver har seks svarmuligheder fra: *På intet tidspunkt (0)* til *Hele tiden (5)*. WHO-5-scoren beregnes ved at lægge borgerens besvarelses fra de fem spørgsmål sammen og gange med fire, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens guide til WHO-5<sup>3</sup>.

Borgeren har i tillæg til de seks svarmuligheder i WHO-5-måleredskabet haft mulighed for at svare følgende ved alle fem spørgsmål: *Ved ikke/Borgeren ønsker ikke at besvare* eller *Ej relevant/ Borgeren kan ikke besvare (eksempelvis på grund af demens)*. Det betyder, at borgeren ikke besvarer spørgsmålet i redskabet. Hvis borgeren i to eller flere ud af de fem spørgsmål i WHO-5 har svaret *Ej relevant* eller *Ved ikke*, er borgerens WHO-5-score ikke medtaget i analysen, da den samlede score bliver meget usikker<sup>4</sup>. Har borgeren kun en gang svaret *Ej relevant* eller *Ved ikke*, er borgeren inkluderet i analysen ved at beregne et gennemsnit af borgerens øvrige svar i WHO-5, og denne værdi er derefter sat ind på det manglende svar. Herefter beregnes scoren ved at lægge borgerens besvarelses sammen og gange med fire.

### *Beregning af WHODAS-scoren*

WHODAS består af 12 spørgsmål<sup>5</sup>, hvor der er fem svarmuligheder fra *Slet ikke (0)* til *Ekstremt/ikke muligt (4)*. Ligesom ved WHO-5-scoren lægges borgerens besvarelses sammen, hvorefter summen omskaleres til et tal mellem 0 og 100<sup>6</sup>. WHODAS-scoren er en omvendt score, dvs. jo lavere score, jo højere funktionsevne. For at lette læsbarheden i rapporten er skalaen vendt om, så en høj score tilsvarende indikerer en høj funktionsevne.

Ligesom ved WHO-5 har borgeren ved spørgsmålene i WHODAS haft mulighed for at svare: *Ved ikke/Borgeren ønsker ikke at besvare* eller *Ej relevant/Borgeren kan ikke besvare (eksempelvis på grund af demens)*. Dette er håndteret i overensstemmelse med manualen, hvor der er lavet en simpel ekstrapolering ved at anvende gennemsnittet fra de faktisk besvarede spørgsmål og derefter indplaceret i de manglende svar. Igen er der sat en grænse for, hvor mange svar en borger må mangle for at indgå.

<sup>3</sup> Se beskrivelse i Sundhedsstyrelsen, *Guide til trivselsindekset: WHO-5*. (Sundhedsstyrelsen, 2017).

<sup>4</sup> I alt udgår 13 borgere, grundet mere end et manglende svar i WHO-5 i baselinemålingen.

<sup>5</sup> Et af de 12 spørgsmål omhandler temaet "arbejdsliv". Dette spørgsmål er ekskluderet, da det ikke er relevant i forhold til projektets målgruppe. Ekskluderingen af spørgsmålet har ikke betydning for WHODAS-scorens gyldighed, sammenlignet med den fulde version med 12 spørgsmål (WHO,2010).

<sup>6</sup> WHODAS-scoren beregnes efter manualen WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0 (2010).



Mangler en borger at besvare mere end tre ud af de 11 spørgsmål, udgår borgerens WHODAS-score, da ekstrapoleringen bliver usikker. Dette er testet ved at undersøge, om resultaterne fra analysen ændrer sig ved andre grænser. Samlet er analyserne ikke sensitive over for ændringer i denne grænse.

### 2.3 Målgruppebeskrivelser

Målgruppebeskrivelserne er udarbejdet på baggrund af de indsamlede baggrundsoplysninger i spørgeskemaerne til borgerne. Alle baggrundsoplysninger i spørgeskemaerne til borgerne er medtaget i målgruppebeskrivelserne, herunder også niveau af trivsel og funktionsevne ved opstart af forløbet.

Beskrivelserne er opdelt efter, om borgerne bor på plejecentre eller i eget hjem. Det skyldes, at der er strukturelle forskelle mellem de to grupper. Borgere på plejecentre er eksempelvis ikke visiteret til ydelser som personlig pleje og praktisk hjælp som borgere i eget hjem. Det betyder også, at rehabiliteringsforløbet ofte er anderledes tilrettelagt end for borgere i eget hjem.

### 2.4 Antal besvarelser og frafaldsanalyse

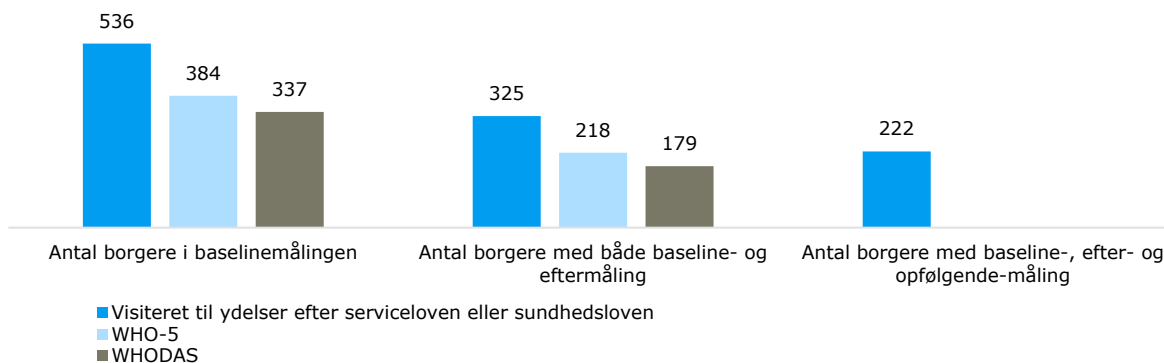
Tabellen herunder viser antallet af borgere i baselinemålingen, der anvendes til målgruppeanalyserne.

**Tabel 1-1: Overblik over besvarelser i baselinemålingen**

	Antal
Antal borgere oprettet i Rambøll Results	700
Borgere, der forstår formålet med spørgeskemaet	672
Borgere, hvor medarbejderen har vurderet, at de kan gennemføre et spørgeskema (fx kan demens være årsag til ikke at kunne gennemføre spørgeskemaet)	541
Borgere, hvor der som minimum er indtastet alle baggrundsoplysninger	536
<b>Antal borgere i målgruppeanalysen/baselinemåling</b>	<b>536</b>

Der er samlet oprettet 700 borgere i de 12 kommuner ved baselinemålingen. Heraf var der 28 borgere, hvor medarbejderen ikke kunne få borgeren til at forstå formålet med spørgeskemaet, hvorfor disse borgere ikke gennemførte spørgeskemaet. Ligeledes var der 131 borgere, som medarbejderne vurderede ikke kunne gennemføre spørgeskemaet, eksempelvis på grund af demens. Det betyder, at der er 541 borgere, der er oprettet i forbindelse med baselinemålingen, og som er i stand til at give samtykke til, at data må anvendes i evalueringen, og gennemføre spørgeskemaet. Heraf var der yderligere fem borgere, som afbrød gennemførelsen af spørgeskemaet, før alle baggrundsoplysninger var besvaret. Disse besvarelser er udeladt af analysen. Samlet er der 536 borgerbesvarelser, der indgår i baselinemålingen og dermed i målgruppeanalyserne. De delvise besvarelser er bibeholdt i målgruppebeskrivelserne, da disse borgere er en del af målgruppen. I forbindelse med progressionsmålingerne på WHO-5 og WHODAS er de delvise besvarelser bibeholdt, hvis borgeren har gennemført alle spørgsmål i det enkelte måleredskab.

For at undersøge, om der har været en udvikling i borgernes selvvaluerede trivsel og funktionsevne, er borgernes baselinemåling koblet til deres besvarelser i eftermålingen. Figuren herunder viser først antallet af borgere, der har gennemført alle WHO-5 spørgsmålene og WHODAS-spørgsmålene. Derefter viser figuren antallet af borgerbesvarelser, hvor der både er en baseline- og eftermåling.

**Figur 1-1: Overblik over antal besvarelser i baseline- og eftermåling samt den opfølgende måling**

Ud af de 536 borgere i baselinemålingen har 384 borgere gennemført WHO-5-spørgsmålene, og 337 borgere har gennemført WHODAS-spørgsmålene i baselinemålingen.

Til sidst er der 222 borgere, der ud over en baseline- og eftermåling også har gennemført en opfølgende måling otte uger efter i forhold til, hvilke ydelser borgeren er visiteret til.

Kobles baselinemålingen med eftermålingen udledes borgeren progression – det vil sige en progressionsmåling. Der er henholdsvis 218 borgere med to målinger i forhold til WHO-5, 179 borgere med to målinger i forhold til WHODAS samt 325 borgere med to målinger i forhold til, hvilke ydelser de er visiteret til (gælder kun for borgere i eget hjem) se Figur 1-7. I frafaldsanalysen undersøges, om de borgere, der indgår i progressionsmålingerne på WHO-5 og WHODAS, adskiller sig fra den fulde population af borgere, der har besvaret spørgeskemaerne. Dette kan indikere, om der er en selektionsbias knyttet til gruppen, der har svaret, fx om det er en gruppe borgere med en særlig høj eller lav funktionsevne eller trivsel, der indgår i progressionsanalyserne i forhold til projektets samlede målgruppe.

Tabellen herunder viser borgernes baggrundsplysninger opdelt efter, om borgerne indgår i progressionsmålingen for WHO-5, WHODAS eller ingen af målingerne. Forskellene mellem WHO-5/WHODAS og borgere, der ikke indgår i nogen af målingerne, er testet med t-test, hvor en blå markering af et tal indikerer, at der er signifikant forskel på borgerne i progressionsmålingen i forhold til borgere, der ikke er med i progressionsmålingerne. Hvis der er signifikant forskel på de to grupper (blå markeringer) indikerer det, at borgerne i progressionsmålingen adskiller sig systematisk fra den generelle målgruppe. I det tilfælde er det vigtigt at være ekstra opmærksom i fortolkningen af resultaterne, da de ikke repræsenterer den samlede målgruppe for projektet, men en selekteret målgruppe. Frafaldsanalysen viser, at der på flere parametre er signifikant forskel på de borgere, der indgår i progressionsmålingerne for WHO-5 og WHODAS i forhold til de borgere, der ikke indgår i progressionsmålingerne.

