

Til
Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
November 2021

EVALUERING

FORSØGSORDNING MED STYRKET FRIT VALG
INDEN FOR REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET



EVALUERING FORSØGSORDNING MED STYRKET FRIT VALG INDEN FOR REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET

Projektnavn **Evaluering af projekter i puljen forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet**
Modtager **Sundhedsstyrelsen**
Dokumenttype **Rapport**
Dato **November 2021**
Udarbejdet af **Rambøll Management Consulting**

INDHOLD

1.	Indledning	4
1.1	Baggrund og formål med evalueringen	4
1.2	Metode	5
1.3	Læsevejledning	7
1.4	Begrebsafklaring	8
2.	Sammenfatning	9
Del 1 Borgernes perspektiv på rehabiliteringsforløb		12
Opsummering og delkonklusion		13
3.	Virkninger af rehabiliteringsforløb	15
3.1	Hvad karakteriserer deltagergruppen for rehabiliteringsforløbene?	15
3.2	Målsætninger for rehabiliteringsforløbene	20
3.3	Virkninger af rehabiliteringsforløb for borgerne	21
3.4	Betydende karakteristika for forbedring i trivsel og funktionsevne	28
4.	Borgernes oplevelse af det frie valg og rehabiliteringsforløbet	30
4.1	Borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet	30
4.2	Borgernes oplevede udbytte af rehabiliteringsforløbet	32
4.3	Borgernes oplevelse af det frie valg	33
Del 2 Organisatoriske perspektiver på samarbejde om rehabiliteringsforløb		36
Opsummering og delkonklusion		37
5.	Organisering af samarbejdet	39
5.1	Hvordan samarbejder kommunerne og de private leverandører?	39
5.2	Betalingsmodeller mellem kommune og privat leverandør	44
6.	Tværgående perspektiver på samarbejdet om rehabilitering	46
6.1	Organisatoriske drivkræfter der understøtter samarbejdet	46
6.2	Forudsætninger for frit valg af leverandør på § 83 a	50
Del 3 Faglige perspektiver på rehabiliteringsforløb		53
Opsummering og delkonklusion		54
7.	Fælles faglig forståelse og kompetencer	56
7.1	Fælles faglig forståelse af rehabilitering	56
7.2	Kompetenceudvikling	57
8.	Opfølgning og velkoordineret indsats	60
8.1	Opfølgning på et rehabiliteringsforløb	60
8.2	Velkoordineret indsats	61
9.	Referencer	63
10.	Bilag Supplerende analyser	64
10.1	Supplerende figurer	64
10.2	Regressionsanalyser	67
10.3	Frafaldsanalyse	69
10.4	Supplerende analyse af borgere, der har udfyldt alle tre målinger	70

1. INDLEDNING

1.1 Baggrund og formål med evalueringen

Rehabilitering på ældreområdet har gennem en årrække været et stort fokusområde i kommunerne. Det øgede fokus på rehabilitering er bl.a. affødt af, at Folketinget i 2014 vedtog en ændring af Lov om social service (herefter serviceloven). Ændringen betød, at kommunerne pr. 1. januar 2015 skal tilbyde et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a, hvis kommunen vurderer, at forløbet kan forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83. Kommunerne er forpligtede til at tilbyde frit leverandørvalg i forhold til § 83, men denne forpligtelse gælder ikke for rehabiliteringsforløb efter § 83 a. For rehabiliteringsforløb efter § 83 a er det op til den enkelte kommune at beslutte, om der skal være frit leverandørvalg.

En kortlægning fra 2019 blandt landets kommuner viste, at 56 ud af 98 kommuner (svarende til 57 pct.) tilbyder borgerne frit valg af leverandør til rehabiliteringsforløb efter serviceloven § 83 a¹. Dog er det endnu sparsomt belyst, hvad der kendetegner et velfungerende samarbejde mellem offentlige og private leverandører.

Med finansloven for 2018 besluttede regeringen og Dansk Folkeparti at styrke borgernes frie valg på ældreområdet. Der blev derfor afsat midler til en forsøgsordning på rehabiliteringsområdet for at styrke samarbejdet med private leverandører inden for rehabilitering efter § 83 a. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse udmøntet puljen *Forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet*². Formålet med puljen er opnå viden om, hvordan private leverandører kan varetage hele eller dele af rehabiliteringsforløb i kommuner. Hensigten var at give den enkelte borger mulighed for at have frit valg inden for rehabilitering, hvilket skal bidrage til at sikre øget sammenhæng i borgernes forløb og ydelser, fordi de har mulighed for at vælge private leverandører til både rehabiliteringsforløb (§ 83 a) og hjemmehjælp (§ 83).

Der er i alt syv projekter bestående af samarbejder mellem kommuner og private leverandører³, der har modtaget midler fra puljen. I alt er der udmøntet 29,2 mio. kr. fordelt på de syv projekter. Figur 1-1 viser de deltagende projekter⁴. Projekterne blev igangsat primo maj 2019 og er afsluttet ultimo maj 2021⁵. Pga. COVID-19 har kommunerne i perioder ikke kunnet gennemføre alle planlagte projektaktiviteter, herunder aktiviteter i det konkrete rehabiliteringsforløb. Dette har selv sagt haft betydning for projekternes resultater i form af færre antal gennemførte rehabiliteringsforløb, færre koordineringsmøder og aflysning/udskydelse af kompetenceudvikling.

Boks 1-1: Serviceloven § 83 og § 83 a

Serviceloven § 83 beskriver kommunernes forpligtelse til at tilbyde personer pga. midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige social problemer hjælp til: 1) personlig hjælp og pleje 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og 3) madservice.

Forud for tildeling af § 83 skal kommunen vurdere om et rehabiliteringsforløb efter § 83 a kan forbedre borgerens funktionsniveau og reducere behov for hjælp efter § 83.

Kilde: Retsinformation

¹ Rambøll, 2019: *Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a*.

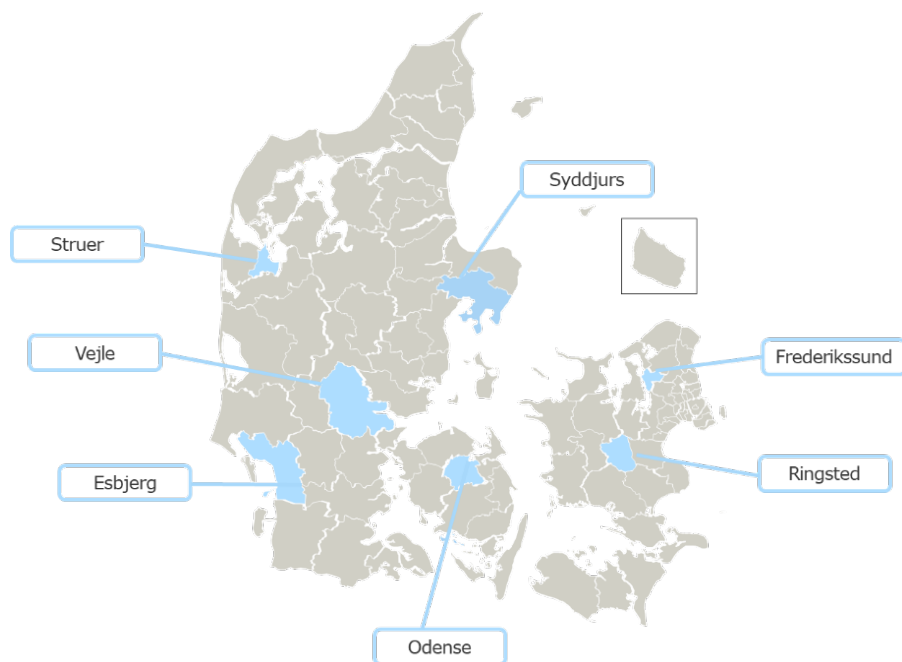
² Puljen er udmøntet ad to omgange; første gang i november 2020 og anden gang i maj 2019.

³ Indledningsvist har otte kommuner modtaget midler fra puljen. En kommune er medio april 2020 udtrådt af projektet.

⁴ Projekterne er startet op i to runder. Frederikssund, Struer og Odense er med i første runde, og Ringsted, Syddjurs, Vejle og Esbjerg er med i anden runde.

⁵ Sundhedsstyrelsen har på baggrund af udfordringerne relateret til COVID-19 tilbudt projekterne mulighed for at forlænge projektperioden til ultimo august 2021. Dette har projektet i Struer Kommune ønsket.

Figur 1-1: Oversigt over deltagende kommuner



Der er parallelt med forsøgsordningen igangsæt en tværgående evaluering af forsøgsordningen, som er indeholdt i denne evalueringsrapport. Evalueringens formål kan inddeles under tre perspektiver, der er udfoldet nedenfor:

- **Borgernes perspektiv:** Formålet er at beskrive virkningen af rehabiliteringsforløb for borgere, der har været i et rehabiliteringsforløb hos en privat leverandør samt borgernes oplevelser af rehabiliteringsforløbet.
- **Organisatoriske perspektiver:** Formålet er at belyse og beskrive de forskellige samarbejdsmodeller mellem de kommuner og private leverandører, som afprøves i projekterne samt hvad der understøtter godt samarbejde mellem kommune og privat leverandør i leveringen af rehabilitering.
- **Faglige perspektiver:** Formålet er at tilvejebringe viden om, hvad der fagligt er væsentligt for at levere et rehabiliteringsforløb.

Evaluering af puljen er gennemført af Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) på vegne af Sundhedsstyrelsen. Evalueringen er gennemført i perioden januar 2019 til august 2021.

1.2 Metode

Evalueringen er baseret på dataindsamling i de syv projekter, der har indgået i forsøgsordningen. I evalueringen er der indsamlet data blandt en lang række aktører med afsæt i en mixed methods-tilgang, som har givet mulighed for en omfattende kilde- og metodeanvendelse. Dataindsamlingen fokuserer på kommunernes og de private leverandørers erfaring med at etablere og implementere forskellige samarbejdsmodeller omkring frit valg i forhold til leverandør af rehabiliteringsforløb, samt hvilken virkning rehabiliteringsforløbene har haft for borgerne. De forskellige dataindsamlingsaktiviteter er beskrevet kort nedenfor. For en mere uddybende metodebeskrivelse se 'Bilagsrapport -dataindsamling'.

Som en del af forsøgsordningen har alle syv projekter modtaget faciliteringsunderstøttelse fra konsulenter fra Rambøll. Indholdet i understøttelsen har været tilpasset det enkelte projekts behov og har fx bestået af afvikling af workshops om forskellige faglige temaer som fx den motiverende samtale og mødefacilitering samt deltagelse på styregruppemøder. Derudover har faciliteringsunderstøttelsen indeholdt et netværk om data i forhold til rehabilitering samt det tværfaglige rehabiliteringsmøde. Endelig har der i regi af forsøgsordningen været afholdt en række fælles erfaringsudvekslingsdage, hvor alle projekter har deltaget. Formålet med faciliteringsunderstøttelsen var at bidrage med faglig understøttelse af projekterne samt løbende sparring i forhold til fremdrift i projekterne. Rambøll har således både varetaget evalueringen af forsøgsordningen samt faciliteringsunderstøttelsen af de enkelte projekter. Det har bidraget til et indgående kendskab til indholdet i projekterne, der har styrket evalueringen, faciliteringen såvel som de enkelte projekter.

Evalueringen er baseret på følgende datamateriale:

- **Indledende telefoninterviews** med projektledere og private leverandører med det formål at bidrage med viden om det eksisterende leverandørmarked samt kommunernes og private leverandørers erfaringer med og oplevelser af det nuværende samarbejde.
- Der er gennemført **forandringsteori-workshops** i hver af de deltagende projekter. På forandringsteori-workshoppene er projekternes aktiviteter og de forventede virkninger på kort, mellemlang og lang sigt identificeret og har dermed bidraget med indsigt i de enkelte projekters mål og indsatser.
- **Casebesøg** i hver af de syv kommuner, hvor der er gennemført dybdegående interviews med ledere, projektledere samt medarbejdere⁶ fra både kommunal og privat leverandør. Formålet med de dybdegående interviews er at få en indgående forståelse af samarbejdsmodellernes organisering og de styrker og svagheder, som kommuner og private leverandører oplever i samarbejdet. Der er gennemført casebesøg både midtvejs og afslutningsvist i projektperioden. Ved det afsluttende casebesøg er der ligeledes gennemført kvalitative dybdeinterviews med borgere i Odense, Frederikssund og Struer Kommuner. Disse borgere har med undtagelse af én alle valgt en privat leverandør til deres rehabiliteringsforløb.
- **Borgerrejse-workshops** i alle syv kommuner. På borgerrejse-workshops er arbejdsgangene i samarbejdet mellem kommune og privat leverandør om et rehabiliteringsforløb blevet identificeret og kortlagt. Formålet er at få et indblik i, hvordan samarbejdet om et rehabiliteringsforløb er organiseret. Borgerrejse-workshops er gennemført både midtvejs og afslutningsvist i projektperioden. Deltagerkredsen til borgerrejse-workshoppene var medarbejdere fra den kommunale visitation, ledere og medarbejdere fra henholdsvis den kommunale og private leverandør, der var involveret i projektet.
- **Strukturerede telefoninterviews** med 66 udvalgte borgere, der enten har valgt en kommunal (41 borgere) eller en privat leverandør (25 borgere). Formålet er at få et indblik i borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet samt det frie valg af leverandør.

