



SUNDHEDSSTYRELSEN

Rehabiliterings- forløb til ældre

Opsamling på evaluering og status på rehabilitering efter § 83 a i Danmark

November 2020



Rehabiliteringsforløb til ældre

Den 1. januar 2015 blev det lovpligtigt for de danske kommuner at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til de personer, der vurderes at kunne forbedre funktionsevnen og dermed nedsætte behovet for hjælp (servicelovens § 83 a). Formålet med rehabilitering er at støtte svækkede ældre i så vidt muligt selv at løse hverdagsopgaver og dermed bevare livskvaliteten. Kommunerne har arbejdet målrettet med at udvikle og gennemføre rehabiliteringsforløb siden indførelsen af lovgivningen.

Sundhedsstyrelsen har fra starten haft fokus på at styrke rehabiliteringsindsatserne på ældreområdet gennem samarbejde med kommuner om udvikling af de faglige rammer for rehabiliteringsforløbene og udarbejde redskaber og metoder, der kan inspirere kommunerne i arbejdet med rehabilitering.

I 2016 udgav Sundhedsstyrelsen således en håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet, der bidrager med gode forslag til praksis, der indfrier de krav til rehabiliteringsforløb, der udspringer af lovgivningen samt en model for rehabiliteringsforløb, der efterfølgende blev afprøvet og evalueret i to kommuner. I 2017 udgav Sundhedsstyrelsen en oversigtsrapport på rehabiliteringsområdet over en række evalueringer gennemført af eller i samarbejde med eksterne evaluatore. Oversigtsrapporten sammenfattede den læring, der kan drages på tværs af undersøgelser af en ikke-sygdomsspecifik rehabilitering i hjemmeplejen i danske kommuner med fokus på effekt, borgeroplevelser, organisering og implementering af kommunernes forskellige tilbud om rehabiliteringsforløb. Sundhedsstyrelsens gennemfører aktuelt en forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet, der skal skabe øget viden om, hvordan private leverandører mest hensigtsmæssigt kan varetage både hele og dele af rehabiliteringsforløbene. Endelig har Sundhedsstyrelsen i en årrække gennemført regionale rehabiliteringsnetværk i hele landet, hvor kommunerne har kunnet dele deres erfaringer samt få viden om andres metoder og tilgange og få sparring på udfordringer med implementering og udvikling af rehabiliteringsforløb.

I dette notat samler Sundhedsstyrelsen op på den aktuelle evaluering af den store pulje afsat til at styrke rehabiliteringsindsatser for de svageste ældre. Siden efteråret 2018 har tolv kommuner arbejdet med, hvordan de kunne videreudvikle deres rehabiliteringsindsats til i højere grad at være målrettet de svageste ældre. Puljen giver ny viden om kommunernes arbejde med rehabilitering med særligt fokus på denne målgruppe, samt hvad rehabiliteringsforløbet har betydet for borgerens funktionsevne, trivsel og behov for hjemmepleje. Resultaterne giver samtidig indblik i borgerens oplevelse af at modtage et rehabiliteringsforløb.

På baggrund af de sidste fem års arbejde og udgivelser på området, den nye viden fra evalueringen og kommunernes input på netværksmøderne, er der til slut oplyst en række pejlemærker og fokuspunkter, som vi håber kan give grundlag for en fælles diskussion for de kommende års udvikling af rehabiliteringsforløb for ældre i Danmark.

Opsamling på evaluering

I satspuljeaftalen på ældreområdet for 2018-2021 blev der afsat 30 mio. kr. til puljen: Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre. Formålet med puljen var at understøtte og videreudvikle kommunernes arbejde med rehabilitering med særligt fokus på de svageste ældre i hjemmepleje og i plejebolig, så rehabiliteringsindsatsen også tilgodeser denne målgruppe. Målgruppen for projekterne i de deltagende kommuner var de mest svækkede af de borgere, der modtager/er i målgruppen for hjemmepleje eller bor på plejecenter.