Tabel 2-2: Frafaldsanalyse på baggrundsoplysningerne i baselinemålingen

	Indgår i progressionsmåling for WHO-5	Indgår i progressionsmåling for WHODAS	Frafaldt progressionsmåling
<b>Køn:</b> Andel mænd	0,42	0,41	0,39
<b>Civilstatus:</b> Bor uden samlever/ægtefælle	0,74	0,74	0,70
<b>Alder:</b>			
Under 65 år	0,05	0,05	0,05
65-74 år	0,26	0,25	0,17
75-84 år	0,42	0,47	0,41
Over 84 år	0,27	0,23	0,37
<b>Boligforhold:</b>			
Bor i eget hus/rækkehus	0,39	0,41	0,34
Bor i lejlighed	0,36	0,36	0,30
Bor i ældrebolig	0,12	0,12	0,12
Bor på plejecenter	0,12	0,11	0,24
<b>Er påvirket af kognitive forandringer i en sådan grad, at det påvirker store dele af borgerens liv:</b>			
Ja	0,16	0,17	0,32
Nej	0,72	0,74	0,52
Ved ikke	0,12	0,09	0,16
<b>Andel visiteret til ydelse:</b>			
Visiteret til personlig pleje	0,39	0,37	0,29
Visiteret til praktisk hjælp	0,44	0,43	0,37
Visiteret til genoptræning	0,11	0,10	0,08
Visiteret til hjemmesygepleje	0,34	0,31	0,29
Andet	0,02	0,03	0,01
Visiteret til min. en af ovenstående	0,60	0,58	0,52
<b>Motivation:</b> Gns. score fra 0-10	7,5	7,7	6,7
<b>Visitationsårsag:</b>			
Akut sygdom m. indlæggelse	0,61	0,61	0,60
Akut sygdom u. indlæggelse	0,04	0,05	0,02
Tab af funktionsevne	0,28	0,30	0,28
Revisitation	0,00	0,01	0,02
Andet	0,06	0,03	0,09
<b>Tid visiteret under forløb:</b>			
Samlet antal timer visiteret til under rehabiliteringsforløb	7,0 timer	6,6 timer	7,6 timer
<b>Trivsel, funktionsevne:</b>			
WHO5-score*	52 (n=218)	52 (n=176)	46 (n=166)
WHODAS-score*	61 (n=215)	61 (n=179)	58 (n=173)
<b>Antal borgere (N=536)</b>	<b>218</b>	<b>179</b>	<b>318</b>

Note: Tal markeret med en blå farve indikerer, at der er signifikant forskel mellem borgerne, der indgår i progressionsmålingerne og ikke gør. Signifikansniveauet er på 10 pct.

\*Antallet af observationer for trivsel og funktionsevne er lavere end for de øvrige variable. For borgere, der indgår i progressionsmålingerne (den grå søjle), skyldes det, at ikke alle i progressionsmålingerne for WHO-5 har WHODAS-scoren. For borgere, der er frafaldt progressionsmålingerne, er antallet med WHO-5 og WHODAS-score væsentlig lavere, da det er en af grundene til, at de ikke indgår i progressionsmålingerne. De målinger, hvor der udelukkende er en baselinemåling, er frafaldet af denne grund.

Borgere, der indgår i progressionsmålingerne, er signifikant yngre end de øvrige borgere. Omkring en tredjedel af borgerne i progressionsmålingerne er under 75 år, hvilket til sammenligning blot er en fjerdedel af borgerne, der ikke indgår i progressionsmålingen af trivsel. I tråd hermed er der signifikant færre borgere i progressionsmålingerne af trivsel, der bor på plejecentre, og færre, der er påvirket af kognitive forandringer i en sådan grad, at det påvirker store dele af borgerens liv (eksempelvis demens), end borgere, der ikke har deltaget i både baseline- og eftermålingerne. Derimod er der en signifikant større andel af borgere, der er visiteret til en ydelse under serviceloven

eller sundhedsloven, inden forløbet påbegyndes, blandt borgere i progressionsmålingerne end blandt borgere, der ikke indgår i progressionsmålingerne.

De sidste to parametre med signifikante forskelle er motivation og trivsel målt før rehabiliteringsforløbet. Den gennemsnitlige motivation blandt borgere, der indgår i progressionsmålingerne, er signifikant højere end for borgere, der ikke indgår. Dertil oplever borgerne i progressionsmålingerne en signifikant højere selvvalueret trivsel inden forløbet end borgere, der ikke indgår i målingerne. Der er ikke forskel på borgernes funktionsevne.

Samlet set viser frafaldsanalysen, at borgerne i progressionsanalyserne er mindre svækkede på en række parametre end den samlede målgruppen i projektet. For at imødekomme denne skævhed er der i analyserne gennemført en række subgruppeanalyser for at undersøge, om resultaterne ændrer sig, når vi fokuserer på den mest svækkede del af borgerne i progressionsmålingerne, som dermed måske ligner den samlede målgruppe mere.

## 2.5 Statistiske analyser

Progressionsanalyserne er gennemført ved simple før- og eftermålinger, hvor forskellen i borgernes selvvaluerede trivsel og funktionsevne fra baseline- til eftermålingerne testes med en tosidet t-test. I tillæg er der gennemført lineære regressioner, der undersøger, hvilke parametre der har betydning for udviklingen. De to analyser beskrives herunder.

### *Før- og eftermåling med t-test*

Der gennemføres først simple før- og eftermålinger, hvor den gennemsnitlige WHO-5 og WHODAS-score i førmålingen sammenlignes med den gennemsnitlige score i eftermålingen. Udvikling fra før til efter testes med en tosidet t-test. Testen viser, om udviklingen er signifikant på et niveau på henholdsvis 1, 5 eller 10 pct. Hvis udviklingen er statistisk signifikant, indikerer det, at man med stor sandsynlighed ville finde en tilsvarende udvikling, hvis man gennemførte forløbet for en lignende gruppe borgere, dvs. at det ikke er en tilfældig udvikling.

### *Regressionsanalyse*

Regressionsanalysen har til formål at undersøge, hvilke parametre der har betydning for udvikling i borgernes selvvaluerede trivsel og funktionsevne fra før til efter<sup>7</sup>. Der er gennemført to regressionsanalyser: Den første undersøger, hvilke parametre der har betydning for udviklingen i WHO-5-scoren, og anden regressionsanalyse undersøger, hvilke parametre der har betydning for udviklingen i WHODAS-scoren. Analyserne er gennemført ved brug af lineære regressionsmodeller (OLS) med robuste standardfejl, clusteret på kommuneniveau. Hvor forskellen mellem før- og eftermålingen for hver enkelte borger er analyseret på en række oplysninger om borgerne: demografi, trivsels- og funktionsevne før rehabiliteringsforløbet, visitering til ydelser før forløbet samt variable om selve forløbet og kommune-dummies. Der er gennemført en række robusthedstest af modelspecifikationen ved at lave stepvis inklusion af de forskellige variable. Overordnet finder vi, at modellen er robust over for modelændringer. Derfor er det kun den fulde model med alle baggrundsvARIABLE, der vises i resultaterne.

Tabellen herunder viser resultatet af regressionsanalysen i forhold til ændringen i funktionsevne fra før til efter forløbet. En positiv koefficient indikerer, at den enkelte parameter har en positiv betydning for udviklingen i borgerens funktionsevne. Stjernerne på koefficienterne indikerer, om parameteren har signifikant betydning for, om borgeren forbedrer funktionsevnen.

<sup>7</sup> Regressionsanalyserne er gennemført efter samme metode, som anvendes i rapporten "Rehabilitering på ældreområdet" (SFI, 2017).

Tabel 2-3: Lineære regressionsanalyser af ændring i funktionsevne fra før til efter et rehabiliteringsforløb

		Koefficienter	Standardfejl
<b>Alder:</b>	Alder (år)	-0,1	0,15
<b>Køn:</b>	Mand	0,1	3,11
	Kvinde	Ref.	Ref.
<b>Boform:</b>	Borgere på plejecentre	-3,6	5,67
	Borgere i eget hjem	Ref.	Ref.
<b>Demens:</b>	Borgere med demens	-2,7	3,31
	Borgere uden demens eller <i>ved ikke</i>	Ref.	Ref.
<b>Samlever:</b>	Borgere, der bor uden samlever	4,5	3,44
	Borgere, der bor med samlever	Ref.	Ref.
<b>Personlig pleje:</b>	Visiteret til personlig pleje initialt	3,3	2,54
	Ikke visiteret til personlig pleje initialt	Ref.	Ref.
<b>Initial tilstand:</b>	Initialt trivselsniveau (scoren går fra 0-100)	-0,0	0,07
	Initial funktionsevne (scoren går fra 0-100)	-0,6***	0,06
<b>Motivation:</b>	Motivation på skala fra 1-10	-0,0	0,54
<b>Visitationsårsag:</b>	Akut sygdom med og uden indlæggelse	3,6	2,18
	Øvrige årsager	Ref.	Ref.
<b>Rehabiliteringsforløbet:</b>	Forløbets intensitet (antal minutter pr. uge)	-0,8***	0,00
	Forløbets varighed (antal uger)	0,2	0,28
<b>Antal observationer</b>		176	

Note: Lineær regression med robuste standardfejl clusteret på kommuneniveau. Den afhængige variable er forskellen i funktionsevne mellem før og efter. Et positivt tal indikerer en positiv udvikling i funktionsevne. Der er medtaget kommune-dummies for alle kommuner. Signifikansniveauet er markeret med stjerner: \* 10 pct., \*\* 5 pct., \*\*\* 1 pct.