⁶ Medarbejdere med en særlig opgave i rehabiliteringsforløbet, fx forløbsansvarlige som ergo- eller fysioterapeuter og sygeplejersker samt medarbejdere i form af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

- **Progressionsmålinger** på borgere, der har valgt et rehabiliteringsforløb hos en privat leverandør. Formålet er at få viden om borgernes progression på funktionsevne og trivsel i løbet af et rehabiliteringsforløb. Trivsel og funktionsevne er målt ved hjælp af to validerede måleredskaber: WHO-5⁷ og WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS)⁸. Derudover er der indsamlet en række baggrundsoplysninger om borgerne. Data er indsamlet umiddelbart før rehabiliteringsforløbets start, ved afslutning af rehabiliteringsforløbet samt otte uger efter, at borgerne har afsluttet deres rehabiliteringsforløb. Det er den enkelte borgers kontaktperson, der har stået for at indtaste baggrundsoplysninger på borgeren samt støttet borgeren i at besvare spørgeskemaerne.

Borgere der indgår i henholdsvis de strukturerede telefoninterview og som har besvaret spørgeskemaer i forbindelse med progressionsmålingerne er ikke unikke forstået på den måde, at en borger, der har deltaget i et telefoninterview, også kan indgå i progressionsmålingerne. Det har ikke været muligt at sammenkoble data fra de to datakilder.

1.3 Læsevejledning

Evalueringen er inddelt i tre hovedblokke. **Del 1** (kapitel 3 og 4) omhandler rehabiliteringsforløbet set fra borgernes perspektiv, **del 2** (kapitel 5 og 6) fokuserer på organisatoriske perspektiver på samarbejde mellem kommunal og privat leverandør, og **del 3** (kapitel 7 og 8) centrerer sig om faglige perspektiver på samarbejdet. De enkelte kapitler er bygget op på følgende måde:

Kapitel 2 er en sammenfatning af rapportens hovedkonklusioner.

Kapitel 3 beskriver virkningerne af rehabiliteringsforløbene for borgerne samt deltagergruppen for rehabiliteringsforløbene, og hvilke målsætninger der opstilles for forløbene. Kapitlet bygger på data fra progressionsmålingerne og gælder for de borgere, der modtager forløb hos en privat leverandør.

Kapitel 4 indeholder en analyse af borgernes oplevelse af det frie valg samt deres tilfredshed med det rehabiliteringsforløb, som de har modtaget og deres oplevelse af udbyttet af rehabiliteringsforløbet. Kapitlet er baseret på telefoninterviews samt kvalitative interviews med borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb ved enten en privat eller kommunal leverandør.

Kapitel 5 beskriver hvilke samarbejdsmodeller de kommunale og private leverandører anvender som grundlag for deres samarbejde. Derudover indeholder kapitlet en beskrivelse af, hvilke betalingsmodeller, der er anvendt i projekterne samt erfaringerne hermed. Kapitlet er baseret på interviews med ledere og medarbejdere fra kommunal og privat leverandør.

I **kapitel 6** præsenteres tværgående perspektiver på de anvendte samarbejdsmodeller, samt hvilke faktorer der på tværs af projekter understøtter et velfungerende samarbejde mellem kommunal og privat leverandør. Kapitlet er baseret på interviews med ledere og medarbejdere fra kommunal og privat leverandør.

Kapitel 7 indeholder en analyse af, hvordan kompetenceudvikling og en fælles, faglig forståelse af rehabilitering på tværs af kommunale og private leverandører kan understøttes, samt hvilken betydning det har for samarbejdet mellem kommunal og privat leverandør. Kapitlet er baseret på interviews med ledere og medarbejdere fra kommunal og privat leverandør.

⁷ Sundhedsstyrelsen: Guide til trivselsindekset: WHO-5 [Tilgængelig på <https://www.neurocoaching.dk/wp-content/uploads/WHO-5.pdf>].

⁸ Ergoterapeutforeningen, WHODAS: Manual [Tilgængelig på: https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Redskaber/whodas_manual.pdf]. I denne evaluering anvendes WHODAS 2.0, der har 12 spørgsmål.

I **kapitel 8** beskrives, hvordan faglige elementer i form af opfølgning og en velkoordineret indsats understøttes via forskellige initiativer i projekterne. Kapitlet er baseret på interviews med ledere og medarbejdere fra kommunal og privat leverandør.

I **bilag** fremgår supplerende analyser.

Derudover er der i forbindelse med evalueringsrapporten udarbejdet to separate bilag:

Bilagsrapport – dataindsamling indeholder en udfoldet beskrivelse af de anvendte metoder.

Casebeskrivelser indeholder projektspecifikke afrapporteringer af projekternes formål, særlige fokusområder og resultater.

1.4 Begrebsafklaring

Projekter dækker over de konkrete samarbejder, der er etableret mellem de deltagende kommuner og private leverandører. Betegnelserne *kommune* og *privat leverandør* anvendes, når der henvises til de to aktører separat.

Rehabiliteringsforløbet og *§ 83 a-forløbet* anvendes synonymt. I denne rapport anvendes betegnelsen rehabiliteringsforløb.

Rehabiliteringsterapeuter dækker over fysio- og ergoterapeuter.

Forløbsansvarlige henviser til medarbejdere med ansvar for udredning, målsætning, koordinering og fremdrift i rehabiliteringsforløbet, der er forankret enten i kommunen eller hos den private leverandør. Det vil typisk være ergo- eller fysioterapeuter og sygeplejersker, der varetager denne funktion.

Medarbejdere henviser til de medarbejdere hos den private og kommunale leverandør, der er medvirker til gennemførelsen af rehabiliteringsforløbet og dækker over social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte medarbejdere.

2. SAMMENFATNING

Denne rapport belyser erfaringer fra syv kommuner, der har etableret og afprøvet samarbejdsmodeller med private leverandører om rehabiliteringsforløb. Rapporten udgør den afsluttende evaluering af puljen *Forsøgsordning med styrket frit valg inden for rehabilitering på ældreområdet*. Som en del af den samlede evaluering er der i efteråret 2020 også gennemført en midtvejsevaluering af puljen. Resultater og erfaringer fra midtvejsevalueringen indgår som en del af nærværende evalueringsrapport.

Kommunerne kan vælge at tilbyde frit leverandørvalg i forhold til rehabiliteringsforløb efter § 83 a, men de er ikke forpligtede til det, som de er det i forhold til hjemmehjælp efter § 83. I forbindelse med finanslovsaftalen for 2018 er der afsat midler til en forsøgsordning på rehabiliteringsområdet. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen udmøntet en pulje og igangsat en forsøgsordning med det formål få viden om, hvordan samarbejdet om § 83 a mellem kommunal og privat leverandør kan organiseres samt hvad der understøtter samarbejdet. Evalueringens analyser viser overordnet, at:

Virkninger for borgerne

- der sker en statistisk signifikant forbedring af borgernes trivsel på knap 15 point på WHO-5-skalaen fra starten af rehabiliteringsforløbet til forløbets afslutning. Ligeledes sker der en statistisk signifikant forbedring af borgernes funktionsevne på knap 11 point på WHODAS-skalaen og fra starten af rehabiliteringsforløbet til forløbets afslutning. Desuden angiver størstedelen af borgerne, at de er tilfredse med rehabiliteringsforløbet.

Organisering af samarbejde

- kommunerne og de private leverandører organiserer deres samarbejde efter to overordnede typer af samarbejdsmodeller. I den første type varetager den private leverandør dele af rehabiliteringsforløbet. Det betyder, at det er medarbejdere fra den private leverandør, der udfører selve rehabiliteringsindsatsen med sparring fra en kommunal rehabiliteringsterapeut. I den anden type samarbejdsmodel varetager den private leverandør, efter en borger er visiteret, hele rehabiliteringsforløbet.

Drivkræfter for samarbejdet

- For at understøtte samarbejdet på tværs af kommunal og private leverandører samt for at sikre at rehabiliteringsforløb er af en høj faglig kvalitet uanset, om det varetages af en kommunal eller privat leverandør, er det væsentligt at have fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til udmøntningen af rehabilitering og at have en fælles faglig forståelse af, hvad rehabilitering er. Endelig er løbende opfølgning på rehabiliteringsforløbene med til at understøtte et velfungerende samarbejde mellem kommunal og privat leverandør.

De tre overordnede fund udfoldes i det nedenstående.

Virkninger for borgerne

Som en del af evalueringen er der gennemført målinger af borgernes progression af henholdsvis livskvalitet og funktionsevne. Der er i alt gennemført progressionsmålinger på 210 borgere. Heraf har 156 borgere besvaret både før- og eftermålingen. Borgerne, der indgår i progressionsmålingerne, har en gennemsnitsalder på knapt 78 år, og størstedelen er kvinder (66 pct.). En tredjedel af borgerne modtog ikke hjemmeplejeydelser efter § 83 før rehabiliteringsforløbet. Størstedelen af borgerne, der indgår i progressionsmålingerne, er visiteret til et rehabiliteringsforløb efter akut sygdom med eller uden forudgående indlæggelse.

Borgernes trivsel og funktionsevne er målt ved hjælp af to validerede måleredskaber: WHO-5 og WHODAS, som begge anvender en skala fra 0-100. Samlet er der registreret 210 borgere⁹, hvoraf 92 borgere har svaret på WHO-5 spørgsmålene i både før- og eftermålingen, og 86 borgere har svaret på spørgsmålene i WHODAS i både før- og eftermålingen. Det relativt lave antal af gemmeførte progressionsmålinger kan til dels forklares med begrænset mulighed for kontakt til borgerne under COVID-19 dels, at det har været vanskeligt at motivere borgerne til at deltage. Borgerne profiterer generelt af et rehabiliteringsforløb. Under rehabiliteringsforløbet ses en stor og signifikant stigning i borgernes trivsel på 15 point fra 41 til 56. Ligeledes er der sket en signifikant forbedring af borgernes funktionsevne med 11 point fra 55 til 66 målt ved WHODAS.

Evalueringen viser samtidigt, at andelen af borgere, der har behov for pleje, stiger efter endt rehabiliteringsforløb. Denne stigning i plejebehov er primært drevet af de borgere, der før rehabiliteringsforløbet ikke modtog hjælp, hvilket afspejler, at mange borgere er nyvisiterede efter en indlæggelse og derfor ikke modtog støtte før deres rehabiliteringsforløb. Det tyder på, at et rehabiliteringsforløb for denne borgergruppe ikke er tilstrækkeligt for igen at blive selvhjulpne.

Når borgerne skal vælge mellem en kommunal eller privat leverandør, afhænger deres valg af flere forhold. Borgerne, der indgår i telefoninterviewene angiver, at det primært handler om et ønske om kontinuitet i besøgstidspunkter og medarbejdere, mulighed for tilkøb af ydelser eller for at samle deres ydelser hos én leverandør. For andre borgere er valget af leverandør forbundet med tilfældigheder.

Borgerne, der indgår i telefoninterviewene og som har gennemgået et rehabiliteringsforløb hos enten en kommunal eller privat leverandør, er overordnet set tilfredse med deres rehabiliteringsforløb (79 pct). Derudover fortæller de samme borgere, at de oplever, at der undervejs i rehabiliteringsforløbet bliver taget hensyn til deres ønsker og behov.

Borgerne i telefoninterviewene fortæller, at de oftest får fastsat mål i samråd med fagpersoner (rehabiliterings-, ergo- eller fysioterapeuter), mens 20 pct. af borgerne i telefoninterviewene oplyser, at de ikke kan huske at have haft en dialog med en fagperson om målene.