En central læring fra evalueringen af puljen Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre er, at selv de mest svækkede ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig, kan have gavn et rehabiliteringsforløb. De fleste af de hjemmeboende borgere i målgruppen fortsætter med at modtage hjemmepleje efter rehabiliteringsforløbet, men oplever signifikante positive forbedringer i deres trivsel og funktionsevne og kan have et mindre behov for hjemmepleje efterfølgende. Kommunernes erfaringer med rehabilitering målrettet borgere på plejecentre er ligeledes positive, om end resultaterne ikke er signifikante på grund af den begrænsede deltagergruppe.

I notatet opsamles hovedfund fra rapporten, herunder:

1. Resultater i borgernes udvikling
2. Borgernes oplevelse med rehabiliteringsforløb
3. Understøttende faktorer for rehabiliteringsforløb
4. Organiseringsformer

Puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre

12 kommuner har modtaget midler fra puljen til at afprøve og videreudvikle metoder og tilgange på området, og deres erfaringer er blevet samlet i en evalueringsrapport. Projekterne er gennemført fra september 2018 – maj 2020.

De deltagende kommuner er: Esbjerg, Frederikshavn, Furesø, Faaborg-Midtfyn, Greve, Guldborgsund, Hillerød, Hvidovre, Høje-Taastrup, Randers, Roskilde, Syddjurs.

Kommunerne har haft forskellige målgrupper i fokus. Der er 7 kommuner, der har haft indsatser målrettet borgere i eget hjem, 2 har målrettet indsatsen til borgere på plejecentre, og 3 kommuner har målrettet indsatsen til både borgere i eget hjem og på plejecentre. I alt indgår der målinger for 433 borgere i eget hjem og 103 borgere på plejecentre. Det er dog varierende, hvor mange borgere der indgår i de enkelte analyser.

Evalueringen i fuld længde samt bilag findes i udgivelserne:

- Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre (2020).
- Bilagsrapport – Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre
- Casebeskrivelser – Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre

1. Resultater i borgernes udvikling

I evalueringen er det undersøgt, om borgerne oplever, at de udvikler deres trivsel og funktionsevne, og om der sker ændringer i de indsatser, de er visiteret til. Trivsel er målt med WHO-5, og funktionsevne er målt med WHODAS 2.0. Begge spørgeskemaer er validerede og bruger en skala fra 0-100. Ændringerne i de visiterede indsatser er baseret på data fra omsorgssystemet. Derudover har borgerne svaret på, hvad deres motivation for rehabiliteringsforløbet var før opstart. Centrale resultater i projekterne for trivsel, funktionsevne og indsatserne er:

Trivsel

- Borgere i eget hjem øger deres trivsel signifikant (fra en gennemsnitlig score på 51 før til en score på 55 efter rehabiliteringsforløbet).
- Særligt borgere med meget lav trivsel før rehabiliteringsforløbet forbedrer deres trivsel signifikant sammenlignet med borgere med højere trivsel.
- Jo højere motivation borgeren har før rehabiliteringsforløbet, des større er udviklingen i borgerens trivsel fra før til efter afslutning af rehabiliteringsforløbet.

Funktionsevne

- Borgere i eget hjem øger deres funktionsevne signifikant (fra en gennemsnitlig score på 62 før til en score på 70 efter rehabiliteringsforløbet).
- Der er grupper af borgere, der særligt forbedrer deres funktionsevne:
 - Borgere med lav funktionsevne før rehabiliteringsforløbet.
 - Borgere med meget lav trivsel før rehabiliteringsforløbet.
 - Borgere der før rehabiliteringsforløbet har været visiteret til personlig pleje.
- Borgerens motivation forud for forløbet, påvirker ikke deres udvikling af funktionsevne i forløbet.