Tabellen herunder viser resultatet af regressionsanalysen i forhold til ændringen i trivsel fra før til efter forløbet. En positiv koefficient indikerer, at den enkelte parameter har en positiv betydning for udviklingen i borgerens trivsel. Stjernerne på koefficienterne indikerer, om parameteren har signifikant betydning for, om borgerne forbedrer deres trivsel.

Tabel 2-4: Lineære regressionsanalyser af ændring i trivsel fra før til efter rehabiliteringsforløbet

		Koefficienter	Standardfejl
<b>Alder:</b>	Alder (år)	0,1	0,14
<b>Køn:</b>	Mand	3,2	2,9
	Kvinde	Ref.	Ref.
<b>Boform:</b>	Borgere på plejecentre	3,6	11,05
	Borgere i eget hjem	Ref.	Ref.
<b>Demens:</b>	Borgere med demens	1,5	3,99
	Borgere uden demens eller <i>ved ikke</i>	Ref.	Ref.
<b>Samlever:</b>	Borgere, der uden samlever	5,9	3,72
	Borgere, der bor med samlever	Ref.	Ref.
<b>Personlig pleje:</b>	Visiteret til personlig pleje initialt	2,9	4,32
	Ikke visiteret til personlig pleje initialt	Ref.	Ref.
<b>Initial tilstand:</b>	Initialt trivselsniveau (scoren går fra 0-100)	-0,7***	0,07
	Initial funktionsevne (scoren går fra 0-100)	-0,2	0,12
<b>Motivation:</b>	Motivation på skala fra 1-10	1,5**	0,59
<b>Visitationsårsag:</b>	Akut sygdom med og uden indlæggelse	4,5	4,94
	Øvrige årsager	Ref.	Ref.
<b>Rehabiliteringsforløbet:</b>	Forløbets intensitet (antal timer pr. uge)	-0,6	0,01
	Forløbets varighed (antal uger)	-0,2	0,24
<b>Antal observationer</b>		215	

Note: Lineær regression med robuste standardfejl clusteret på kommuneniveau. Den afhængige variable er forskellen i trivselsniveau fra før til efter rehabiliteringsforløbet. Et positivt tal indikerer en positiv udvikling i trivselsscoren. Der er medtaget kommune-dummies for alle kommuner. Signifikansniveauet er markeret med stjerner: \* 10 pct., \*\* 5 pct., \*\*\* 1 pct.

## 2.6 Spørgeskema til borgere

### INDLEDENDE SPØRGSMÅL

*BEMÆRK: Før progressionsmålingen kan påbegyndes, skal medarbejderen informere borgeren om formålet med progressionsmålingen, samt at data fra målingen indsamles og bruges i evalueringen af indsatsen.*

#### 1. Er borgeren blevet informeret om og har forstået målingens formål, samt at data fra målingen indsamles og bruges i evalueringen af indsatsen?

(1)  Ja

*BEMÆRK: Nedenstående spørgsmål 2-5 besvares af medarbejderen.*

#### 2. Er der kontakt til borgeren således, at det er muligt at udfylde spørgeskemaet?

(1)  Ja

(2)  Nej

*FILTER: Nedenstående spørgsmål 3 stilles kun, hvis der er svaret 'Nej' ved spørgsmål 2.*

#### 3. Hvad er grunden til, at det ikke muligt at udfylde spørgeskemaet?

(1)  Borgeren er flyttet i plejebolig

(2)  Borgeren er flyttet fra kommunen

(3)  Borgeren ønsker ikke at deltage i indsatsen

(4)  Borgeren er død

(5)  Borgerens fysiske og/eller psykiske helbred gør at spørgeskemaet ikke kan udfyldes

(6)  Andet, uddyb: \_\_\_\_\_

#### ***Borgerens rehabiliteringsparathed:***

#### 4. Hvad er årsagen til, at borgeren er visiteret til et rehabiliteringsforløb?

(1)  Akut sygdomsforløb, der har krævet hospitalsindlæggelse

(2)  Akut sygdomsforløb, der ikke har krævet hospitalsindlæggelse

(3)  Gradvis tab af funktionsniveau

(4)  Revisitation af igangværende hjælp

(5)  Andet, uddyb: \_\_\_\_\_

#### 5. Hvor motiveret er borgeren for rehabiliteringsforløbet? På en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Slet ikke motiveret" og 10 er "Særdeles motiveret", hvor motiveret er du?

[INDSÆT EN "RULLEBAR", SOM GÅR FRA 0 til 10 ELLER BLOT ET TEKSTFELT, SOM ER LÅST TIL INPUT 0-10]

## BAGGRUNDSOPLYSNINGER

Bemærk: Nedenstående spørgsmål 6-12 besvares af medarbejderen.

### 6. Hvad er borgerens alder?

1. Åbent svarfelt: \_\_\_\_\_

### 7. Hvad er borgerens køn?

1. Mand
2. Kvinde

### 8. Er borgeren påvirket af kognitive forandringer i en sådan grad, at det påvirker store dele af hans/hendes liv?

- (1)  Ja, som følge af diagnosticeret demens
- (2)  Ja, som følge af ikke-demens-relateret sygdom eller ikke-diagnosticeret demens
- (3)  Nej
- (4)  Ved ikke

### 9. Hvad er borgerens civilstatus?

- (1)  Gift/samlevende
- (2)  Enke/enkemand
- (3)  Enlig/aldrig været gift
- (4)  Separeret eller fraskilt
- (5)  Andet, uddyb: \_\_\_\_\_

### 10. Hvilken type bolig bor borgeren i?

- (1)  Hus
- (2)  Lejlighed
- (3)  Ældrebolig
- (4)  Plejehjem/Plejecenter
- (5)  Andet, uddyb: \_\_\_\_\_

## PLEJE- OG TRÆNINGSBEHOV (VISITEREDE YDELSER)

*FILTER: Nedenstående spørgsmål 11-12 besvares af medarbejderen ved brug af borgerens omsorgsjournal og stilles kun, hvis der er svaret (1), (2), (3) eller (5) ved spørgsmål 10.*

*De følgende to spørgsmål omhandler de ydelser, som borgeren i forvejen er visiteret til, **før borgerens rehabiliteringsforløb er påbegyndt**. Med FØR mener vi umiddelbart inden, rehabiliteringsforløbet påbegyndes, dvs. så tæt som muligt på, at rehabiliteringsforløbet starter, men dog ikke er startet endnu. Hvis borgeren forud for rehabiliteringsforløbet har oplevet en pludselig ændring i plejebehov som følge af en hændelse, fx et fald eller akut sygdom 7 dage inden rehabiliteringsforløbets start, er det borgerens plejebehov efter hændelsen har fundet sted, men før rehabiliteringsforløbet påbegyndes, som medarbejderen bedes registrere. Medarbejderen svarer på spørgsmålene ved brug af borgerens omsorgsjournal.*

**11. Før borgeren starter i sit rehabiliteringsforløb, har borgeren da modtaget støtte fra kommunen efter serviceloven (SEL) og/eller sundhedsloven (SUL)? (muligt at sætte flere krydser)**

- (1)  Nej, borgeren modtager ingen hjælp fra kommunen
- (2)  Ja, til personlig pleje (fx støtte til af- og påklædning, bad, toiletbesøg, ernæring) (SEL § 83)
- (3)  Ja, til praktisk hjælp (fx indkøb eller rengøring) (SEL § 83)
- (4)  Ja, til genoptræning (SEL § 86 eller SUL § 140)
- (5)  Ja, til hjemmesygepleje (SUL § 138)
- (6)  Ved ikke
- (7)  Andet, uddyb: \_\_\_\_\_

*FILTER: Hvis spørgsmål 11 besvares med (2), (3), (4), (5) eller (7), stilles følgende spørgsmål. Aktiveringen afhænger dog af besvarelsen i spørgsmål 11. Hvis borgeren har svaret "Ja, til personlig pleje", så aktiveres (1) i spørgsmål 12 osv.*

**12. Hvor mange minutters hjælp er borgeren visiteret til pr. uge før påbegyndt rehabiliteringsforløb?**

- (1)  tildelt \_\_\_\_ min. pr. uge til personlig pleje (SEL § 83)
- (2)  tildelt \_\_\_\_ min. pr. uge til praktisk hjælp (SEL § 83)
- (3)  tildelt \_\_\_\_ min. pr. uge til genoptræning (SEL § 86 eller SUL § 140)
- (4)  tildelt \_\_\_\_ min. pr. uge til hjemmesygepleje (SUL § 138)
- (5)  tildelt \_\_\_\_ min. pr. uge til [Andet, indsæt]

*FILTER: Hvis spørgsmål 11 besvares med (2), (3), (4), (5) eller (7) stilles følgende spørgsmål. Aktiveringen afhænger dog af besvarelsen i spørgsmål 11. Hvis borgeren har svaret "Ja, til personlig pleje", så aktiveres (2) i spørgsmål 12 osv.*

*Det næste spørgsmål omhandler de ydelser, som borgeren modtager **under sit rehabiliteringsforløb**. Her bedes medarbejderen først indtaste, hvor mange minutters hjælp, borgeren er visiteret til efter servicelovens § 83 a (rehabilitering). Medarbejderen svarer igen ved brug af borgerens omsorgsjournal.*

**13. Hvor mange minutters hjælp er borgeren visiteret til pr. uge efter servicelovens § 83 a i løbet af rehabiliteringsforløbet?**

- (1)  tildelt \_\_\_\_ min. pr. uge til rehabiliteringsforløb (SEL §83 a)

*Da der kan være forskel på, hvordan kommunerne registrerer visiterede ydelser til rehabiliteringsforløb, bedes medarbejderen svare på, om den visiterede støtte efter § 83 a er inklusiv eller eksklusiv den støtte, som borgeren modtog efter § 83 (til praktisk hjælp og/eller personlig pleje) før påbegyndt rehabiliteringsforløb.*

**14. Du har indtastet, at borgeren modtager "X [Indsæt svar fra spg. 13]" minutter pr. uge i sit rehabiliteringsforløb. Er dette inklusiv eller eksklusiv den visiterede tid, som borgeren i forvejen modtager til praktisk hjælp og/eller personlig pleje efter § 83?**

- (1)  Den visiterede tid til rehabilitering (SEL § 83 a) er **inklusiv** den tid, som borgeren i forvejen (før rehabiliteringsforløbet) er visiteret til **personlig pleje** efter SEL § 83.
- (2)  Den visiterede tid til rehabilitering (SEL § 83 a) er **inklusiv** den tid, som borgeren i forvejen (før rehabiliteringsforløbet) er visiteret til **praktisk hjælp** efter SEL § 83.