Organisering af samarbejde

Kommunerne og de private leverandører har organiseret samarbejdet om rehabilitering efter to overordnede typer af samarbejdsmodeller. En, hvor de private leverandører varetager dele af forløbet med sparring fra kommunale rehabiliteringsterapeuter, sygeplejersker og evt. andre relevante fagpersoner, og en, hvor de private leverandører varetager hele forløbet. I den anden samarbejdsmodel har den private leverandør selv ansat en eller flere rehabiliteringsterapeuter og evt. en sygeplejerske. På tværs af projekterne er der i analysen identificeret en række organisatoriske drivkræfter, der understøtter samarbejdet på tværs af kommunal og privat leverandør. De organisatoriske drivkræfter er:

- Et godt samarbejde på ledelsesniveau mellem kommunal og privat leverandør
- Et højt kommunikationsniveau, der sikrer, at relevante oplysninger deles
- Ansvarliggjorte kontaktpersoner i kommunerne, der sikrer en nem adgang til kommunen for de private leverandører
- En tovholderfunktion, der understøtter koordination og fremdrift
- Fælles aktiviteter mellem kommunal og privat leverandør, der sikrer kendskab på tværs

⁹ I forbindelse med den afsluttende evaluering af forsøgsordningen har projekterne optalt antallet af borgere, der har indgået i et § 83 a-rehabiliteringsforløb hos en privat leverandør. Samlet har der været 573 borgere, der har påbegyndt et forløb hos en privat leverandør. Af de 573 borgere har projekterne samlet registreret 210 borgere, hvilket udgør 37 pct. af målgruppen. Af de 210 borgere der er oprettet, er der for nogle udelukkende registreret baggrundsoplysninger og WHO-5 og WHODAS spørgsmålene er ikke besvaret.

- Tydeligt definerede arbejdsgange, der understøtter overblik over roller og opgaver på tværs af kommunal og privat leverandør.

Evalueringens resultater viser, at der er en række forudsætninger for at styrke borgernes frie valg af rehabilitering. En central forudsætning er, at borgeren bliver informeret om muligheden for frit valg i forbindelse med visitationen og selv oplever at have modtaget informationen om muligheden for frit valg af leverandør i forhold til rehabilitering. I denne evaluering er det tilfældet for lidt over halvdelen af de borgere, der indgår i telefoninterviewene. Derudover er det væsentligt, at der er et ensartet rehabiliteringstilbud på tværs af leverandører. Dette kan understøttes af, at de private leverandører har mulighed for at deltage i eksempelvis kurser og kompetenceudvikling. Endelig er en tilstrækkelig borgervolumen nødvendig for, at det økonomisk kan betale sig for den private leverandør at tilbyde rehabilitering som en del af deres ydelseskatalog.

Drivkræfter for samarbejdet

En fælles faglig forståelse af hvad rehabilitering er og kompetenceudvikling i forhold til, hvordan man som medarbejder konkret arbejder ud fra den rehabiliterende tilgang kan ikke adskilles. Begge er de afgørende for at styrke samarbejdet mellem kommunen og den private leverandør både formelt og i det daglige arbejde, og med henblik på at sikre et ensartet forløb på tværs af kommunal og privat leverandør.

Den fælles faglige forståelse er blevet oparbejdet gennem forskellige tiltag, herunder har alle projekter iværksat koordinerende, tværgående møder på tværs af den private leverandør og kommunen, og alle kommuner har haft formel kompetenceudviklingsforløb, hvor medarbejdere hos både den kommunale og private leverandør har gennemgået gruppebaseret undervisning i, hvad rehabilitering er. Herudover har en række kommuner udpeget nøglepersoner, der er centrale for den daglige sparring og for udbredelse af den rehabiliterende tilgang hos den private leverandør.

Styrkelsen af kompetencer har været en helt central faktor for samarbejdet mellem kommune og privat leverandør. Her har især den formelle kompetenceudvikling medvirket til at styrke de faglige kompetencer i forhold til rehabilitering samt styrket de relationelle bånd mellem de to parter. Analysen viser også, at den formelle kompetenceudvikling oftest ikke kan stå alene, men bør suppleres med praksisnær kompetenceudvikling for at oversætte viden til konkrete handlinger og aktiviteter.

For at sikre et godt borgerforløb skal indsatsen være velkoordineret gennem hele forløbet, og der skal løbende følges op på indsatsens forløb og borgerens udvikling. De koordinerende, tværfaglige møder er et eksempel på et helt centralt forum både for at koordinere indsatsen og for at følge op. Ligeledes er dokumentationen i omsorgssystemet vigtig for at kunne foretage den løbende koordinering, og det er også her, opfølgningen dokumenteres.

I forhold til opfølgningen er ansvaret placeret hos en forløbsansvarlig. Den forløbsansvarlige kan enten være en medarbejder fra kommunal eller privat leverandør afhængigt af, hvilken samarbejdsmodel de er organiseret efter. Dokumentation i omsorgssystemet er centralt i forhold til opfølgning. Her viser evalueringen, at kompetenceudvikling i dokumentation har forbedret dokumentationspraksis. I de projekter, hvor der har været et fokus på dokumentation, er det blevet tydeligere for medarbejderne, hvordan og hvilke observationer hos borgerne der skal noteres, hvilket har betydning for den efterfølgende opfølgning på indsatser og borgerens udvikling.



DEL 1

BORGERNES PERSPEKTIV PÅ REHABILITERINGSFORLØB

OPSUMMERING OG DELKONKLUSION

Del 1 i denne evaluering analyserer og udfolder frit valg af leverandør i forhold til rehabilitering med fokus på at beskrive målgruppen for rehabiliteringsforløbene, hvilken virkning rehabiliteringsforløb har for borgerne, samt hvordan borgerne oplever rehabiliteringsforløbet.

Resultater i kapitel 3 er baserede på progressionsmålinger foretaget for borgere, der har valgt en privat leverandør og viser overordnet:

Målgruppe

- Borgerne er primært kvinder (66 pct.)
- Borgerne er primært i aldersgruppen 75-84 år (43 pct.)
- Borgerne bliver oftest henvist til et rehabiliteringsforløb efter en akut indlæggelse på hospital (55 pct.)
- Borgerne er forud for deres rehabiliteringsforløb oftest visiteret til en ydelse efter service- eller sundhedsloven (56 pct.)

Virkning af rehabiliteringsforløb

- Borgerne oplever en signifikant forbedring af deres trivsel efter rehabiliteringsforløbet
- Borgerne oplever en signifikant forbedring af deres funktionsevne
- Borgere, der har en høj motivation for at deltage i rehabiliteringsforløbet, oplever særligt en forbedring i deres trivsel og funktionsevne
- Borgere med en i forvejen lav trivsel og funktionsevne profiterer i særlig høj grad af at deltage i et rehabiliteringsforløb.
- Knap halvdelen af borgerne oplever, at deres mål for rehabiliteringsforløbet opnås
- Borgere, der ikke før rehabiliteringsforløbet modtog hjælp, har oftest behov for hjælp (genoptræning eller praktisk hjælp) efter rehabiliteringsforløbet.

Evaluering viser, at borgere profiterer af at deltage i rehabiliteringsforløb i form af øget livskvalitet og funktionsevne, og at borgerens motivation for at deltage i et rehabiliteringsforløb er afgørende for virkningen af rehabiliteringsforløbet. I udbredelsen af erfaringerne med rehabiliteringsforløbene er det derfor vigtigt at holde fokus på arbejdet med borgernes motivation for at deltage i et rehabiliteringsforløb for at opnå den største virkning af forløbet.

Evalueringen viser også, at borgere der ikke forud for rehabiliteringsforløbet har modtaget hjælp, fortsat ofte har behov for hjælp efter rehabiliteringsforløbet. Det betyder altså, at det med et rehabiliteringsforløb er muligt at forbedre borgernes livskvalitet og funktionsevne i et vist omfang, men ofte ikke tilstrækkeligt til, at borgerne bliver selvhjulpne. Dog skal det understreges, at vi med denne evaluering ikke kan pege på, hvor meget hjælp disse borgere havde behov for, hvis de ikke havde modtaget et rehabiliteringsforløb.

Den positive udvikling i borgernes trivsel og funktionsevne er større sammenlignet med den udvikling, som en tidligere gennemført undersøgelse af rehabiliteringsindsatser til de svageste ældre identificerede¹⁰. Dette kan afspejle forskelle i de to borgergruppers udgangspunkt forud for deres deltagelse i rehabiliteringsforløbet, hvor borgergruppen i denne undersøgelse er yngre og i mindre grad er visiteret til rehabiliteringsforløbet som følge af en indlæggelse.

¹⁰ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre.*

Resultater i kapitel 4 er baseret på analyser baseret på telefoninterview med borgere, der har valgt enten en kommunal eller en private leverandør samt på kvalitative dybdeinterview, der har valgt en privat leverandør. Kapitel 4 viser overordnet:

- Borgerne er tilfredse med deres rehabiliteringsforløb
- Borgerne oplever øget funktionsevne, livskvalitet og et forbedret humør efter rehabiliteringsforløbet
- Godt halvdelen af borgerne oplever, at de er blevet præsenteret for muligheden for frit valg i forhold til § 83 a
- En tredjedel af borgerne mener, at det er vigtigt selv at kunne vælge, hvilken leverandør de ønsker til deres rehabiliteringsforløb
- De borgere, der vælger en private leverandør, gør det med et ønske om kontinuitet i besøgstidspunkter og medarbejdere, mulighed for tilkøb af ydelser eller for at samle ydelser hos én leverandør. For andre borgere er valget af leverandør baseret på tilfældigheder.

Evalueringen viser, at borgerne er tilfredse med deres rehabiliteringsforløb, og at de også selv oplever en forbedring i deres funktionsevne, livskvalitet og humør efter rehabiliteringsforløbet. Dette gælder for både for borgere, der har valgt en kommunal og en privat leverandør. Således peger resultater på tværs af denne evaluering og den tidligere evaluering af rehabiliteringsindsatser til de svageste ældre i samme retning.

I denne evaluering har borgernes oplevelse af det frie valg også været genstand for undersøgelse. At det kun er godt halvdelen af borgerne, der har indgået i telefoninterviewene, der oplever, at de er blevet præsenteret for muligheden for frit valg af leverandør i forhold til § 83 a kan have flere årsager. Dels har visitationens rolle i forhold til oplysning om muligheden for det frie valg ikke været et eksplicit fokus i nogen af projekterne. Altså har deres praksis og fokus på at oplyse om det frie valg ikke nødvendigvis ændret sig i forbindelse med forsøgsordningen. Dels viser analysen, at langt de fleste borgere påbegynder et rehabiliteringsforløb efter en indlæggelse, hvilket betyder, at de er blevet præsenteret for det frie valg i en oftest kaotisk situation i forbindelse med en udskrivelse fra hospitalet. Det kan være medvirkende til, at borgene har vanskeligt ved at huske, om de er blevet præsenteret for muligheden for frit valg af leverandør – særligt fordi de er blevet spurgt i forbindelse med gennemførslen af telefoninterviewene, der tidsmæssigt er afholdt mere end 12 uger efter opstarten af deres rehabiliteringsforløb. Dog vurderer Rambøll, at det vil være afgørende at arbejde med en systematisk praksis for, hvordan og hvornår borgerne informeres om muligheden for frit valg af leverandør af rehabilitering, herunder at informationen formidles på et tidspunkt, hvor borgeren kognitivt er klar til at modtage informationen og dermed reelt har mulighed for et frit valg.

Samtidig peger evalueringen på, at borgerne vælger leverandør, fordi de ønsker kontinuitet i besøgstidspunkter og medarbejdere, mulighed for tilkøb af ydelser eller for at samle ydelser hos én leverandør, men også at borgernes endelige valg af leverandør i høj grad er baseret på tilfældigheder. For borgerne handler det derfor ikke så meget om, hvorvidt det er en kommunal eller private leverandør, men om de medarbejdere, der kommer i deres hjem, er de samme, og om de kommer på nogenlunde de samme tidspunkter hver dag.

3. VIRKNINGER AF REHABILITERINGSFORLØB

En del af evalueringens formål er at undersøge, hvilke virkninger borgerne opnår ved at deltage i et rehabiliteringsforløb. Derudover er formålet at undersøge, hvilke borgere der modtager et rehabiliteringsforløb, samt hvilke målsætninger der opstilles for forløbene, og om de opnås.

Kapitlet bygger på kvantitative data fra progressionsmålingerne. Progressionsmålingerne er gennemført blandt borgere i projekterne, der modtager rehabilitering ved en privat leverandør. Antallet af borgere, der indgår i de enkelte analyser, kan variere alt efter, hvor mange borgere der har svaret dels på spørgeskemaet, fx før- og eftermåling, dels på det enkelte spørgsmål i et spørgeskema. Et større antal borgere har udfyldt førmålingen, hvorefter de er frafaldet til eftermålingen, og antallet af borgere er derfor større i analyserne af deltagergruppen sammenlignet med progressionsanalyserne.