Behov for hjemmepleje

- Der er sket et fald i det gennemsnitlige antal timer per uge visiteret til personlig pleje og praktisk hjælp for alle borgere i eget hjem. Antallet af timer faldt i gennemsnit fra 3,7 timer om ugen før til 2,6 timer efter rehabiliteringsforløbet.
- Før opstart af rehabiliteringsforløb var 60 % af borgerne i eget hjem visiteret til hjemmepleje, mens 78 % visiteres til hjemmepleje efterfølgende. Denne udvikling kan forklares ved, at flere af borgerne i målgruppen modtager et rehabiliteringsforløb efter et akut sygdomsforløb med eller uden indlæggelse, der kan have ført til et varigt fald i funktionsevne og øget plejebehov.
- For borgere, der var visiteret til hjemmepleje før forløbet, ses et signifikant fald i visiteret tid fra 8,5 timer per uge før forløbet til 4,9 timer per uge efter rehabiliteringsforløbet for borgere visiteret til hjemmepleje.
- Særligt for borgere, der var visiteret til personlig pleje før forløbet, resulterer rehabiliteringsforløbet i et signifikant fald i visiteret tid til hjemmepleje. For denne gruppe ses et fald fra 8,3 timer per uge før forløbet til 3,9 timer per uge efter forløbet. Det er særligt visiteret tid til personlig pleje, der falder fra 6,5 timer per uge før forløbet til 3,0 timer per uge efter rehabiliteringsforløbet.

2. Borgernes oplevelse med rehabiliteringsforløb

I evalueringen er 81 borgere blevet interviewet om deres oplevelser med rehabiliteringsforløb.

Borgerens tilfredshed og oplevelse med forløbet

Borgerne er blevet spurgt om deres overordnede tilfredshed med forløbet, i hvor høj grad de har følt sig inddraget og lyttet til, og i hvilken grad forløbet passede til deres behov. De deltagende borgere har generelt været tilfredse med deres forløb.

- 92 % er enten tilfredse eller meget tilfredse med deres rehabiliteringsforløb.
- 72 % oplever i høj eller meget høj grad, at de er blevet inddraget og lyttet til i forløbet
- 69 % oplever, at rehabiliteringsforløbet i høj eller meget høj grad har passeret til deres behov

Forbedring i borgernes funktionsevne og livskvalitet

Borgerne er også blevet spurgt til, om de har oplevet forbedringer i deres funktionsevne, og hvordan forløbet har påvirket deres livskvalitet.

- 65 % er i høj eller meget høj grad blevet bedre til at bevæge sig
- 60 % er i høj eller meget høj grad blevet hjulpet til selv at kunne klare flere ting i hverdagen
- 39 % oplever i høj eller meget høj grad et forbedret humør
- 32 % oplever i høj eller meget høj grad forbedret socialt fællesskab
- 58 % oplever i høj eller meget høj grad forbedret livskvalitet

3. Understøttende faktorer for rehabiliteringsforløb

Evalueringen peger på en række faktorer, der kan have betydning for et vellykket rehabiliteringsforløb for målgruppen. Der er identificeret seks faktorer på tværs af projekterne. I hovedrapporten suppleres disse med uddybende beskrivelser af, hvilke konkrete tiltag kommunerne har arbejdet med inden for hver af faktorerne.

- **Fælles forståelse af rehabilitering**
En fælles forståelse af rehabilitering er afgørende for, at alle faggrupper arbejder i samme retning og leverer en fælles indsats. Det kræver en nuanceret forståelse af formålet med, og hvordan man bedst tilrettelægger et rehabiliteringsforløb til målgruppen, hvor målet ikke nødvendigvis er fuld selvhjulpenhed.
- **Borgerens udgangspunkt**
Rehabiliteringsforløb, der tager afsæt i borgernes udgangspunkt, understøtter borgernes ejerskab og den oplevede mening med forløbet, hvilket kan styrke virkningen af indsatsen. Projektkommunerne har gode erfaringer med at bruge interviewbaserede opsporingsredskaber eller samtaleteknikker, der afdækker borgernes livshistorie til at tale med borgerne om, hvad de oplever som udfordrende og motiverende for forandring.