(3)  Den visiterede tid til rehabilitering (SEL § 83 a) er **inklusiv** den tid, som borgeren i forvejen (før rehabiliteringsforløbet) er visiteret til **praktisk hjælp og personlig pleje** efter SEL § 83.

(4)  Den visiterede tid til rehabilitering (SEL § 83 a) er **eksklusiv** den tid, som borgeren i forvejen (før rehabiliteringsforløbet) er visiteret til efter § 83.

(5)  Ved ikke.

### LIVSMESTRING OG FUNKTIONSNIVEAU (WHODAS 2.0)

Bemærk: De næste spørgsmål i spørgeskemaet (spørgsmål 13-30) besvares af borgeren og udfyldes af medarbejderen ved interview med borgeren.

#### I de sidste 30 dage, hvor vanskeligt har du haft ved, at:

Nr.	Spørgsmål	1 Slet ikke	2 Lidt	3 Noget	4 Meget	5 Eks- tremt/Ikke muligt	6 Ved ikke/Bor- geren ønsker ikke at be- svare	7 Ej relevant/Bor- geren kan ikke besvare (fx pga. demens)
15	Lære noget nyt, fx lære at finde vej til et nyt sted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Koncentrere dig om at lave noget i <u>10 minutter</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Stå op i lang tid, såsom <u>30 minutter</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Gå en længere di- stance, såsom <u>1 km</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Vaske dig over <u>hele kroppen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Tag <u>tøj på</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Være <u>sammen med mennesker, som du ikke kender</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Opretholde et <u>ven- skab</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Varetage dine <u>plig- ter i hjemmet</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Deltage i <u>aktiviteter i dit lokalområde</u> (fx festlige sammenkomster eller andre aktiviteter) på lige fod med andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Hvor meget har din <u>helbredstilstand på-</u> virket dig følelses- mæssigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 26. Har du som medarbejder uddybende kommentarer til målingen af borgerens selvop- levede funktionsniveau?

1. Åbent svarfelt: \_\_\_\_\_

## TRIVSEL (WHO-5)

### I de sidste to uger...:

Nr.	Spørgsmål	0 På intet tids- punkt	1 Lidt af ti- den	2 Lidt mindre end halv- delen af tiden	3 Lidt mere end halv- delen af tiden	4 Det meste af tiden	5 Hele tiden	6 Ved ikke/ Borgeren ønsker ikke at besvare	7 Ej rele- vant/ Bor- geren kan ikke be- svare (fx pga. de- mens)
27	.. har jeg været glad og i godt humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	.. har jeg følt mig rolig og afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	.. har jeg følt mig aktiv og energisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	.. er jeg vågnet frisk og udhvilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	.. har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 32. Har du som medarbejder uddybende kommentarer til målingen af borgerens selvoplevede livskvalitet?

Åbent svarfelt: \_\_\_\_\_

### 3. BILAG 3 – OMKOSTNINGSANALYSE

Der er indsamlet økonomisk data om følgende omkostninger:

- **Etableringsomkostninger**, herunder investeringer i starten af projektperioden samt forberedelsesaktiviteter såsom uddannelse og kompetenceudvikling af medarbejdere forud for opstart af rehabiliteringsforløb.
- **Driftsomkostninger**, herunder planlægning og administration, visitering af indsats, målsætning og udredning, levering af indsats, afslutning af indsats, løbende uddannelse af medarbejdere, træning og vejledning, materialer og transport samt indkøb af konsulenter (eksempelvis til undervisningsforløb).

De indsamlede ressourceforbrug og omkostninger til materialer med videre er ikke fratrukket omkostningerne af det eksisterende rehabiliteringsforløb (basisindsatsen). Tid og omkostninger forbundet med evalueringsaktiviteter (eksempelvis deltagelse i workshops eller interviews i forbindelse med evalueringen) er ikke medregnet. Omkostningerne er i evalueringen brugt til at værdisætte, hvor meget en lignende indsats koster, hvis andre kommuner vil implementere den.

I det følgende beskrives beregningerne ved omkostningsanalysen. Derefter beskrives mulige usikkerheder i indberetningen.

#### 3.1 Dataindsamling

Der er benyttet et elektronisk spørgeskema til at belyse kommunernes omkostninger til etablering og drift af de forskellige indsats over projektperioden. Spørgeskemaerne blev udviklet til formålet og justeret efter tæt dialog med de deltagende kommuner gennem en pilottestning af skemaet blandt to udvalgte kommuner. Projektlederne blev forud for dataindsamlingen oplært i indtastningen i skemaet i Rambøll Results, og der blev efter første indtastning gennemført en grundig validering gennem telefoniske interviews med henblik på at sikre en høj datakvalitet.

Data for omkostningsanalysen er indsamlet kvartalsvis gennem de seneste syv kvartaler i kommunerne sideløbende med gennemførelsen af forløbene. Projektlederne i kommunerne har udfyldt skemaerne, og besvarelsene er efterfølgende valideret ved gennemgang med en økonomisk konsulent i Rambøll og evt. ved en inddragende dialog med projektlederen. Der er indsamlet et spørgeskema for udgifter til etableringsudgifter anvendt i 2018. Data om de økonomiske udgifter til etablering og drift er indsamlet kvartalsvis i hele 2019 og første halvår af 2020, og der er i alt indsamlet data om økonomien syv gange over projektperioden.

Indsamlingen af både drifts- og etableringsomkostningerne er foregået ved, at kommunerne har modtaget et spørgeskema, hvori de er blevet bedt om at registrere deres timeforbrug samt øvrige udgifter på en række foruddefinerede omkostningsposter, som er defineret med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens faser i et rehabiliteringsforløb. De indsamlede data er herefter blevet valideret ved hjælp af telefoninterviews med de respektive kommunale projektledere. I forbindelse med både dataindsamlingen og den efterfølgende validering har der været et fokus på, at datagrundlaget udelukkende omfatter ressourcer relateret til selve indsatsen, mens tidsforbrug samt øvrige udgifter forbundet med deltagelse i henholdsvis projektet og evalueringsaktiviteterne så vidt muligt ikke indgår i omkostningsanalysen, da de ikke er relevante i et fremtidigt driftsperspektiv.

### 3.2 Beregning af omkostninger

Det indberettede tidsforbrug er omregnet til omkostninger ved at benytte gennemsnitlige årslønninger fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor<sup>8</sup>. Det er gjort ved, at hver medarbejderkategori i de indberettede data er matchet den tilsvarende overenskomstgruppe fundet fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. Det betyder, at de faktiske omkostninger afholdt i kommunerne kan variere fra omkostningsanalysen alt efter, hvilken overenskomst og anciennitet de konkrete medarbejdere har. De gennemsnitlige årslønninger er omregnet til timeløn ved brug af den effektive timenorm på 1.418 timer pr. år<sup>9</sup> og tillagt en overhead på 20 pct. Ved at anvende en overhead tages der højde for, at en medarbejder ikke kun er en lønomkostning, men at der er flere omkostninger ved at være ansat i en større organisation.

### 3.3 Antal borgere i omkostningsanalysen

I omkostningsanalyserne er de 12 kommuner blevet bedt om at opgøre antallet af borgere, som de indberettede omkostninger dækker over. Her har kommunerne samlet oplyst, at 1.884 borgere i de 12 projektkommuner har været i berøring med rehabiliteringsforløb til målgruppen. Dette tal er væsentlige højere end de indberettede data på borgernes baggrundsplysninger og funktionsevne samt trivsel. Her var der 700 borgere oprettet i systemet. Denne forskel skyldes følgende forhold:

1. Borgerne har ikke ønsket/har frabedt sig, at deres data blev anvendt i evalueringen.
2. Borgerne har ikke forstået formålet med evalueringen og/eller kunnet give samtykke til, at deres data må anvendes i evalueringssøjemed.
3. Flere af de ældre på plejecentre og i eget hjem har ifølge projektlede og nøglemedarbejdere været for syge/svækkede på opstartstidspunktet til at besvare progressionsmålingen, og målingen er så ikke gennemført senere.
4. Flere af kommunerne har haft udfordringer med at integrere målingerne i deres arbejdsgange for rehabiliteringsforløbet. Det har resulteret i, at mange har glemt at gennemføre målingerne.
5. I en af kommunerne har rehabiliteringsteamet arbejdet med rehabilitering til samtlige borgere, der visiteres til et § 83-a forløb. I økonomiskemaet har denne kommune registreret samtlige borgere, der har været i kontakt med rehabiliteringsteamet, da kommunen er bevilliget midler til hele deres § 83-a indsats. Derfor er der også angivet borgere, hvor rehabiliteringsforløbet eksempelvis har bestået af et besøg, hvor borgeren har fået vist, hvordan de kan anvende forskellige hjælpemidler. Denne del af målgruppen er efter aftale mellem Rambøll (evaluator) og kommunen ikke inkluderet i progressionsmålingerne, da de ikke er i målgruppen. Det betyder dog, at nogle af borgerne, der indgår i omkostningsanalysen, ikke umiddelbart er i målgruppen. Det er ikke muligt at frasortere denne gruppe, da der ikke registreret præcis hvilke borgere, der er tale om. Kommunens gennemsnitlige omkostningsniveau afviger dog ikke fra de øvrige projektkommuner, hvorfor data om omkostninger fra denne kommune indgår i omkostningsanalyse.