Samlet har 210 borgere besvaret baggrundsskemaet. 203 borgere har besvaret førmålingen, 156 borgere har besvaret eftermålingen, mens 128 borgere har besvaret den opfølgende måling. Heraf har 92 borgere besvaret både før- og eftermåling på trivsel, mens 86 borgere har besvaret både før- og eftermåling på funktionsevne. I forbindelse med den afsluttende evaluering af forsøgsordningen har projekterne optalt antallet af borgere, der har indgået i et rehabiliteringsforløb efter § 83 a hos en privat leverandør. Samlet har 573 borgere i projektperioden påbegyndt et rehabiliteringsforløb hos en privat leverandør. Af de 573 borgere har projekterne samlet registreret 210 borgere¹¹, hvilket betyder, at analyserne i dette kapitel inkluderer 37 pct. af målgruppen. Det har ikke været muligt at teste, hvorvidt deltagergruppen er repræsentativ for den samlede målgruppe, da der ikke foreligger baggrundsoplysninger på de øvrige borgere. Derfor er det vigtigt at bemærke, at følgende analyser viser resultaterne for deltagergruppen, men ikke nødvendigvis for den fulde målgruppe. Det relativt lave antal af gemmeførte progressionsmålinger kan til dels forklares med begrænset mulighed for kontakt til borgerne under COVID-19 dels, at det har været vanskeligt at motivere borgerne til at deltage. Derudover har nogle projekter kun inkluderet en begrænset del af den samlede målgruppe af borgere for rehabilitering, fx ved at fokusere på rehabilitering i forhold til borgere til på- og afgang af støttestrømper.

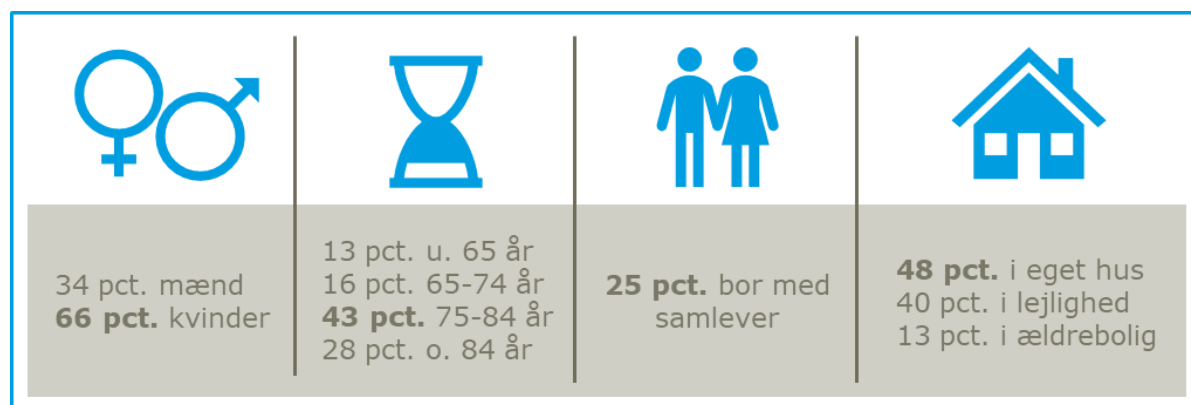
3.1 Hvad karakteriserer deltagergruppen for rehabiliteringsforløbene?

Dette afsnit beskriver deltagergruppen¹² for rehabiliteringsforløbene hos de private leverandører, herunder deltagergruppens demografiske karakteristika, borgernes plejebehov før rehabiliteringsforløbet samt årsagen til, at borgerne blev visiteret til et rehabiliteringsforløb.

¹¹ I forbindelse med forsøgsordningen er der etableret en database, hvor projekterne har oprettet borgere og registreret forskellige baggrundsoplysninger om dem samt besvaret på WHO-5 og WHODAS spørgsmål.

¹² I målingerne indgår kun borgere, der har udfyldt skemaet med baggrundsoplysninger. Vi har ikke oplysninger for den fulde målgruppe af borgere, der har indgået i et § 83 a-rehabiliteringsforløb hos en privat leverandør, hvorfor analysegruppen i det følgende angives som deltagergruppen.

Figur 3-1: Deltagergruppens demografiske karakteristika (N=210 borgere)



Note: Andelene for boform summerer ikke til 100 procent pga. afrundinger.

Figur 3-1 præsenterer deltagergruppens demografiske karakteristika. Figuren viser, at to tredjedele af borgerne er kvinder, og næsten halvdelen af borgerne er mellem 75 og 84 år. Borgernes gennemsnitsalder er 77,4 år. Andelen af kvinder i denne undersøgelse er højere sammenlignet med den tidligere undersøgelse gennemført af Rambøll om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre, mens fordelingen af mænd og kvinder nogenlunde svarer til fordelingen i undersøgelsen foretaget Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed af rehabilitering på ældreområdet¹³. Gennemsnitsalderen for borgerne er lavere end i de tidligere undersøgelser. Det kan tyde på, at borgere, der vælger private leverandører, er yngre, sammenlignet med borgere, der vælger en kommunal leverandør. Dette kan dog ikke undersøges nærmere ud fra det foreliggende data. Blandt borgerne i deltagergruppen bor 25 pct. med en samlever, hvilket er en lavere andel sammenlignet med de tidligere undersøgelser foretaget af Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed og Rambøll. I deltagergruppen er der 48 pct., der bor i eget hus, 40 pct. der bor i lejlighed og 13 pct. der bor i ældrebolig.

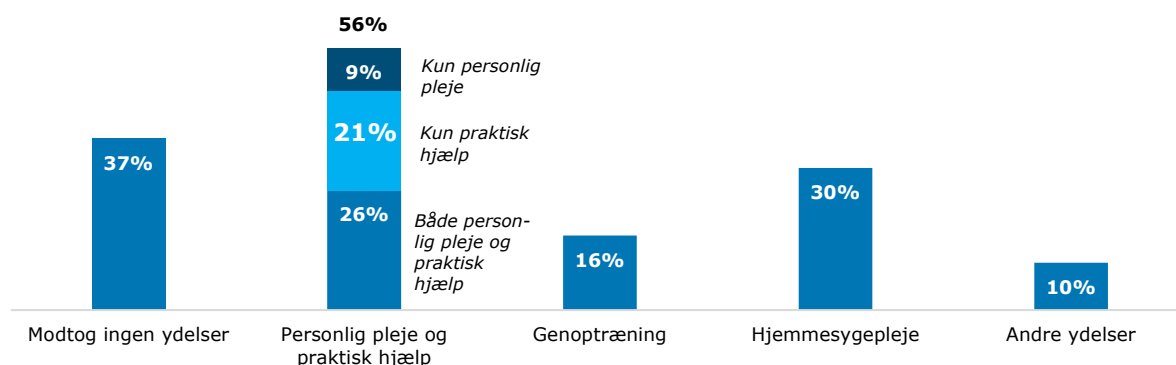
Borgernes plejebenhov før rehabiliteringsforløbet

Deltagergruppens plejebenhov før rehabiliteringsforløbet fremgår af Figur 3-2. Figuren viser andelen af borgerne, der modtog en ydelse inden for personlig pleje, praktisk hjælp, genoptræning, hjemmesygepleje eller andre ydelser forud for rehabiliteringsforløbet. Ligeledes viser figuren andelen af borgere, der ikke modtog en ydelse forud for rehabiliteringsforløbet.

Figuren viser, at godt en tredjedel af borgerne ikke modtog nogen ydelser før rehabiliteringsforløbet. For genoptræning og hjemmesygepleje var der henholdsvis 16 og 30 pct. af borgerne i deltagergruppen, der modtog ydelser. 10 pct. af borgerne modtog andre ydelser før rehabiliteringsforløbet såsom fx diætist eller hjælpemidler. Bemærk at andelene ikke summerer til 100 pct., da borgerne godt kan modtage flere ydelser.

¹³ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.
Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed, 2019: *Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven*.

Figur 3-2: Andelen af borgere i deltagergruppen, der modtog ydelser før rehabiliteringsforløbet (N=207 borgere*)

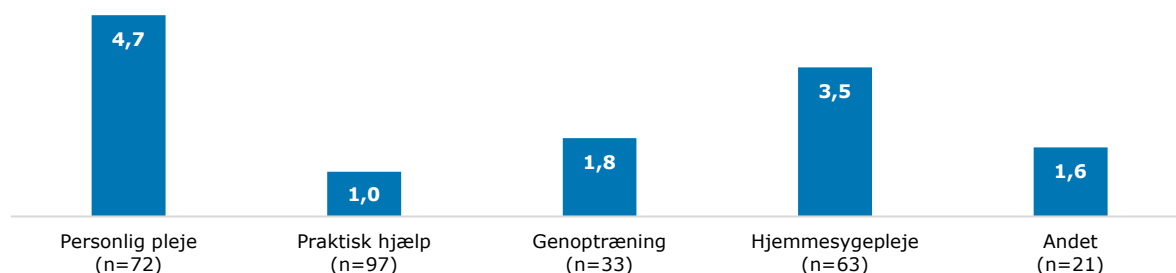


Note: *Tre borgere indgår ikke i denne analyse, da spørgsmålene ikke er udfyldt herfor. 'Personlig pleje' er ydelser efter serviceloven § 83 og er fx støtte til af- og påklædning, bad, toiletbesøg, ernæring. 'Praktisk hjælp' er ligeledes ydelser efter serviceloven § 83, men dækker fx over indkøb eller rengøring. 'Genoptræning' dækker over ydelser inden for serviceloven § 86 eller sundhedsloven § 140. 'Hjemmesygepleje' er alle ydelser under sundhedsloven § 138. Andre ydelser kan fx omfatte diætist eller hjælpemidler.

Samlet set modtog 56 pct. af borgerne enten personlig pleje eller praktisk hjælp. Mens 9 pct. af borgerne kun modtog personlig pleje, modtog 21 pct. af borgerne kun praktisk hjælp, mens 26 pct. af borgerne modtog både personlig pleje og praktisk hjælp forud for rehabiliteringsforløbet. Størstedelen af borgerne modtager dermed begge ydelser samtidigt.

Figur 3-3 viser det gennemsnitlige antal visiterede timer pr. uge, som borgerne modtager før rehabiliteringsforløbet. Det gælder for borgere, der modtog en ydelse inden for personlig pleje, praktisk hjælp, genoptræning, hjemmesygepleje eller andet før rehabiliteringsforløbet. Igen bemærkes det, at borgerne godt kan modtage flere ydelser.

Figur 3-3: Gennemsnitligt antal visiterede timer pr. uge for borgere i deltagergruppen, der modtog ydelser før rehabiliteringsforløbet



Note: Antallet af borgere varierer, da borgere, der ikke har modtaget en ydelse inden for de enkelte kategorier, ikke indgår i analysen. 'Personlig pleje' er ydelser efter serviceloven § 83 og er fx støtte til af- og påklædning, bad, toiletbesøg, ernæring. 'Praktisk hjælp' er ligeledes ydelser efter serviceloven § 83, men dækker fx over indkøb eller rengøring. 'Genoptræning' dækker over ydelser inden for serviceloven § 86 eller sundhedsloven § 140. 'Hjemmesygepleje' er alle ydelser under sundhedsloven § 138. Andre ydelser kan fx omfatte diætist eller hjælpemidler.

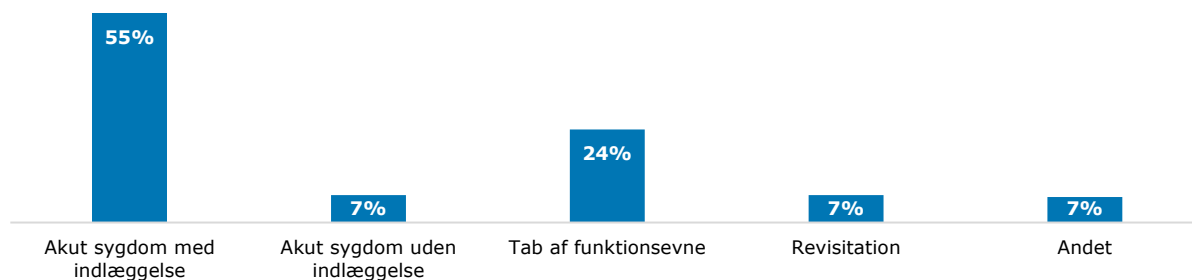
Borgere, der er visiteret til personlig pleje før rehabiliteringsforløbet, modtager i gennemsnit 4,7 timer pr. uge, svarende til cirka 40 minutters hjælp om dagen til personlig pleje. Sammenlignet med borgerne i undersøgelsen om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre¹⁴, er dette lavere. De svageste ældre modtog i gennemsnit 5,8 timer personlig pleje om ugen. Ligeledes modtager borgere, der er visiteret til hjemmesygepleje før rehabiliteringsforløbet, i gennemsnit 3,5 timer pr. uge. Dette er mere sammenlignet med undersøgelsen om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre, hvor de var visiteret til 2,6 timer. For de øvrige ydelser er den gennemsnitlige visiterede tid pr. uge henholdsvis én time for praktisk hjælp og 1,8 timer for genoptræning.