- **Kendskab og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange**

Kendskab til og forståelse for andre faggruppers kompetencer, ressourcer og arbejdsgange er centralt i det tværfaglige samarbejde om komplekse rehabiliteringsforløb. Dette understøtter, at den rette faglighed og kompetence bør inddrages rettidigt. Flere projektkommuner har arbejdet med dette gennem praksisobservationer, hvor forskellige faggrupper observerer hinandens praksis. Andre kommuner har arbejdet med tværfaglige workshops eller tværfaglige drøftelser på møder.

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

– Forløbskoordinator

- **Helhedsorienteret udredning og opfølgning**

En helhedsorienteret udredning af borgerens situation på tværs af sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere er vigtigt for, at rehabiliteringsforløbet målrettes borgerens samlede behov og ressourcer. Det er særligt vigtigt for målgruppen, hvor sygepleje, pleje- og rehabiliteringsbehov skal sammentænkes. Projektkommunerne har gode erfaringer med at udfolde borgerens situation på tværfaglige triageringsmøder og ved inddragelse af faggrupper såsom diætister og socialpædagogisk personale i rehabiliteringsforløbet.

- **Styrket koordination**

Styrket koordination mellem de forskellige involverede faggrupper er centralt for at sikre sammenhæng i forløbet og styrke kvaliteten i rehabiliteringsforløbet. Projektkommunerne har gode erfaringer med at bruge forløbskoordinatorer i form af rehabiliteringsterapeuter lokalt forankret i hjemmeplejen eller på plejecentre eller at sikre fælles og ensartet dokumentation for at styrke koordinationen.

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

- Fysioterapeut

- **Fleksibilitet og prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende**

Rehabilitering til målgruppen kræver fleksibilitet og prioritering af tid, fordi borgerens funktionsevne kan variere, og det er vigtigt løbende at justere og tilgodese borgerens aktuelle tilstand i levering af indsatsen.

4. Organiseringsformer

Som det er set i andre rapporter om rehabiliteringsforløb, har kommunerne i projektet organiseret udførelsen af forløbene meget forskelligt. Organisering af indsatsen til de svageste ældre i de deltagende kommuners projekter kan opdeles i tre overordnede organiseringsformer. Hver organiseringsform har styrker og svagheder:

Selvstændigt rehabiliteringsteam

Alle relevante tværfaglige kompetencer er samlet i én enhed, der varetager borgerens samlede indsats under rehabiliteringsforløbet.

- Styrker et helhedsorienteret forløb, der både tager højde for sygepleje- og plejefaglige behov.
- Stor fleksibilitet i opgaveløsningen, da alle ressourcer og kompetencer er forankret samme sted, og deres primære fokus er rehabilitering.
- Styrker koordination af og opfølgning på borgerens forløb, hvilket er særligt vigtigt for de ældre i målgruppen.
- Overgang til hjemmepleje efter forløbet kan være en udfordring, da indsatsernes indhold ændres og forankres hos hjemmeplejen i stedet.

Koordinerende rehabiliteringsteam

Det koordinerende rehabiliteringsteam går på tværs af de øvrige teams i hjemmeplejen og på plejecentre, og teamet varetager rehabiliteringsforløb i samarbejde med plejepersonalet.

- Rehabiliteringsforløbet kan foregå i de samme rammer i hjemmeplejen, der skal varetage borgerens pleje og støtte efter endt rehabilitering.
- De koordinerende rehabiliteringsteams er bredt tværfagligt sammensat, og borgerens rehabiliteringsforløb tager afsæt i en tværfaglig udredning, hvor specifikke kompetencer kan inddrages ved behov.
- Rehabiliteringsforløbet er mindre fleksibelt, da forløbet er forankret på tværs af flere enheder, hvilket vanskeliggør koordination.