Omkostningsanalysen med 1.884 borgere bygger dermed på en større målgruppe end gruppen, der er medtaget i virkningsevalueringen. Omkostningsanalysen inkluderer, ud over målgruppen inkluderet i progressionsmålingen, også svækkede borgere, hvor det ikke har været muligt at gennemføre progressionsmålingen, og for en kommune også en målgruppe af borgere, der falder uden for målgruppen af ældre i projektet.

<sup>8</sup> Den gennemsnitlige årsløn er, ligesom i Socialstyrelsens omkostningsmodel, hentet fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (krl.dk). Her er følgende filtre brugt: Kommune, Stilling, Løndelev og Gennemsnit anvendt. Lønomkostningerne indeholder grundløn, tillæg, særydelser, feriepenge, pension og overarbejde.

<sup>9</sup> Årstimenorm for offentligt ansatte er fastsat af Finansministeriet i 2006, jf. Socialstyrelsens retningslinjer.

Det er væsentligt at bemærke, at den gennemsnitlige varighed af rehabiliteringsforløbet, som er beregnet på baggrund af data fra progressionsmålingen (se Tabel 7-1), måske fremstår længere, end det rent faktisk er tilfældet. Viden fra økonomiindberetningen viser, at der er borgere blandt de 1.884 borgere, der har modtaget en kort indsats på et til to besøg. Det vil sige, at i nogle kommuner har man vurderet, at svækkede ældre vil have gavn af en kort indsats i regi af projektet, men kommunerne har ikke varetaget før- og eftermåling, fordi indsatsen har været så afgrænset.

Afslutningsvis er det relevant at bemærke, at der vil være en række usikkerheder ved, at omkostningerne er indsamlet gennem kvartalsvise medarbejderindberetninger. En usikkerhed ved denne indsamlingsmetode kan eksempelvis være, om kommunerne husker at medtage alle omkostninger, når der går relativt lang tid mellem hver indberetning.

Ressourceforbruget har desuden skulle indberettes inden for nogle specificerede omkostningskategorier, hvilket ligeledes åbner op for en potentiel usikkerhed i indberetningerne. Dette skyldes, at der er forskellige kommuner og dermed medarbejdere, der har foretaget indberetningerne, hvorfor de ikke nødvendigvis har haft samme forståelse af, hvilke omkostninger der skulle indberettes inden for hver af disse kategorier. Selve opgørelsen af timer brugt i forbindelse med indsatsen kan desuden have være vanskelig, da medarbejderne ikke udelukkende arbejder med disse indsatser. Endelig kan der være forskelle på, hvor "grundige" de forskellige kommuner har været. Med andre ord kan der være forskelle på, hvorvidt de eksempelvis medtager samme omkostningsposter, eller om alle møder og telefonopkald vedrørende indsatsen er medtaget eller ej. Disse usikkerheder er forsøgt minimeret ved gennemgang af tal og validering af de indsamlede omkostninger med kommunerne.

### 3.4 Spørgeskemaet til afdækning af omkostninger

#### MEDARBEJDERNES TIDSFORBRUG FORBUNDET MED INDSATSEN

*OBS! Timeforbruget og omkostningerne, som projektlederen i kommunen indtaster i økonomiskemaet, skal afspejle den samlede tid og økonomi, som er blevet brugt på indsatsen inden for det seneste kvartal. På samme måde vil vi gerne vide, hvor mange borgere disse timer og omkostninger relaterer sig til i løbet af det enkelte kvartal. Dette skyldes, at vi gerne vil kunne beregne den samlede omkostning pr. borger, som har modtaget en styrket rehabiliteringsindsats.*

*Det er dog forskelligt på tværs af de 12 deltagende kommuner, hvor mange af de borgere, som modtager en styrket indsats, som også bliver oprettet i Rambøll Results-systemet (til at foretage progressionsmålinger). Antallet af borgere i Results afspejler derfor ikke alle borgere, som har modtaget indsatsen. Vi vil derfor gerne bede jer om at indtaste det samlede antal borgere i økonomiskemaet, som i løbet af det seneste kvartal har modtaget en styrket rehabiliteringsindsats (og som timeforbruget og omkostningerne derfor relaterer sig til).*

*Hvis du har uddybende kommentarer til antallet af borgere, som du angiver nedenfor, så noter det venligst i feltet "Uddybende kommentarer".*

- 1. Hvor mange borgere har modtaget en styrket rehabiliteringsindsats inden for puljeprojektet i løbet af det seneste kvartal?** Hvis I har aftalt med Rambøll, at I registrerer timeforbruget i økonomiskemaet for **afsluttede borgerforløb**, angiv da antallet af borgere, som er blevet afsluttet inden for kvartalet. Hvis I derimod har aftalt med Rambøll, at I registrerer timeforbruget i økonomiskemaet **løbende for de borgere, som er påbegyndt et rehabiliteringsforløb** inden for kvartalet, så angiv da venligst antallet af borgere, som er startet op i et styrket rehabiliteringsforløb inden for kvartalet.

Åbent **numerisk** svarfelt: \_\_\_\_\_

**2. Har du nogen uddybende kommentarer, bemærkninger eller forklarende tekst til antallet af borgere, som du har angivet?**

Åbent svarfelt: \_\_\_\_\_

**Inden for de seneste tre måneder ...**

**3. Hvor mange medarbejdertimer er der blevet brugt på den styrkede rehabiliteringsindsats på følgende administrative og uddannelsesrelaterede aktiviteter, fordelt på de opstillede faggrupper? Bemærk, at det kun her drejer sig om timeforbrug og ikke øvrige omkostninger forbundet med disse aktiviteter. Øvrige omkostninger kan udfyldes senere i dette skema.**

	<b>Forberedelse og planlægning:</b> Aktiviteter, som skal gennemføres, inden indsatsen påbegyndes, fx udarbejdelse af implementeringsplaner, arbejdsgangs- og funktionsbeskrivelser, forløbsplaner, intro- og uddannelsesdage, ændring/implementering af organisatorisk setup, licenser, ansættelsesrunder mv.	<b>Uddannelse/kompetenceudvikling:</b> - Deltagelse på kurser, træning, og andre opkvalificeringsaktiviteter i starten af projektperioden - Deltagelse i løbende opkvalificering og kompetenceudvikling	<b>Projektledelse, administration og drift af indsats, fx:</b> - Facilitering og afholdelse af mødeaktiviteter i forbindelse med projektet
<b>Administrativt personale (projektleder, projektmedarbejdere, visitatorer, ledere)</b>			
<b>Social- og sundhedspersonale (SOSU-assistentter og -hjælpere)</b>			
<b>Sygeplejersker</b>			
<b>Fysio- og ergoterapeuter</b>			
<b>Diætister</b>			
<b>Andet personale (fx pædagoger og aktivitetsmedarbejdere)</b>			

### Inden for de seneste tre måneder ...

Hvor mange medarbejdertimer er der blevet brugt på aktiviteter i forbindelse med leveringen af selve indsatsen, fordelt på de opstillede faggrupper? Bemærk, at det kun her drejer sig om timeforbrug og ikke øvrige omkostninger forbundet med disse aktiviteter. Øvrige omkostninger kan udfyldes senere i dette skema. Vær desuden opmærksom på kun at indberette tidsforbruget forbundet med aktiviteter i selve rehabiliteringsforløbet (de fem faser) på baggrund af de borgerforløb, som er blevet afsluttet inden for det seneste kvartal.

	Fase 1: Visitation	Fase 2 og 3: Udredning og målsætning	Fase 4: Levering af den målrettede rehabiliteringsindsats og opfølgning på mål	Fase 5: Afslutning og eventuel re-visitation
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejdelse af helhedsvurdering af borgeren</li> <li>- Træffe afgørelse om visitation til et tidsbegrænset rehabiliteringsforløb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udredning af den enkelte borgers behov ved inddragelse af de relevante faggrupper (fx gennem motiverende samtaler)</li> <li>- Sætte mål for rehabiliteringsforløbet sammen med den enkelte borger, fx ved brug af COPM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejdelse af handlingsplaner</li> <li>- Levering af selve rehabiliteringsindsatsen, fx ADL, faldforebyggelse, medicin-håndtering, ernæring, hudpleje mv.</li> <li>- Dokumentation</li> <li>- Møde- og sparringsaktiviteter</li> <li>- Opfølgning og løbende justeringer af rehabiliteringsplaner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afsluttende samtale med borgeren</li> <li>- Evt. revisitation</li> <li>- Evt. møde med relevant aktør (fx hjemmeplejen), som borgeren skal overdrages til</li> </ul>
<b>Administrativt personale (projektleder, projektmedarbejdere, visitatorer, ledere)</b>				
<b>Social- og sundhedspersonale (SOSU-assistent og -hjælpere)</b>				
<b>Sygeplejersker</b>				
<b>Fysio- og ergoterapeuter</b>				
<b>Diætister</b>				
<b>Andet personale (fx pædagoger og aktivitetsmedarbejdere)</b>				

#### 4. Er der brugt medarbejdertimer på andre aktiviteter? (Bemærk, at det kun drejer sig om timeforbrug. Øvrige omkostninger kan noteres senere hen)

- (1)  Ja, angiv hvilke: \_\_\_\_\_
- (2)  Nej

Note: Følgende spørgsmål stilles kun, hvis projektleder har svaret "Ja" til (3).

### 5. Hvis ja, hvor mange medarbejdertimer er der blevet brugt på andre aktiviteter?

Andre aktiviteter	
Administrativt personale (projektleder, projektmedarbejdere, visitatorer, ledere)	
Social- og sundhedspersonale (SOSU-assistenten og -hjælpere)	
Sygeplejersker	
Fysio- og ergoterapeuter	
Diætister	
Andet personale (fx pædagoger og aktivitetsmedarbejdere)	

### ØVRIGE OMKOSTNINGER FORBUNDET MED INDSATSEN

Inden for de seneste tre måneder...

### 6. Hvor mange øvrige omkostninger har I haft til fx køb af materialer, transport, underviser eller uddannelsespakker til undervisningsforløb mv. knyttet til indsatsen? Kategorierne nedenfor er vejledende, så den enkelte projektleder må gerne ændre eller tilføje andre kategorier. Skriv gerne, om det er inkl. eller ekskl. moms.