¹⁴ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre.*

Årsager til visitation til et rehabiliteringsforløb

Borgerne i deltagergruppen kan visiteres til rehabiliteringsforløb af forskellige årsager. Figur 3-4 nedenfor viser fordelingen af borgerne i deltagergruppen efter visitationsårsagen. Langt størstedelen af borgerne i deltagergruppen er visiteret på grund af akut sygdom med eller uden indlæggelse (55 og 7 pct.). Andelen af borgere visiteret efter akut sygdom med indlæggelse er lavere sammenlignet med undersøgelsen om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre¹⁵. I den undersøgelse var 72 pct. af borgerne visiteret efter akut sygdom med indlæggelse.

Figur 3-4: Fordelingen af borgerne efter visitationsårsag (N=210 borgere)



Note: Andre visitationsårsager kan bl.a. omfatte kompressionsstrømper fra praktiserende læge og planlagte operationer.

24 pct. af borgerne i deltagergruppen er visiteret til rehabiliteringsforløb grundet tab af funktionsevne, mens 7 pct. er visiteret på baggrund af en revisitation. Endelig er 7 pct. af borgerne visiteret til rehabiliteringsforløbene af *andre årsager*. Medarbejderne har haft mulighed for at uddybe, hvilke andre årsager det er, hvoraf det fremgår, at størstedelen er visiteret på grund af kompressionsstrømper fra praktiserende læge, mens en del er visiteret på grund af planlagte hofte- og knæoperationer.

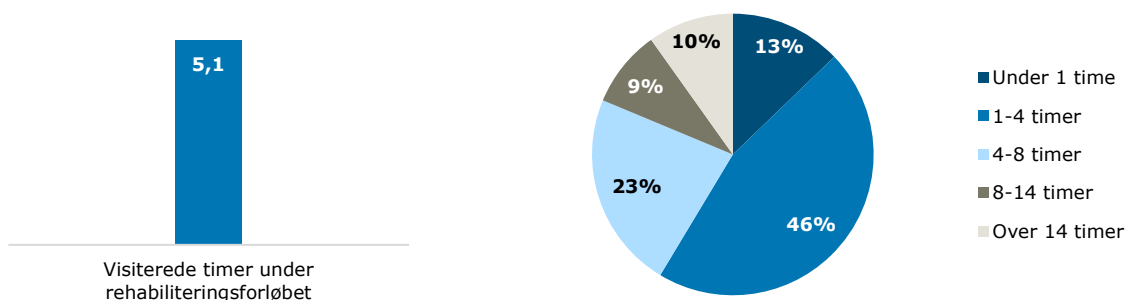
Visiteret tid under rehabiliteringsforløbet

Figur 3-5 viser, at borgerne i gennemsnit er visiteret til 5,5 timers hjælp pr. uge under rehabiliteringsforløbet. Dette tal dækker over selve rehabiliteringsydelsen, samt den personlige pleje eller praktiske hjælp, de modtager samtidigt med rehabiliteringsforløbet. Den visiterede tid under rehabiliteringsforløbet er således angivet som samlet tid for rehabiliteringsforløbet samt for personlig pleje og praktisk hjælp. Sammenlignet med borgerne i undersøgelsen om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre¹⁶, er antallet af visiterede timer lavere (5,5 timer), mens det sammenlignet med undersøgelsen foretaget af Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed er højere (lidt under 3 timer).

¹⁵ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.

¹⁶ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.

Figur 3-5: Gennemsnitligt antal visiterede timer pr. uge under rehabiliteringsforløbet (til venstre). Fordeling af borgerne efter antal visiterede timer pr. uge under rehabiliteringsforløbet (til højre). (N=203 borgere)



Note: Der er syv borgere, hvor medarbejderen ikke har udfyldt antal visiterede timer pr. uge under rehabiliteringsforløbet. Disse indgår derfor ikke i analysen. De gennemsnitlige visiterede timer under rehabiliteringsforløbet indeholder både timer visiteret under § 83 a samt personlig pleje og praktisk hjælp. I nogle kommuner visiteres alle ydelser under et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. I andre kommuner visiteres tid til de specifikke ydelser, som borgerne har brug for hjælp og pleje til, efter serviceloven § 83. Sidstnævnte kommuner har visiteret tid til rehabiliteringsforløbet som en separat ekstra ydelse efter servicelovens § 83 a. Den samlede opgørelse giver dermed det bedste sammenligningsgrundlag.

Figur 3-5 viser, at 13 pct. af borgerne modtager under én times ydelser om ugen under rehabiliteringsforløbet. Knap halvdelen af borgerne modtager mellem én og fire timer om ugen under forløbet. Omkring en fjerdedel (23 pct.) modtager mellem fire og otte timers ydelser om ugen. Endelig er der 19 pct. af borgerne, som modtager mere end otte timers ydelser om ugen under rehabiliteringsforløbet. I tillæg viser Figur 10-1 i Bilag , at 41 pct. af borgerne i tillæg til rehabiliteringsforløbet modtager hjemmesygepleje og 37 pct. modtager i tillæg ydelser indenfor genoptræning under deres rehabiliteringsforløb.

Borgernes motivation for at deltage i et rehabiliteringsforløb og gennemførelse

De sidste to karakteristika, der ses nærmere på, er borgernes motivation for at deltage i et rehabiliteringsforløb samt andelen af borgere i eftermålingen, der helt eller delvist gennemfører rehabiliteringsforløbet eller frafalder rehabiliteringsforløbet før eftermålingen. Resultaterne fremgår af Figur 3-6 nedenfor.

Figur 3-6: Gennemsnitlig motivation før forløb (N=166), andel der gennemfører forløb (N=156) og gennemsnitlig varighed af et rehabiliteringsforløb (N=156)



Note: Borgerne er blevet spurgt til deres motivation på en skala fra 0 til 10 for at deltage i rehabiliteringsforløbet i førmålingen. Samlet har 166 borgere besvaret spørgsmålet i førmålingen. I eftermålingen er borgerne blevet spurgt til, om de har gennemført hele forløbet eller dele af forløbet. Samlet har 156 borgere svaret på spørgsmålet i eftermålingen. "Delvist gennemført forløbet" dækker over borgere, der har deltaget i dele af forløbet efter førmålingen, men som ikke har gennemført hele rehabiliteringsforløbet. "Frafaldet efter førmålingen" dækker over borgere, der kun har deltaget ved første måling. Varigheden er beregnet som den tidsmæssige forskel mellem før- og eftermålingen. Dette er dermed kun beregnet for borgere, der har besvaret både før- og eftermåling.

I førmålingen forud for rehabiliteringsforløbet har borgerne angivet i hvilken grad, de er motiverede for at deltage i rehabiliteringsforløbet på en skala fra 0-10, hvor 0 er 'slet ikke motiveret' og 10 er 'særdeles motiveret'. Den gennemsnitlige motivation for at deltage i forløbet er på 7,5 for borgere

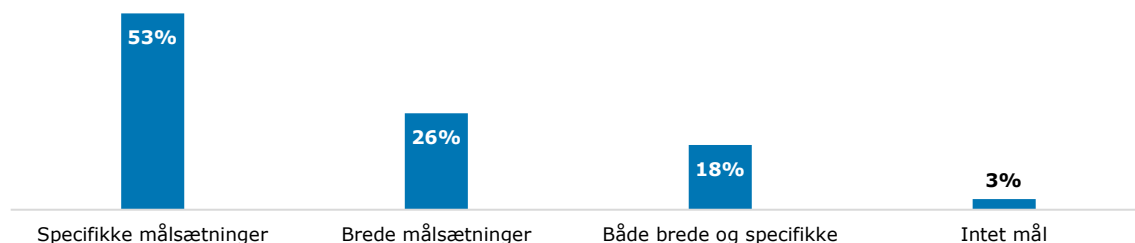
i deltagergruppen, der har gennemført en førmåling. Dette svarer til fundet i den tidligere undersøgelse om styrket rehabilitering til de svageste ældre, hvor der ligeledes er høj motivation blandt ældre, der skal starte et rehabiliteringsforløb¹⁷. Figuren viser også, at 77 pct. af borgerne, der har besvaret eftermålingen, gennemfører hele rehabiliteringsforløbet, mens 23 pct. delvist gennemfører rehabiliteringsforløbet. I interviewene med medarbejdere og projektledere i projekterne fortæller de, at nogle borgere oplever tilbagefald undervejs i forløbet, fx indlæggelser, sygdom eller tab af ægtefælle, hvilket betyder, at de frafalder deres rehabiliteringsforløb og dermed også eftermålingen. Sidst viser figuren, at den gennemsnitlige varighed af et rehabiliteringsforløb er 5,7 uger. Dette er målt som varigheden mellem før- og eftermålingen. Dette er en kortere varighed sammenlignet med den gennemsnitlige varighed for rehabiliteringsforløb i undersøgelsen om styrket rehabilitering til de svageste ældre. Borgerne i denne undersøgelse afslutter dermed deres rehabiliteringsforløb hurtigere sammenlignet med gruppen af borgere i undersøgelsen med de svageste ældre.

3.2 Målsætninger for rehabiliteringsforløbene

Som en del af et rehabiliteringsforløb formuleres målsætninger for rehabiliteringsforløbet. Dette afsnit beskriver, hvilke målsætninger der er for rehabiliteringsforløbene. For at gennemføre analyser af dette materiale er målsætningerne kategoriseret i tre typer af målsætninger og bliver efterfølgende nuanceret med konkrete eksempler.

Figur 3-7 viser fordelingen af borgernes målsætninger kategoriseret efter, om det er brede målsætninger, som fx at klare sig selv eller blive selvhjulpnen i bred forstand, eller om det er specifikke målsætninger som fx selv at kunne handle ind eller gå i bad.

Figur 3-7: Kategorisering af målene sat for borgerne (N=210)



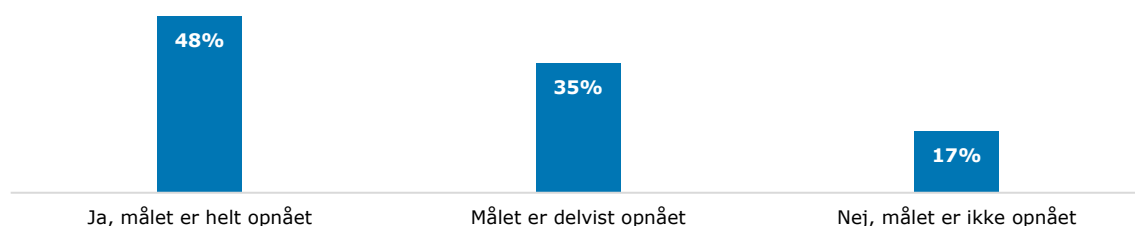
Note: Målsætningerne er nedskrevet af medarbejderne i borgernes baggrundsoplysninger i åbne svarfelter.

Figuren ovenfor viser, at 53 pct. af målsætningerne er specifikke målsætninger som at *komme i genbrugsbutik med en veninde igen, at kunne genoptage yoga og gåture, at komme ud at handle og at kunne komme i bad*. For de borgere, hvor der er sat specifikke målsætninger, er der ofte mere end én målsætning beskrevet, fx både at kunne handle og gå i bad. For 26 pct. af borgerne er målsætningen bredt defineret. Her er det typiske mål *at kunne klare sig selv og at blive selvhjulpnen*. Dertil er der 18 pct., hvor målet er bredt defineret, som beskrevet før, men eksemplificeret ved en række specifikke mål. Samlet er der derfor 44 pct. af borgerne, som har et bredt mål for rehabiliteringsforløbet. Der er 3 pct. af rehabiliteringsforløbene, hvor der ikke er noteret et mål i borgerskemaerne.

Figur 3-8 viser, at 48 pct. af borgerne, der har besvaret eftermålingen oplever, at deres mål er helt opnået. Dertil er der 35 pct., der oplever, at deres mål er delvist opnået. Til sidst er der 17 pct. af borgerne, der oplever, at deres mål ikke er opnået.

¹⁷ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.

Figur 3-8: Andel borgere, der har opnået deres mål ved eftermålingen (N=156)



Note: Målsætningerne er nedskrevet af medarbejderne i borgernes baggrundsoplysninger i åbne svarfelter.

Blandt borgere, der har opnået deres mål, har 91 pct. også tilkendegivet at have fuldført hele rehabiliteringsforløbet. Dette gør sig ikke gældende blandt borgere, der ikke har opnået deres mål. Ud af disse borgere har 62 pct. deltaget i hele rehabiliteringsforløbet. Opnåelsen af målet hænger derfor ikke overraskende også i nogen grad sammen med borgerens deltagelse i rehabiliteringsforløbet. Hvorvidt borgerens mål er defineret bredt eller mere specifikt har ingen sammenhæng med, om borgeren har opnået sit mål eller ej.