Rehabilitering integreret i hjemmepleje og på plejecentre

Fysioterapeuter eller ergoterapeuter er forankret i hjemmeplejedistrikter eller lokalt på plejecentre. Terapeuter planlægger rehabiliteringsforløbet og samarbejder med plejepersonalet om at udføre borgernes rehabiliteringsforløb.

- Plejepersonalet er tæt involveret i levering af rehabilitering, og denne tilgang kan fortsætte efter endt rehabilitering, hvor de ældre i målgruppen ofte har et fortsat plejebestand.
- Borgeren oplever færre skift i medarbejdere, og forudsætningerne for, at den rehabiliterende tilgang kan videreføres i hjemmeplejen, styrkes.
- Det kan være udfordrende for ledere og medarbejdere at fastholde fokus på den rehabiliterede tilgang i en enhed, hvor kernopgaven i høj grad omhandler kompenserende pleje og omsorg.

Pejlemærker for rehabiliteringsforløb

Sundhedsstyrelsen har siden indførelsen af lovgivningen om rehabiliteringsforløb i 2015 gennemført en række aktiviteter på rehabiliteringsområdet, blandt andet udgivet Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet, afprøvet en model for rehabiliteringsforløb, udmøntet og fulgt to puljer med en række udviklingsprojekter på området samt afholdt regionale rehabiliteringsnetværk for store dele af landets kommuner. Det er tydeligt, at kommunerne har etableret mange gode, men nogen gange også forskellige tilbud i forbindelse med rehabiliteringsforløb på ældreområdet. Der er et potentiale for fortsat at samle op på den viden, der findes i kommunerne om praksis på området samt dele og udbrede gode erfaringer med virksomme elementer i rehabiliteringsforløbene på tværs af kommunerne.

Nedenfor er derfor oplistet en række pejlemærker og fokuspunkter, som vi håber kan give grundlag for en fælles diskussion for de kommende års udvikling af rehabiliteringsforløb for ældre efter § 83 a i Danmark.

- **Borgercentreret tilgang og styrket koordinering**

En borgercentreret tilgang med hele borgerens liv i fokus på tværs af lovgivning og sektorer er en vigtig forudsætning for et godt rehabiliteringsforløb. En borger i rehabiliteringsforløb kan samtidig med § 83 a få indsatser fra andre områder i kommunen, for eksempel hjemmepleje, hjemmesygepleje eller træning og fra eksterne aktører som hospital, almen praksis mm. Opmærksomhed på en fælles forståelse af rehabilitering, koordinering og ledelsesmæssig prioritering, der understøtter tværfagligt samarbejde omkring borgerens rehabiliteringsforløb samt inddragelse af de rette kompetencer i forløbet, er derfor et fortsat fokuspunkt i den videre udvikling af virksomme rehabiliteringsforløb.

- **Bæredygtige rehabiliteringsforløb**

Overgangen fra rehabiliteringsforløb til eventuelt hjemmepleje, udgør en risiko for, at borgerens evne til at klare sig selv i hverdagen falder. Derfor er et fortsat fokus på, hvordan borgerens funktionsevne fastholdes efter endt rehabiliteringsforløb vigtig. Dette gælder både i forhold til samarbejde og overgang til hjemmeplejen, eller hvis borgeren bliver selvhjulpnen efter et rehabiliteringsforløb, hvor opfølgning kan være nødvendigt. For fortsat at sikre bæredygtige rehabiliteringsforløb, er det også vigtigt kontinuerligt at have fokus på løbende kompetenceudvikling af medarbejdere tilknyttet rehabiliteringsforløb samt faglig ledelse og ledelse på tværs af områder.