Omkostningskategori	Omkostning i kroner	Inkl. eller ekskl. moms	Kommentar
<b>Uddannelse, herunder:</b> - Indkøb af underviser og/eller uddannelsespakke - Uddannelsesmaterialer (fx lærebøger, vejledninger m.m.) - Efteruddannelse - Certificeringer - Andet			
<b>Materialer (IKKE uddannelsesrelaterede), fx:</b> - Tavler - Teknisk udstyr (fx tablets) - Andet			
<b>Transport ifm. aktiviteter relateret til projektet, herunder:</b> - Møde- og uddannelsesaktiviteter - Udførelse af selve rehabiliteringsindsatsen hos borgerne - Andet			Her kan omkostninger baseres på gældende takster for kørsel samt de budgetterede udgifter relateret til kørsel
<b>Lokaler og forplejning, fx ifm. med møde- eller uddannelsesaktiviteter relateret til projektet</b>			
<b>Rejser og ophold, fx ifm. med møder, seminarer, kurser m.m.</b>			
<b>Licensbetalinger, fx til validerede måleredskaber</b>			



## 4. BILAG 4 – TELEFONINTERVIEWS MED BORGERE

For at opnå indsigt i borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet og virkningen deraf er der løbende gennemført strukturerede telefoninterviews med de ældre, der har afsluttet et rehabiliteringsforløb. Til dette formål har vi anvendt et struktureret spørgeskema, kombineret med åbne svarmuligheder, som vist nedenfor.

Følgende temaer er systematisk afdækket i telefoninterviewene:

- Baggrundsspørgsmål
- Borgerens tilfredshed og oplevelse af rehabiliteringsforløbet
- Oplevede virkninger for borgeren.

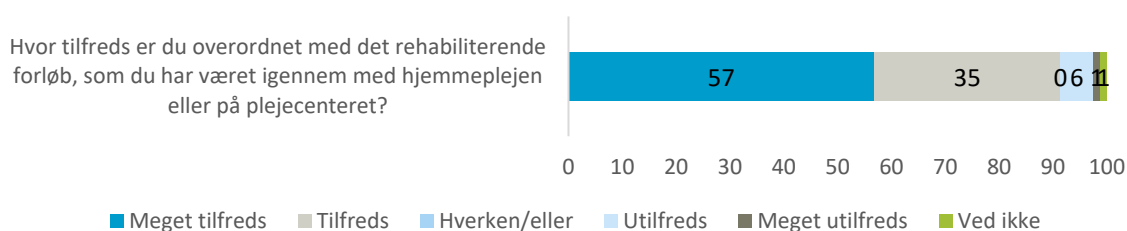
Borgerne til telefoninterviewene er udvalgt i samarbejde med projektlederne lokalt på projekterne, der fire gange i projektperioden er blevet bedt om at finde 3-5 ældre borgere, der kunne gennemføre telefoninterviewene.

Nogle projektkommuner (Syddjurs, Frederikshavn, Esbjerg og Randers) har arbejdet med målgrupper, der grundet deres svækkede tilstand ikke har været i stand til at gennemføre telefoninterviews. I disse kommuner er der i forbindelse med casebesøg 1 gennemført tilsvarende interviews med borgere ved et fysisk møde (se Tabel 1-2).

I alt har Rambøll haft 81 borgerinterviews i løbet af projektperioden. Gennemsnitsalderen for disse borgere er 78,6 år, og 62 pct. af respondenterne er kvinder. I alt bor 81 pct. i egen bolig, 11 pct. i ældrebolig og 7 pct. på plejecentre. 36 pct. af borgerne har tidligere været tilknyttet et rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen eller på plejecenter, mens 56 pct. ikke har, og 9 pct. ikke ved det. Borgernes nuværende rehabiliteringsforløb har i gennemsnit varet 8,2 uger.

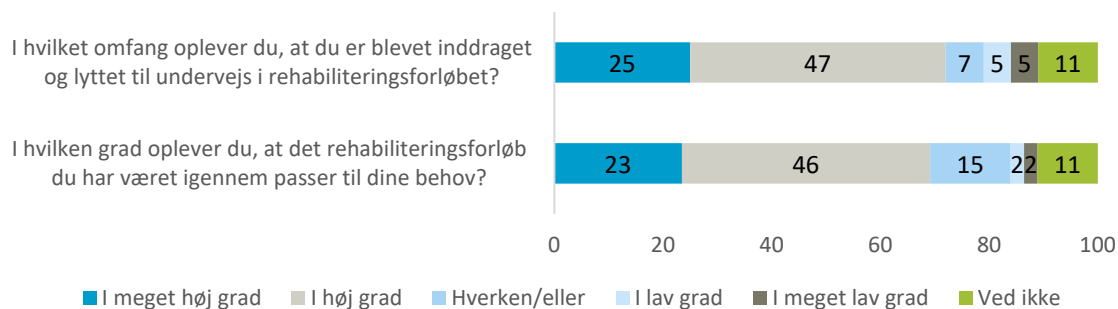
Nedenfor er angivet resultaterne fra interviewene.

**Figur 4-1 Borgernes overordnede tilfredshed med rehabiliteringsindsatsen**



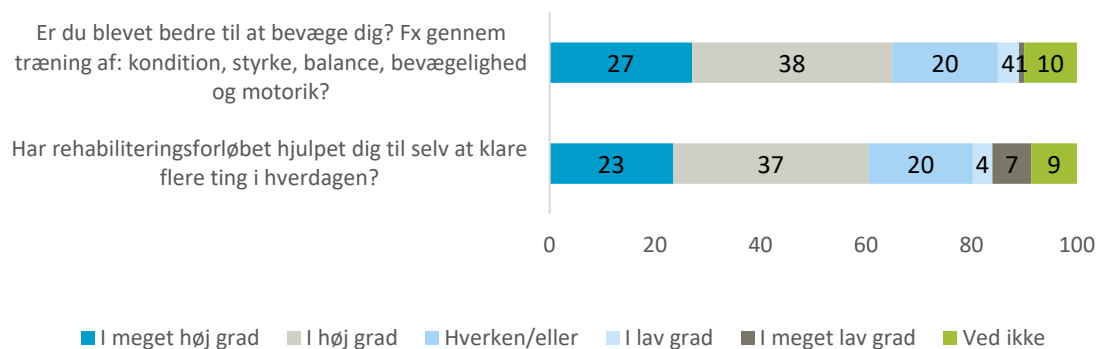
Kilde: RMC-survey 2020, N=81

**Figur 4-2 Borgernes oplevelse med rehabiliteringsindsatsen**



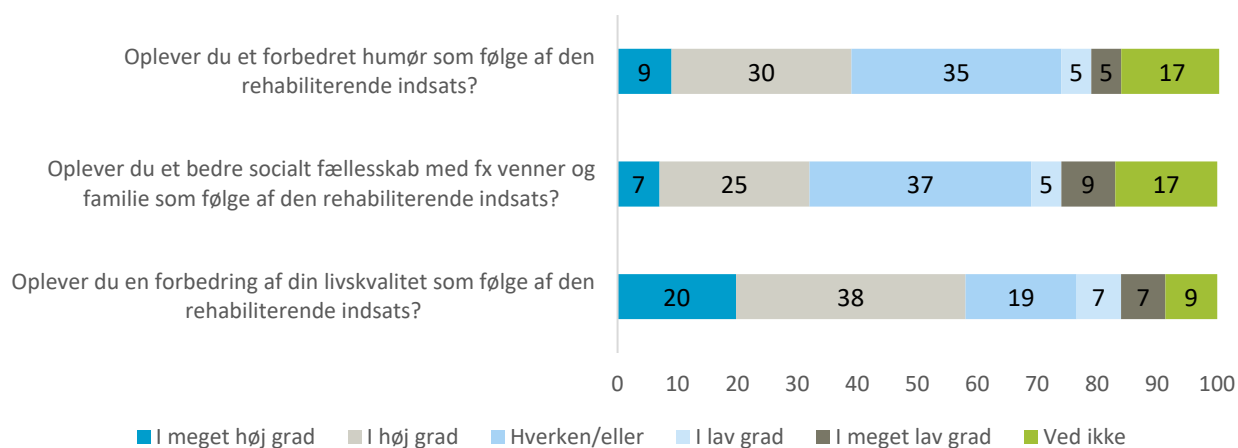
Kilde: RMC-survey 2020, N=81

**Figur 4-3 Borgernes selvoplevede funktionsevne som følge af den rehabiliterende indsats**



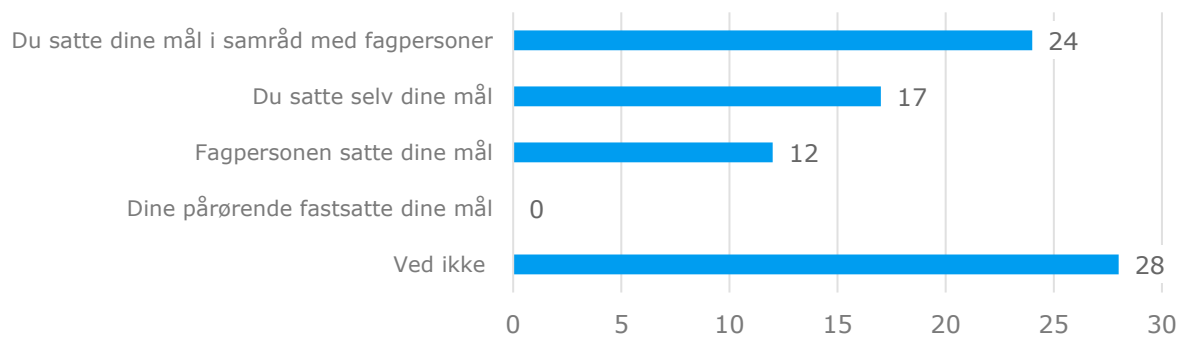
Kilde: RMC-survey 2020, N=81

**Figur 4-4 Borgernes oplevelse af deres humør, sociale fællesskab og livskvalitet som følge af den rehabiliterende indsats**



Kilde: RMC-survey 2020, N=81

**Figur 4-5 Hvem fastsatte hvilke mål, der skulle være i dit rehabiliteringsforløb?**



Kilde: RMC-survey 2020, N=81

## 5. BILAG 5 – MEDARBEJDER- OG LEDERSURVEY

Til at indhente viden om den organisatoriske og faglige udvikling vedrørende arbejdet med rehabilitering til målgruppen har vi gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og ledere i projekterne. Formålet med de løbende målinger var at tilvejebringe viden om medarbejderne og ledernes udvikling i forhold til fem centrale temaer:

- **Rammer om rehabiliteringsforløb**
- **Vidensniveau** om rehabilitering til målgruppen
- **Kompetenceniveau** i forhold til rehabilitering til målgruppen
- **Praksis** omkring rehabilitering til målgruppen
- **Ledelsesmæssige opbakning** til rehabilitering til målgruppen.