3.3 Virkninger af rehabiliteringsforløb for borgerne

Dette afsnit undersøger, om borgerne har opnået forbedringer i trivsel, funktionsevne og plejebehov efter at have deltaget i et rehabiliteringsforløb. Overordnet viser analyserne, at der sker en signifikant forbedring af både borgernes trivsel og funktionsevne mellem før- og eftermålingen, men at der ikke sker en ændring i borgernes plejebehov mellem før- og eftermålingen. Yderligere undersøger dette afsnit, om der er forskel i udvikling i trivsel, funktionsevne og plejebehov for forskellige subgrupper af deltagergruppen.

Borgernes trivsel og funktionsevne

Borgernes trivsel er belyst ved brug af måleredskabet WHO-5, hvor borgerens trivsel med afsæt i fem spørgsmål omregnes til en score mellem 0 og 100¹⁸ (0 indikerer den lavest mulige trivsel og 100 den højeste). Borgernes funktionsevne er belyst ved brug af måleredskabet WHODAS 2.0., hvor der ligesom ved WHO-5 beregnes en samlet score mellem 0-100 (0 indikerer den lavest mulige funktionsevne og 100 den højeste)¹⁹.

I analyserne af borgernes trivsel og funktionsevne forud for forløbet indgår alle borgere, som har besvaret et tilstrækkeligt antal spørgsmål i måleredskaberne²⁰ i førmålingen, mens der i analyserne af virkninger for borgerne kun indgår de borgere, som har besvaret et tilstrækkeligt antal spørgsmål i måleredskaberne i både før- og eftermålingerne. Samlet har 139 borgere svaret på WHO-5-spørgsmålene i førmålingen og 92 borgere har besvaret spørgsmålene i både før- og eftermålingen, mens 137 borgere har svaret tilstrækkeligt på spørgsmålene i WHODAS-redskabet i førmålingen og 86 borgere i både før- og eftermålingen. Yderligere har hhv. 63 og 62 borgere svaret på spørgsmålene i den opfølgende måling. I det følgende præsenteres først borgernes trivsel og funktionsevne forud for forløbet, hvorefter borgernes udvikling undersøges.

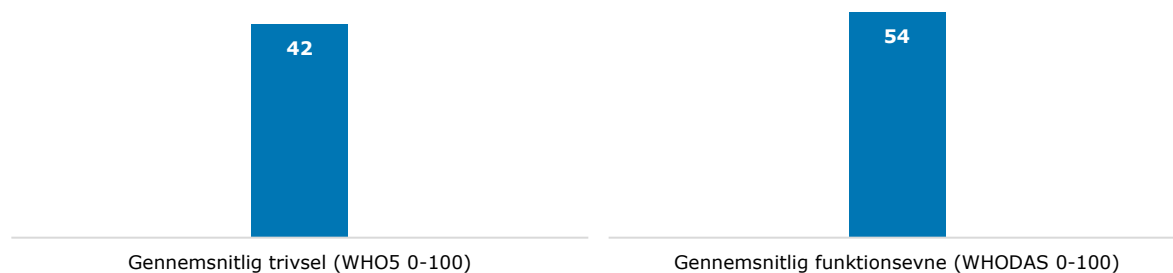
¹⁸ En score på 0 indikerer den lavest mulige trivsel og en score på 100 den bedst mulige trivsel. En score på 50 defineres som en gennemsnitlig trivsel, hvor en score under 35 defineres som en *meget lav* trivsel.

¹⁹ WHODAS-skalaen er vendt om i forhold til den oprindelige skala, så en høj værdi indikerer en høj funktionsevne.

²⁰ Med tilfredsstillende antal svar menes for WHO-5, at borgerne har besvaret fire ud af redskabets fem spørgsmål. Har borgeren svaret på under fire spørgsmål, er borgerens besvarelse udgået, da det ikke er muligt at beregne en samlet valid score for trivsel (se manualen for WHO-5). Det samme gør sig gældende for WHODAS, som består af 11 spørgsmål. Her skal borgerne som minimum besvare otte ud af 11 spørgsmål for at få en valid score. Har borgeren svaret på færre spørgsmål end otte, udgår målingen. Se metodebeskrivelsen for en yderligere forklaring.

Forud for rehabiliteringsforløbet har borgerne i gennemsnit en trivsel på 42 ud af 100 (Figur 3-9). Dette kategoriseres som 'lavt', dvs. under gennemsnittet, men over 'meget lavt' i måleredskabet²¹. Dette er lidt lavere i forhold til deltagergruppen i den tidligere undersøgelse om styrket rehabilitering til svækkede ældre²², hvor den gennemsnitlige trivsel var på 48. Den gennemsnitlige funktionsevne for borgerne i deltagergruppen er på 54 ud af 100 før rehabiliteringsforløbet (Figur 3-9). Dette er igen lidt lavere i forhold til den tidligere analyse af rehabilitering til svækkede ældre, hvor borgerne havde en gennemsnitlig funktionsevne på 61 før forløbet.

Figur 3-9: Borgernes trivsel (N=139) og funktionsevne (N=137) før forløbet



Note: Den gennemsnitlige trivsel og funktionsevne er beregnet på baggrund af borgernes førmåling. Der er samlet 139 borgere, der har svaret på WHO-5-spørgsmålene, og 137 borgere der har svaret på WHODAS-spørgsmålene i førmålingen. I metodetotatet kan der læses mere om måleredskaberne og behandlingen af disse.

Figur 3-10 viser borgernes trivsel før og efter rehabiliteringsforløbet. Figuren viser, at der er en stor og signifikant stigning på næsten 15 point i borgernes trivsel fra før til efter rehabiliteringsforløbet. Stigningen går fra en trivsel på WHO-5-skalaen på 41²³ til 56. Borgerne går dermed fra at ligge under den gennemsnitlige trivsel, som er defineret ved 50, til at ligge over den gennemsnitlige trivsel efter forløbet. Denne stigning i borgernes trivsel er relativt stor, når der sammenlignes med den tidligere undersøgelse om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre, hvor forbedringen var på 5 point²⁴. Den forbedrede trivsel ser ud til at være vedvarende, da borgernes gennemsnitlige trivsel i den opfølgende måling er højere end ved eftermålingen. En mulig forklaring på dette er forskellen i målgrupper for de to undersøgelser. Hvor undersøgelsen om rehabiliteringsindsatser for de svageste ældre inkluderer en målgruppe, der i kraft af deres alder og sygdomshistorik pludseligt kan miste funktionsevne igen pga. fx indlæggelse, inkluderer denne undersøgelse borgere, hvor det ikke nødvendigvis er tilfældet. Der skal dog tages højde for, at der er færre borgere med i den opfølgende måling, da flere borgere ikke har udfyldt den opfølgende måling, og at disse resultater derfor ikke er signifikante.

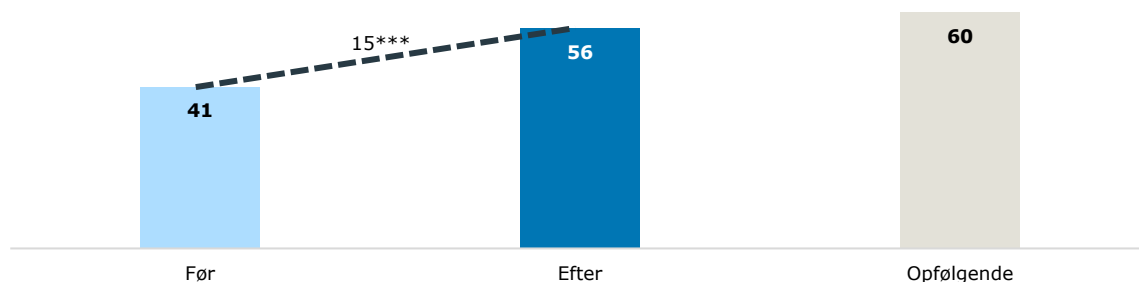
²¹ En score på [0-35] kategoriseres som "meget lav", [36-50] som "lav" og [50-100] som "gennemsnitlig eller mere".

²² Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.

²³ Forskellen i gruppen af borgere, der indgår i progressionsanalysen, sammenlignet med gruppen af borgere, der indgår i førmålingen, giver en lille ændring i WHO-scoren i førmålingen fra en score på 42 til 41.

²⁴ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.

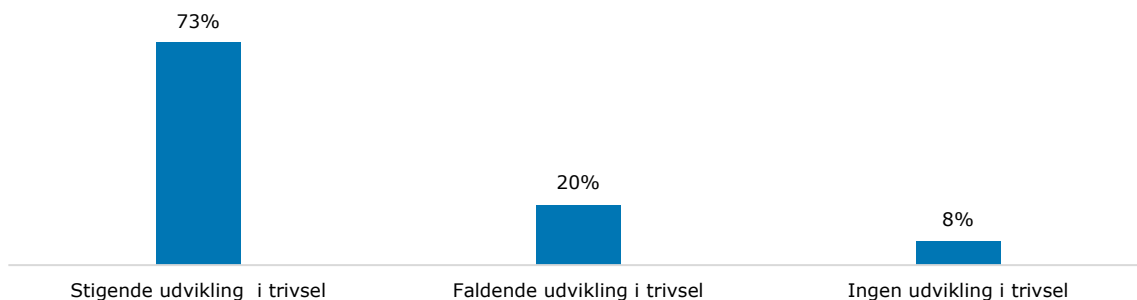
Figur 3-10: Borgernes trivsel før og efter rehabiliteringsforløbet (N=92)



Note: Den gennemsnitlige trivsel er beregnet for borgere, der har svaret tilstrækkeligt på spørgsmålene i WHO-5-redskabet både i før- og en eftermåling (N=92). I den opfølgende måling er der 63 borgere, der har svaret på spørgsmålene om trivsel. I metodenotatet kan der læses mere om måleredskaberne og behandlingen af disse. Stjerneerne indikerer om udviklingen i trivsel er statistisk signifikant. * Indikerer signifikans på 10%-niveau, ** indikerer signifikans på 5%-niveau og *** indikerer den stærkeste statistiske signifikans på 1%-niveau. Hvis der ikke er nogen stjerne, indikerer det, at der enten ikke er sket en udvikling eller at udviklingen er tilfældig, dvs. ikke systematisk for gruppen.

Ovenstående figur viser, at den gennemsnitlige trivsel blandt borgerne stiger fra før- til eftermålingen. Ser man nærmere på, hvor mange der oplever en stigende, faldende eller ingen udvikling, viser Figur 3-11, at næsten tre ud af fire borgere oplever en stigning i trivslen fra før- til eftermålingen, mens 20 pct. oplever et fald og 8 pct. oplever ingen udvikling i trivslen.

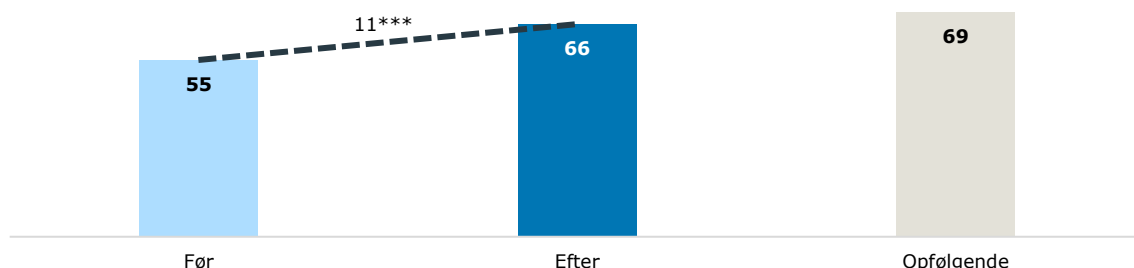
Figur 3-11: Andelen af borgere der oplever en stigende, faldende eller ingen udvikling i trivsel fra før- til eftermålingen (N=92)



Note: Andelene summerer ikke til 100 pct. pga. afrunding.

Figur 3-12 viser borgernes funktionsevne før og efter rehabiliteringsforløbet. Figuren viser, at der også for borgernes funktionsevne sker en signifikant forbedring på 11 point fra 55 til 66 på WHODAS-skalaen. Dette er lidt over den gennemsnitlige forbedring, der blev fundet i den tidligere undersøgelse om styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre, hvor de ældre borgeres funktionsevne blev forbedret med hhv. 8 og 9 point fra før til efter rehabiliteringsforløbet. Den forbedrede funktionsevne ser ligeledes ud til at være vedvarende, da borgernes gennemsnitlige funktionsevne i den opfølgende måling er på niveau med eftermålingen. Her skal der dog igen tages højde for, at der kun er 62 borgere med i denne måling, da flere borgere ikke har udfyldt den opfølgende måling, og at disse resultater ikke er signifikante.