- **Rehabiliteringsforløb for borgere i plejebolig**

Borgere, der bor i plejebolig, er også i målgruppen for rehabiliteringsforløb efter § 83 a, men der kan være andre muligheder og udfordringer end ved rehabiliteringsforløb til borgere, der modtager hjemmepleje. Der er forskel på, i hvor udbredt grad kommunerne og de enkelte plejecentre arbejder med denne målgruppe. Derfor vil der være potentiale

for at afdække og udbrede viden om kommunernes erfaringer med rehabilitering til borgere i plejebolig.

- **Øget viden om organiseringsformer**

Organiseringen omkring rehabiliteringsforløb er meget forskellig fra kommune til kommune, da der er forskellige rammer og muligheder for de forskellige kommuner (borgergrundlag, organisering af området generelt, leverandører på området, økonomiske muligheder). Hver organiseringsform har sine muligheder og begrænsninger. Der er både behov for at se nærmere på, hvordan de enkelte organiseringsformer bedst tilrettelægges, samt hvordan der uanset organiseringsform bedst samarbejdes på området mellem de forskellige fagligheder og områder, der er i spil undervejs i et rehabiliteringsforløb.

- **Viden om virkning af rehabilitering på tværs af landet**

For at sikre det bedste grundlag for at udvikle området, er det et fokusområde, at der fortsat indsamles viden og udarbejdes analyser om, hvilke tilgange og indsatser der virker bedst i forhold til forskellige målgrupper. Der findes flere evalueringer og analyser, der tager udgangspunkt i udvalgte projekter og kommuner, men det er aktuelt vanskeligt at give et mere sammenhængende overblik over rehabilitering på tværs af landet, og hvorvidt tilgange og indsatser har potentiale på tværs af kommuner. Fremadrettet vil det styrke området at arbejde mod mere viden på nationalt plan om virksomme tilgange, forudsætningerne for at indsatserne virker, og hvilke indsatser der fungerer bedst for hvilke målgrupper.

- **Kvalitet i dokumentation**

Med indførelsen af FSIII har kommunerne en metode og et sprog, der i højere grad end tidligere har et rehabiliterende fokus. Både for den enkelte kommune og på nationalt plan er der mulighed for i fremtiden at arbejde videre med data og dokumentation, som baggrund for at udvikle og forbedre kvaliteten af rehabiliteringsforløb. Herunder at det er den rette data, der bliver journaliseret; at kommuner kan anvende data strategisk til at udvikle egen indsats; og at der samles op på nationalt plan ud fra valide data.

- **Deling af viden samt udvikling og udbredelse af virksomme metoder**

Kommunerne bruger forskellige metoder og redskaber i arbejdet med rehabiliteringsforløb, som i større eller mindre grad ligner hinanden. For at sikre at kommunerne hele tiden kan inspirere hinanden og dele deres gode erfaringer, er det vigtigt at understøtte erfaringsudveksling fx gennem netværksaktiviteter eller andre udbredelsesaktiviteter, hvor de virksomme metoder og tilgange samles, udvides og udbredes yderligere. Et eksempel kan fx være erfaringer med og metoder til, hvordan kommunerne kan lykkes med at koble tidlig opsporing af ændringer i borgerens habitualtilstand med rettidige rehabiliteringsforløb. På sigt bør det overvejes, om der med fordel kan fastsættes yderligere fælles nationale faglige principper for og metoder til rehabilitering efter 83 a, baseret på gode erfaringer og bedste praksis i kommunerne, der kan styrke høj kvalitet på tværs af landet.

Udgivelser om rehabiliteringsforløb

Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen har selv, eller i samarbejde med eksterne leverandører, udgivet en række analyser og evalueringer der alle omhandler rehabiliteringsforløb efter § 83 a siden indførelsen af § 83 a.

2019

- Rambøll for Sundhedsstyrelsen (2019): Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a

2017

- VIVE for Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet – Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner
- VIVE for Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet - Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?
- Rambøll for Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Praksisundersøgelse af Servicelovens §83 a.

2016

- Sundhedsstyrelsen (2016): Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service.