Spørgeskemaet er udfyldt tre gange i løbet af projektperioden, henholdsvis ved projektstart (marts 2019), midtvejs (oktober 2019) og afslutningsvis (marts 2020).


### 5.1 Dataindsamling og distribution

Spørgeskemaet er distribueret og indsamlet via et elektronisk spørgeskema, som blev sendt direkte til relevante medarbejdere og ledere i hver kommune. Spørgeskemaet har ved hver måling været åbent i ca. en måned, hvor der foruden invitationsmailen blev sendt en rykkermail ud ca. en gang om ugen for at højne svarprocenten. Dertil har Rambøll været i dialog med projektlederne om at motivere de involverede medarbejdere til at besvare spørgeskemaet for at højne svarprocenten.

Surveyen er distribueret til henholdsvis 523 medarbejdere ved målingen i starten af projektet, 538 medarbejdere midtvejs i projektet og 672 medarbejdere ved den afsluttende måling. Svarprocenten for de tre målinger er mellem 50 og 64 pct. Antallet af respondenter for hver måling fremgår af Figur 5-1 nedenfor.

Figur 5-1 viser respondenterne fordelt på faglig stilling. Social- og sundhedshjælpere udgør gennem projektperioden den største gruppe af respondenter og ligger mellem 29 og 35 pct. Cirka hver fjerde respondent er social- og sundhedsassistent. Herefter følger driftsledere og sygeplejersker. Ved den afsluttende måling udgør driftsledere og sygeplejersker henholdsvis 10 og 9 pct. Der er mellem 5 og 6 pct., der har angivet kategorien "Andet". I denne kategori findes blandt andet planlæggere, sygehjælpere og ufaglærte hjælpere.

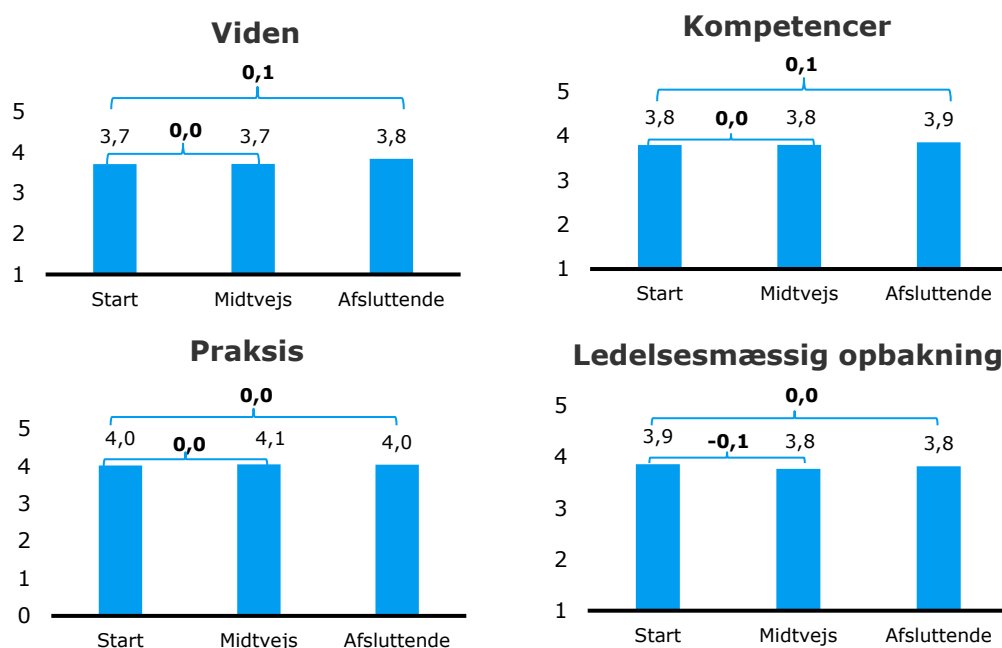
Figur 5-1: Medarbejdertyper

		Start	Midtvejs	Afsluttende
 <p>Medarbejdere</p>	Diætist	2 pct.	2 pct.	2 pct.
	Driftsleder	13 pct.	9 pct.	10 pct.
	Ergoterapeut	7 pct.	9 pct.	7 pct.
	Forløbsansvarlig koordinator	4 pct.	6 pct.	6 pct.
	Fysioterapeut	5 pct.	6 pct.	6 pct.
	Psykolog	0 pct.	0 pct.	0 pct.
	Pædagog/aktivitetsmedarbejder	1 pct.	2 pct.	1 pct.
	Social- og sundhedsassistent	27 pct.	24 pct.	28 pct.
	Social- og sundhedshjælper	29 pct.	33 pct.	35 pct.
	Sygeplejerske	10 pct.	12 pct.	9 pct.
	Visitor	5 pct.	5 pct.	4 pct.
	Andet	5 pct.	5 pct.	6 pct.
	<b>Antal respondenter (N)</b>		<b>296</b>	<b>355</b>

Kilde: Medarbejdersurvey. Respondenten har haft mulighed for at tilkendegive flere stillingsbetegnelser, hvorfor procenterne summer til mere end 100.

Surveyen havde til formål at følge indsatsens virkning på fire parametre, rapporteret af medarbejdere og ledere i løbet af projektperioden. Alle indeks er således selv vurderet. Figur 5-1 ovenfor illustrerer denne udvikling over tre målinger: Ved projektets start, midtvejs i forløbet og i projektets afsluttende fase. Virkningen for medarbejdere er målt på de nedenstående fire parametre og er konstrueret som et indeks. Indeksene for henholdsvis viden, kompetencer og ledelsesmæssig opbakning er baseret på tre spørgsmål (indikatorer), mens indekset for praksis er baseret på syv spørgsmål. Alle spørgsmålene besvares på en skala fra 1-5, hvor 1 indikerer den mindste virkning og 5 den højeste. I Figur 5-2 præsenteres resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 5-2: Udvikling i medarbejdernes oplevelser af viden, kompetencer, praksis og ledelsesmæssige opbakning



Note: Obs på, at Ledelsesmæssig opbakning er skrevet som 0,0 i progression, mens den faktisk er faldet 0,1. Praksis starter som den eneste fra 0. Praksis fra start til midtvejs -0,1.

Indekset for **viden** er konstrueret ud fra spørgsmål om medarbejderens viden om opsporing og motivation af de ældre i forhold til rehabilitering samt om årsagerne til de ældres rehabiliteringsbehov og betydningen af disse for rehabiliteringspotentialet. Niveauet 1 repræsenterer et meget lavt vidensniveau, mens 5 er et meget højt vidensniveau. Der er som udgangspunkt afrapporteret et højt vidensniveau ved startmålingen (3,7), som holdes konstant ved midtvejsmålingen og med en lille signifikant stigning til 3,8 ved den afsluttende måling.

Indekset, der følger udviklingen i medarbejdernes **kompetencer**, baserer sig på spørgsmål om medarbejdernes kompetencer i forhold til opsporing af de ældre med et rehabiliteringspotential, i forhold til motivation af de ældre og kompetencer til at inddrage den ældre i eget rehabiliteringsforløb. Her ses et højt kompetenceniveau fra start (3,8), som holdes konstant ved midtvejsmålingen og med en lille, men insignifikant stigning til 3,9 ved den afsluttende måling. Der er ingen væsentlig forskel i gennemsnittet ved de tre indikatorer, der udgør indekset.

Medarbejderne har i surveyen også vurderet egen **praksis** for rehabilitering. Indekset for praksis er konstrueret på baggrund af spørgsmål om medarbejdernes evne til at samarbejde tværfagligt, fokus på borgerens motivation, rehabiliteringsfokus i det opsporende arbejde, indsatser med fokus på hjælp-til-selvhelp frem for kun at have fokus på pleje og omsorg, inddragelse af pårørende i rehabiliteringsforløbet, tilrettelæggelse af forløb med udgangspunkt i borgerens livssituation og dokumentation af praksis. Her afrapporteres et højt niveau fra start (4,0), om end der ikke ses nogen udvikling i dette fra start til den afsluttende måling. Når man ser nærmere på de enkelte indikatorer, er gennemsnittet for inddragelse af pårørende lavere end de andre indikatorers gennemsnit.

Endelig har medarbejderne i surveyen vurderet den **ledelsesmæssige opbakning** med udgangspunkt i den daglige leders opbakning og understøttelse i projektperioden. Indikatorerne berører ledelsesopbakning til det daglige arbejde med rehabilitering, sparring i forhold til rehabilitering og ledelsens prioritering af medarbejderens tid til rehabilitering. Også ved dette indeks er udgangspunktet ved startmålingen højt (3,9), mens der ses et lille insignifikant fald til 3,8 ved midtvejsmålingen, som holdes konstant ved den afsluttende måling. Ledelsens opbakning er indikatoren med laveste gennemsnit på tværs af målingerne, mens ledelsens prioritering af medarbejderens tid til rehabilitering har det højeste.