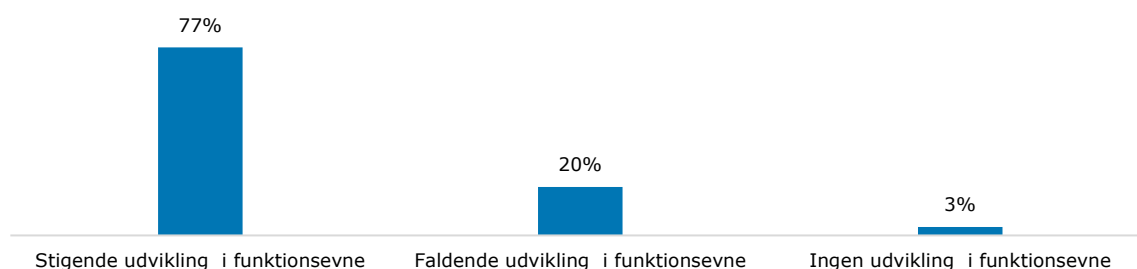
Figur 3-12: Borgernes funktionsevne før og efter rehabiliteringsforløbet (N=86)



Note: Den gennemsnitlige funktionsevne er beregnet for borgere, der har svaret tilstrækkeligt på spørgsmålene i WHODAS-redskabet både i før- og en eftermåling (N=86). I den opfølgende måling er der 62 borgere, der har svaret på spørgsmålene om funktionsevne. I metodenotatet kan der læses mere om måleredskaberne og behandlingen af disse. Stjerneerne indikerer om udviklingen i trivsel er statistisk signifikant. * Indikerer signifikans på 10%-niveau, ** indikerer signifikans på 5%-niveau og *** indikerer den stærkeste statistiske signifikans på 1%-niveau. Hvis der ikke er nogen stjerne, indikerer det, at der enten ikke er sket en udvikling eller at udviklingen er tilfældig, dvs. ikke systematisk for gruppen.

Ser man nærmere på, hvor mange borgere der oplever en stigende, faldende eller ingen udvikling i deres funktionsevne, viser Figur 3-13, at mere end tre ud af fire borgere oplever en stigning i funktionsevnen fra før- til eftermålingen, mens igen 20 pct. oplever et fald og 3 pct. ingen udvikling oplever i funktionsevnen.

Figur 3-13: Andelen af borgere, der oplever en stigende, faldende eller ingen udvikling i funktionsevnen fra før- til eftermålingen (n=86)



Næsten 60 pct. af borgerne oplever både en stigning i hhv. trivsel og funktionsevne. Der er derved en stor andel af borgerne, som oplever en positiv udvikling i både deres trivsel og funktionsevne efter rehabiliteringsforløbet. Modsat er der kun en lille andel på 2 pct. af borgerne, der oplever en negativ udvikling i både trivsel og funktionsevne.

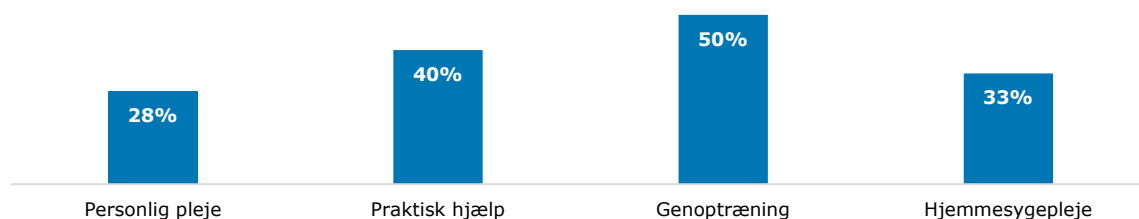
Antallet af borgere, der indgår i disse analyser, er relativt lavt. Derfor er det undersøgt, om gruppen af borgere, der indgår i progressionsmålingerne, er repræsentativ for den samlede deltagergruppe (210 borgere) præsenteret i kapitel 10. Frafaldsanalysen viser, at der næsten ingen forskel er på de to grupper. Den eneste signifikante forskel mellem de to grupper er årsagen til, at de bliver visiteret. Der er signifikant færre borgere, der er visiteret grundet revisitation i analysepopulationen end i den resterende deltagergruppe (3 pct. blandt borgerne, der indgår i analyserne og 10 pct. blandt borgerne, der er frafaldet undersøgelsen). Der er ingen signifikant forskel i borgernes trivsel og funktionsevne før forløbet.

Borgernes plejebestand efter rehabiliteringsforløbet

Borgernes plejebestand er også opgjort både før og efter rehabiliteringsforløbet. Her er der samlet 153 borgere, hvis plejebestand er registreret både før og efter rehabiliteringsforløbet.

Figur 3-14 viser plejebehovet efter rehabiliteringsforløbet for borgere, der ikke modtog en ydelse efter Service- og Sundhedsloven²⁵ før rehabiliteringsforløbet.

Figur 3-14: Borgernes plejebehov efter rehabiliteringsforløbet for borgere, der ikke var visiteret til hjælp før rehabiliteringsforløbet (N=58)

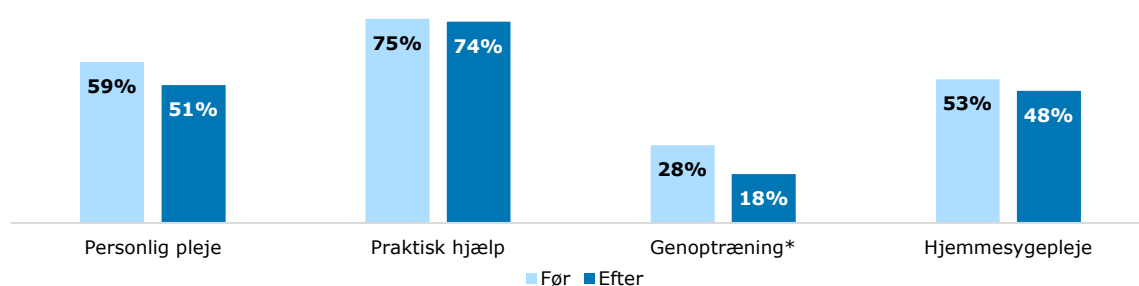


Note: Der indgår kun borgere, hvor plejebehovet er registreret både før og efter rehabiliteringsforløbet.

Samlet har 83 pct. af de borgere, der ikke modtog hjælp før forløbet, behov for en eller flere typer hjælp efter rehabiliteringsforløbet. Størst er behovet for genoptræning og praktisk hjælp. 50 pct. af borgerne, der ikke modtog hjælp før forløbet, har behov for genoptræning efter rehabiliteringsforløbet, mens 40 pct. har behov for praktisk hjælp. Der er 33 pct. af borgerne, der efter rehabiliteringsforløbet har behov for hjemmesygepleje, mens 28 pct. har behov for personlig pleje. Analysen viser således, at et rehabiliteringsforløb ikke gør disse borgere fuldstændig selvhjulpne igen til trods for at borgernes trivsel og funktionsevne stiger, men at de har behov for en eller anden form for hjælp efterfølgende. Dette kan dels skyldes, at de fortsat har behov for pleje som følge af årsagen til, at de i første omgang blev visiteret til rehabiliteringsforløbet, dels kan det ifølge medarbejdere fra kommunerne i forsøgsordningen være, at der i forbindelse med et rehabiliteringsforløb identificeres yderligere behov hos borgerne, som ikke er blevet identificeret tidligere.

Figur 3-15 viser udviklingen i plejebehov for de borgere, der også før rehabiliteringsforløbet var visiteret til hjælp.

Figur 3-15: Borgernes plejebehov før og efter rehabiliteringsforløbet for borgere, der var visiteret til hjælp før rehabiliteringsforløbet (N=95)



Note: Der indgår kun borgere, der før rehabiliteringsforløbet var visiteret til en ydelse. Yderligere indgår der kun borgere, hvor plejebehovet er registreret både før og efter rehabiliteringsforløbet. Det betyder, at også borgere, der ikke modtog nogen ydelse før rehabiliteringsforløbet indgår. Stjernerne på hver type visiteret ydelse indikerer, om der er en signifikant forskel fra før til efter forløbet. Signifikansniveauet indikeres med følgende: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct.

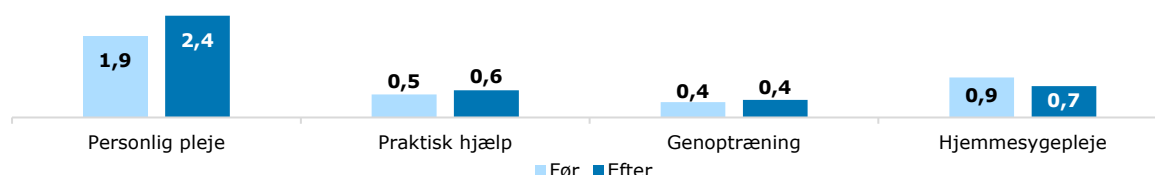
For borgere, der også før rehabiliteringsforløbet var visiteret til ydelser efter Service- og/eller Sundhedsloven, falder andelen af borgere, der efter rehabiliteringsforløbet er visiteret til personlig pleje, praktisk hjælp, genoptræning og hjemmesygepleje. Det er dog kun udvikling for genoptræning, der er signifikant.

²⁵ Personlig pleje (SEL § 83), praktisk hjælp (SEL § 83), genoptræning (SEL § 86 eller SUL § 140) og hjemmesygepleje (SUL § 138).

Når gruppen af borgere, der før rehabiliteringsforløbet modtog hjælp sammenlignes med gruppen af borgere, der ikke modtog hjælp før forløbet, ses det, at de to grupper adskiller sig i forhold til, hvad de efter rehabiliteringsforløbet fortsat har behov for hjælp til. Borgere, der modtog hjælp før rehabiliteringsforløbet, har efter rehabiliteringsforløbet fortsat i høj grad behov for praktisk hjælp og personlig pleje. Derimod har borgere, der ikke modtog hjælp før forløbet, i højere grad behov for genoptræning efter rehabiliteringsforløbet.

Figur 3-16 nedenfor angiver det gennemsnitlige antal timer, som borgerne er visiteret til pr. uge før og efter rehabiliteringsforløbet opdelt på forskellige ydelser.

Figur 3-16: Gennemsnitligt antal visiterede timer pr. uge før og efter rehabiliteringsforløbet (N=153)²⁶



Note: N=88. Der indgår kun borgere, hvor pleje- eller genoptræningsbehovet er registreret både før og efter rehabiliteringsforløbet. Antallet af borgere for den opfølgende måling er 117. Der er ingen signifikante forskelle i ændringerne.

Borgerne er i gennemsnit visiteret til 1,9 timer pr. uge til personlig pleje inden rehabiliteringsforløbet opstart, mens de efter forløbet gennemsnitligt er visiteret til 2,4 timer pr. uge. Denne stigning kommer dels af, at flere borgere modtager personlig pleje efter rehabiliteringsforløbet end før, dels kommer stigningen af, at dem, der modtager hjælp, i gennemsnit modtager mere end før. Undersøgelsen af styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre²⁷ viste det modsatte. Her oplevede borgerne et fald i antallet af visiterede timer efter rehabiliteringsforløbet. Der er dog også borgere, som modtager mindre personlig pleje efter forløbet end før. Denne stigning er dog ikke signifikant. For de øvrige områder er der ikke nogen ændring i plejebehovet fra før opstart af rehabiliteringsforløb til efter.

Subgruppeanalyser af borgernes trivsel og funktionsevne

I forbindelse med den afsluttende evaluering har det været muligt at gennemføre en række subgruppeanalyser, hvor udviklingen i trivsel, funktionsevne og plejebehov undersøges for subgrupper af borgere.