### 5.1.1 Spørgeskema til ledere og medarbejdere

#### BAGGRUNDSOPLYSNINGER

##### 1. Hvad er din titel i relation til projektet? (Sæt flere krydser hvis nødvendigt)

- (1)  Diætist
- (2)  Driftsleder (områdeleder, teamleder, gruppeleder)
- (3)  Ergoterapeut
- (4)  Forløbsansvarlig koordinator
- (5)  Fysioterapeut
- (6)  Psykolog
- (7)  Pædagog/aktivitetsmedarbejder
- (8)  Social- og sundhedsassistent
- (9)  Social- og sundhedshjælper
- (10)  Sygeplejerske
- (11)  Visitator
- (12)  Andet, uddyb venligst: \_\_\_\_\_

##### 2. Hvor længe har du arbejdet særligt med rehabilitering på ældreområdet?

- (1)  Under 3 måneder
- (2)  3-11 måneder
- (3)  1-2 år
- (4)  3-5 år
- (5)  6 år eller længere

### RAMMERNE FOR ARBEJDET MED STYRKET REHABILITERING FOR DE SVÆGESTE ÆLDRE

De følgende spørgsmål handler om de overordnede rammer for arbejdet med styrket rehabilitering af de svægeste ældre.

#### 3. Jeg har i løbet af projektet med at styrke rehabiliteringsindsatsen til de svægeste ældre modtaget relevant undervisning/efteruddannelse (fx kurser eller lign.)?

- (1)  Ja
- (2)  Nej
- (3)  Ved ikke

[Hvis ja til ovenstående spørgsmål]

#### 4. I hvilken grad oplever du, at undervisningen/efteruddannelsen bidrager positivt til at forbedre din viden og kompetencer inden for rehabilitering af de svægeste ældre?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  I meget høj grad
- (6)  Ved ikke

#### 5. Hvilke af følgende læringsaktiviteter har fundet sted på din arbejdsplads som led i projektet med at styrke rehabiliteringsindsatsen til de svægeste ældre? (Sæt gerne flere krydser)

- (1)  Sidemandoplæring, hvor en anden og mere erfaren kollega oplærer dig/den pågældende medarbejder i arbejdet med den rehabiliterende indsats
- (2)  Møder og mødeledelse med fokus på det rehabiliterende arbejde
- (3)  Refleksionsfora, hvor fagpersoner kan lære af og med hinanden i refleksion over egen praksis, fx gennem netværk, erfagrupper eller gennemgang af en borgercase
- (4)  Supervision
- (5)  Individuelle refleksionsredskaber
- (6)  Løbende feedback og sparring fra kolleger/ledere
- (7)  Faglige audits, en metode til at arbejde med kvalitet i eget tilbud
- (8)  Andet, uddyb venligst: \_\_\_\_\_
- (9)  Ved ikke

#### 6. I hvor høj en grad er du enig med følgende udsagn?: Der er klare arbejdsgange, som jeg kan orientere mig om i relation til rehabiliteringsforløb for de svægeste ældre?

- (1)  Slet ikke
- (2)  I mindre grad
- (3)  I nogen grad
- (4)  I høj grad
- (5)  I meget høj grad
- (6)  Ved ikke

## VIDEN OM REHABILITERING AF SVÆGESTE ÆLDRE

De følgende spørgsmål handler om din aktuelle viden om rehabilitering af de svægeste ældre. Viden skal her forstås som din viden om og forståelse af rehabilitering af de svægeste ældre.

### 7. Vurder din aktuelle viden inden for følgende områder.

Du bedes angive dit svar på en skala fra 1 til 5, hvor: 1 = meget lavt vidensniveau, mens 5 = meget højt vidensniveau.

	1 = meget lavt vidensniveau	2 = lavt vidensniveau	3 = moderat vidensniveau	4 = højt vidensniveau	5 = meget højt vidensniveau	Ved ikke
Viden om, hvordan man opsporer de svægeste ældre med et rehabiliteringspotentiale						
Viden om, hvordan man motiverer de svægeste ældre ift. rehabilitering						
Viden om de svægeste ældres aktivitetsproblematikkens betydning for deres rehabiliteringspotentiale						

## KOMPETENCER I FORHOLD TIL REHABILITERING AF DE SVÆGESTE ÆLDRE

De følgende spørgsmål handler om din kompetenceudvikling i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen for de svægeste ældre. Dine kompetencer skal her forstås som dine færdigheder og din evne til at omsætte din viden inden for rehabilitering af de svægeste ældre og bringe den i spil.

### 8. Vurder dine aktuelle kompetencer i forhold til nedenstående områder. Du bedes angive dit svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 = meget lavt kompetenceniveau, mens 5 = meget højt kompetenceniveau.

	1 = meget lavt kompetenceniveau	2 = lavt kompetenceniveau	3 = moderat kompetenceniveau	4 = højt kompetenceniveau	5 = meget højt kompetenceniveau	Ved ikke
Mine kompetencer i forhold til at opspore de svægeste ældre med et rehabiliteringspotentiale						
Mine kompetencer i forhold til at arbejde med motivation af de svægeste ældre						
Mine kompetencer til at inddrage den ældre, så den ældre oplever at være partner i udviklingen af egne rehabiliteringsmål						



### DIN EGEN PRAKSIS OMKRING REHABILITERING AF DE SVAGESTE ÆLDRE

De følgende spørgsmål handler om din egen praksis i forhold til den rehabiliterende indsats for de svægeste ældre. Din egen praksis handler om, hvad du rent faktisk gør i dit daglige arbejde med den rehabiliterende indsats for de svægeste ældre.

**9. Vurder på nuværende tidspunkt din egen praksis i forhold til en styrket rehabilitering for de svægeste ældre med udgangspunkt i nedenstående temaer. Du bedes angive dit svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 = i meget lav grad, mens 5 = i meget høj grad.**

	1=i meget lav grad	2= i lav grad	3= i moderat grad	4= i høj grad	5= i meget høj grad	Ved ikke
Jeg samarbejder tværfagligt omkring rehabiliteringsindsatsen for de svægeste ældre						
I mit arbejde med rehabilitering af de svægeste ældre har jeg stort fokus på at motivere borgeren						
I mit opsporende arbejde har jeg altid et rehabiliteringsfokus for de svægeste ældre						
Jeg tilrettelægger mine egne indsatser for de svægeste ældre med fokus på "hjælp-til-selvhjælp" frem for kun at have fokus på pleje og omsorg for borgeren						
Jeg inddrager de pårørende i rehabiliteringsindsatsen for de svægeste ældre						
Jeg tager udgangspunkt i borgerens livssituation og mål, når jeg tilrettelægger rehabiliteringsforløbet for de svægeste ældre						
Jeg dokumenterer mit arbejde, så vi har et fælles udgangspunkt for den rehabiliterende indsats for de svægeste ældre						

**[Dette tema aktiveres ikke for gruppe 2 (ledere) i spg. 1]**

## STYRING OG LEDELSE

De sidste spørgsmål handler om din daglige leders opbakning og understøttelse i løbet af projektperioden og i arbejdet med rehabilitering af de svægest ældre.

**10. Vurder på nuværende tidspunkt din daglige leders opbakning og understøttelse i forhold til nedenstående udsagn. Du bedes angive dit svar på en skala fra 1 til 5, hvor 1 = i meget lav grad mens 5 = i meget høj grad.**

	1 = i meget lav grad	2 = i lav grad	3 = i moderat grad	4 = i høj grad	5 = i meget høj grad	ved ikke
Min daglige leder bakker mig op i mit daglige arbejde med rehabilitering af de svægest ældre						
Min daglige leder står til rådighed for sparring i mit daglige arbejde med rehabilitering af de svægest ældre						
Min daglige leder prioriterer den nødvendige tid til mit arbejde med rehabilitering af de svægest ældre						

## 6. BILAG 6 – KVALITATIVE INTERVIEWS MED NØGLEPERSONER

Kvalitative interviews er gennemført i forbindelse med casebesøg, der har fundet sted i henholdsvis midten (september/oktober 2019) og slutningen (marts/april 2020) af projektperioden. Empirien fra de kvalitative interviews bidrager både til **evalueringen af indsatsernes organisering** og **virkningsevalueringen** ved at give dybdegående indblik i, hvad indsatserne består af, hvordan de omsætter kerneelementerne lokalt i kommunerne, hvordan indsatsen er organiseret og implementeret, og hvad det oplevede udbytte er, både organisatorisk og borgerrettet.

Der er afholdt individuelle- og gruppeinterviews med relevante nøglepersoner i projektkommunerne. Følgende aktører blev interviewet:

- Forvaltningschefer
- Projektleder
- Nøglemedarbejdere i forhold til rehabilitering af målgruppen (sygeplejersker, sosu-assistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter)
- Samarbejdspartnere (typisk social- og sundhedsassistenter/ og -hjælpere fra hjemmepleje/plejecentre)
- Ledere fra driftsenheder (ledere fra hjemmepleje eller rehabiliteringsenheder, leder fra døgnrehabiliteringscenter, leder fra plejecenter)
- Borgere (udvalgte kommuner – beskrives under telefoninterviews).

Samtlige interviews blev gennemført som semistrukturerede interviews. Det muliggjorde en styret dataindsamling samt en åbenhed over for det, der fyldte i det konkrete projekt. Interviewene under anden runde casebesøg blev afholdt virtuelt via skype eller telefonisk, da disse var planlagt at finde sted i perioden marts-april 2020, hvor størstedelen af landet var nedlukket pga. COVID-19.

I tabellen nedenfor ses en opgørelse over antallet af informanter interviewet i de forskellige aktørgrupper på tværs af kommunerne.

**Tabel 1-1: Oversigt over interviews under casebesøg**

Aktør	Casebesøg 1	Casebesøg 2	Total
Projektleder	16	13	29
Forvaltningschef	17	1	18
Driftsledere	27	18	45
Nøglemedarbejdere	50	31	81
Samarbejdspartnere	31	11	42
Borgere*	6	0	6
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>74</b>	<b>221</b>

Note: \*Borgere blev i udgangspunkt interviewet telefonisk. Derfor er det kun borgere, som ikke kunne nås telefonisk, der blev interviewet i forbindelse med casebesøgene. Det samlede antal interviewede borgere er derfor væsentlig større.