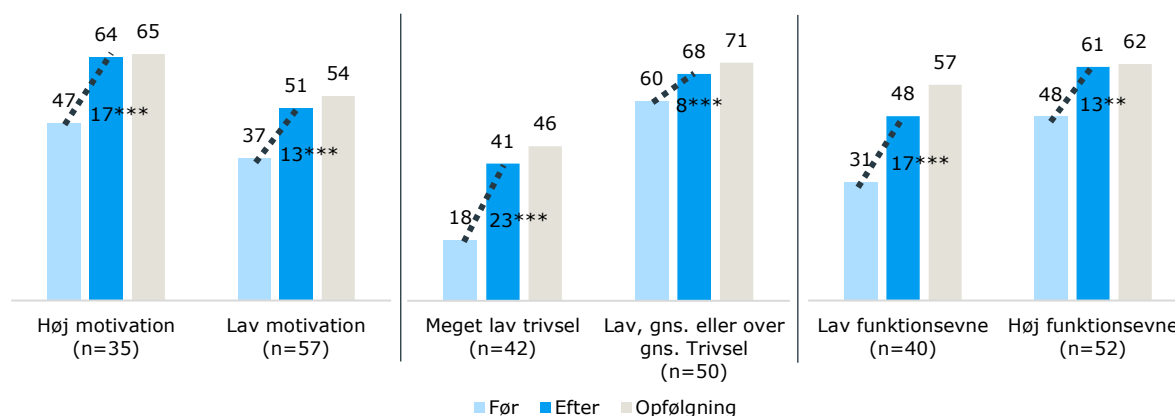
Den første subgruppe er borgere med høj motivation forud for rehabiliteringsforløbet i forhold til borgere med lav motivation forud for forløbet. Den anden gruppe er borgere med meget lav trivsel før forløbet (under 35 på WHO-5-skalaen) i forhold til borgere med højere trivsel (35 eller over på WHO-5-skalaen). Den sidste subgruppe identificeres ud fra borgere med lav funktionsevne (under 50 på WHODAS-skalaen) før rehabiliteringsforløbet i forhold til borgere med høj funktionsevne (50 eller over på WHODAS-skalaen)²⁸.

²⁶ Antal inkluderede borgere (153 borgere) adskiller sig fra antal inkluderede borgere i deltagergruppebeskrivelsen. I nærværende opgørelse er alle 153 borgere med, så de borgere, der ikke var visiteret til en ydelse før rehabiliteringsforløbet, indgår med benævnelsen '0 antal timer i gennemsnit'. Denne opgørelse vider derfor den samlede virkning af rehabiliteringsforløbet på plejebehov for alle borgere og ikke kun de borgere, der modtog en ydelse inden rehabiliteringsforløbet.

²⁷ Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre*.

²⁸ WHODAS har ikke en officiel opdeling for hhv. lav eller høj funktionsevne. I denne analyse har vi derfor opdelt borgerne hhv. med en score under 50 og en score på 50 eller derover.

Figur 3-17 Udvikling i gennemsnitlig trivsel (WHO-5) fra før til efter rehabiliteringsforløbet for subgrupper



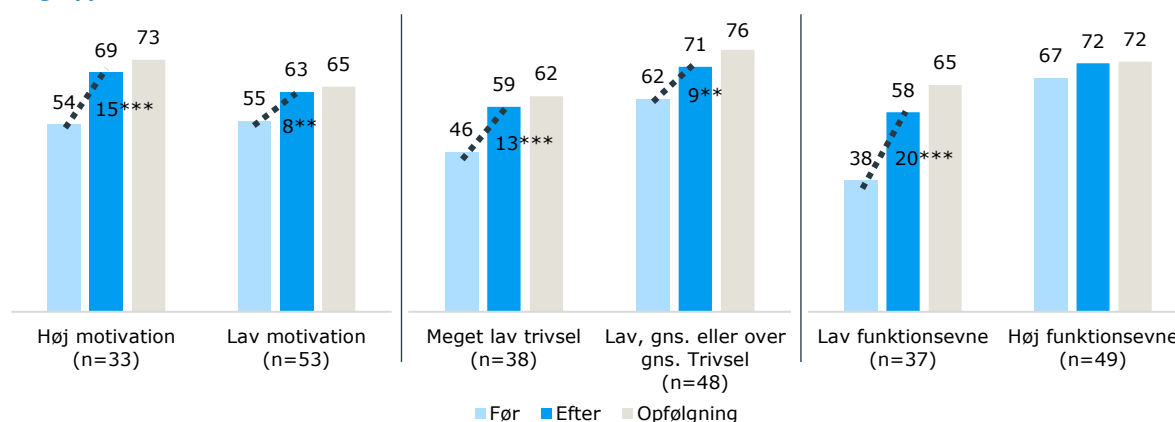
Note: Figuren indeholder subgrupper af borgere. Antallet af observationer står i parentes. Der indgår kun borgere med data på WHO-5-redskabet i før- og eftermålingen, samt en mindre gruppe med data på den opfølgende måling. Der er kun angivet en udvikling, hvis udviklingen er signifikant. Stjerneerne indikerer om udviklingen i trivsel er statistisk signifikant. * Indikerer signifikans på 10%-niveau, ** indikerer signifikans på 5%-niveau og *** indikerer den stærkeste statistiske signifikans på 1%-niveau. Hvis der ikke er nogen stjerne, indikerer det, at der enten ikke er sket en udvikling eller at udviklingen er tilfældig, dvs. ikke systematisk for gruppen.

Borgere i samtlige subgrupper oplever en signifikant forbedring i deres trivsel fra før- til eftermålingen (Figur 3-17). Gennemsnitligt set har borgerne dermed, uanset subgruppe, oplevet en forbedring i deres trivsel umiddelbart efter rehabiliteringsforløbet. Udviklingen fra eftermålingen til den opfølgende måling er ikke signifikant for nogle af grupperne.

Ser man nærmere på subgruppernes udvikling, ses det, at særligt borgere med lav trivsel oplever en markant stigning i trivslen fra før- til eftermålingen på 23 point. Selvom borgere med en lav, gennemsnitligt eller høj trivsel forud for forløbet også oplever en signifikant stigning på 8 point i trivslen efter forløbet, er denne dog ikke i samme omfang. Det er testet, hvorvidt borgerne med lav trivsel oplever en større udvikling sammenlignet med borgerne med højere trivsel, og her er der fundet en signifikant større forbedring for borgere med lav trivsel før forløbet. Det betyder, at borgere med lav trivsel før forløbet forbedrer deres trivsel signifikant mere end borgere med højere trivsel før forløbet, og dermed har haft størst gavn af rehabiliteringen.

Figur 3-18 viser udviklingen i funktionsevnen for samme tre subgrupper.

Figur 3-18: Udvikling i gennemsnitlig funktionsevne (WHODAS) fra før til efter rehabiliteringsforløbet for subgrupper



Note: Figuren indeholder subgrupper af borgere. Antallet af observationer står i parentes. Der indgår kun borgere med data på WHODAS-redskabet i før- og eftermålingen, samt en mindre gruppe med data på den opfølgende måling. Der er kun angivet en udvikling, hvis udviklingen er signifikant. Stjerneerne indikerer om udviklingen i trivsel er statistisk signifikant. * Indikerer signifikans på 10%-niveau, ** indikerer signifikans på 5%-niveau og *** indikerer den stærkeste statistiske signifikans på 1%-niveau. Hvis der ikke er nogen stjerne, indikerer det, at der enten ikke er sket en udvikling eller at udviklingen er tilfældig, dvs. ikke systematisk for gruppen.

Igen oplever borgere i næsten alle subgrupper en signifikant forbedring i deres funktionsevne fra før- til eftermålingen med undtagelse af borgere med en funktionsevne på eller over 50. Gennemsnitligt set oplever en stor del af borgerne en forbedring af funktionsevnen uanset subgruppe.

Særligt borgere med en lav funktionsevne på under 50 oplever en markant og signifikant stigning i funktionsevnen fra før- til eftermålingen på 20 point. Modsat oplever borgere med en funktionsevne på eller over 50 kun en lille, men ikke signifikant forbedring i funktionsevnen fra før- til eftermålingen. Ligeledes er det testet og fundet, at borgerne med lav funktionsevne oplever en signifikant større udvikling end borgere med en høj funktionsevne. Borgere med lav funktionsevne har dermed forbedret deres funktionsevne mere end borgere med høj funktionsevne, og har derfor haft størst gavn af rehabiliteringsforløbet.

Der er ligeledes lavet subgruppeanalyser på udviklingen i trivsel og funktionsevne for borgere, der er visiteret til rehabiliteringsforløbet efter indlæggelse, og borgere, der er visiteret af andre årsager, samt for borgere, der ikke er visiteret til en ydelse før rehabiliteringsforløbet, og borgere der var. Disse fremgår af Figur 10-2 og Figur 10-3 i Bilag . For disse grupper af borgere ses der også en positiv udvikling i hhv. trivsel og funktionsevne fra før- til eftermålingen.

3.4 Betydende karakteristika for forbedring i trivsel og funktionsevne

Dette afsnit undersøger via en lineær regressionsanalyse, om der på tværs af borgerne er særlige karakteristika, der har betydning for udviklingen i borgernes trivsel og funktionsevne. Tabel 10-1 og Tabel 10-2 i Bilag viser resultaterne af den fulde regressionsanalyse, og hermed hvilke karakteristika, der har betydning for borgernes udvikling i trivsel og funktionsevne.

Betydende karakteristika for forbedring i borgernes trivsel

Analysen finder to karakteristika, der har en signifikant betydning for borgerens udvikling i trivsel. Dette gælder hhv. borgerens trivselsniveau før rehabiliteringsforløbet samt borgerens boligform.

Analysen finder en negativ sammenhæng mellem borgerens trivselsniveau forud for forløbet og deres udvikling i trivsel fra før- til eftermålingen. Det vil sige, at jo højere trivsel borgeren har før forløbet, jo mindre er forbedringen i borgerens trivsel som følge af rehabiliteringsforløbet. Dette viser med andre ord, at borgere, der har et lavere udgangspunkt i forhold til trivsel, før de deltager i rehabiliteringsforløbet, forbedrer deres trivsel mere sammenlignet med borgere, der allerede før forløbet har et højt trivselsniveau.

Yderligere finder analysen en negativ sammenhæng mellem det at bo i ældrebolig relativt til at bo i eget hus og deres udvikling i trivsel fra før- til eftermålingen. Borgere, der bor i eget hus, oplever en større udvikling i deres trivselsniveau fra før- til eftermålingen end borgere, der bor i ældrebolig.

Betydende karakteristika for forbedring i borgernes funktionsevne

For borgernes udvikling i funktionsevne viser analysen, at tre karakteristika har signifikant betydning. Dette gælder borgerens trivselsniveau før rehabiliteringsforløbet, borgerens funktionsevne før rehabiliteringsforløbet og hvorvidt borgeren er visiteret til rehabiliteringsforløbet som følge af en hospitalsindlæggelse.

Som for analysen på udviklingen i trivsel, finder analysen ligeledes en negativ sammenhæng mellem borgerens trivselsniveau forud for forløbet og deres udvikling i funktionsevne fra før- til eftermålingen. Det vil sige, at jo højere trivsel borgeren har forud for forløbet, jo mindre er forbedringen i borgerens funktionsevne efter rehabiliteringsforløbet. Denne sammenhæng ses ligeledes for borgernes funktionsevne forud for rehabiliteringsforløbet. Jo bedre borgerens funktionsevne er før for-

løbet, desto mindre er forbedringen i funktionsevne fra før- til eftermålingen. Det vil sige, at borgere, der før forløbet har hhv. et lavere trivselsniveau og funktionsevne, opnår en større forbedring i funktionsevne efter forløbet, sammenlignet med borgere, der før rehabiliteringsforløbet har et højt trivselsniveau og høj funktionsevne.

Sidst finder analysen, at borgere, der er visiteret efter en hospitalsindlæggelse, oplever en større forbedring i deres funktionsevne fra før- til eftermålingen, sammenlignet med borgere, der er visiteret efter akut sygdom uden hospitalsindlæggelse, tab af funktionsevne og revisitation.

Der er yderligere lavet regressionsanalyser for udviklingen i borgernes plejebenhov. Disse analyser finder dog ingen signifikante resultater, hvorfor disse er udeladt.

4. BORGERNES OPLEVELSE AF DET FRIE VALG OG REHABILITERINGSFORLØBET

Et centralt element i evalueringen er at undersøge borgernes perspektiv på det frie valg samt oplevelse af rehabiliteringsforløbet. Disse to perspektiver undersøges og udfoldes i dette kapitel.

Kapitlet er baseret på en analyse af data fra seks kvalitative dybdeinterviews med seks borgere gennemført i tre af projektkommunerne og 66 telefoninterviews med borgere gennemført i alle syv kommuner. De kvalitative dybdeinterviews er udført med fem borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb hos en privat leverandør og én borger, der har fået et rehabiliteringsforløb hos en kommunal leverandør, mens de borgere, der er interviewet per telefon, har haft et rehabiliteringsforløb hos enten en kommunal (41 borgere) eller privat leverandør (25 borgere).

4.1 Borgernes oplevelse af rehabiliteringsforløbet

Hvordan borgerne oplever rehabiliteringsforløbet, er omdrejningspunktet for dette afsnit. I det nedenstående udfoldes borgernes tilfredshed med rehabiliteringsforløbet, målsætninger for forløbene samt deres oplevelse af samarbejdet mellem den kommunale og private leverandør.

Borgernes tilfredshed med rehabiliteringsforløbet

Borgerne er overordnet set tilfredse med det rehabiliteringsforløb, som de modtager. I telefoninterviewene svarer 79 pct., at de enten er meget tilfredse eller tilfredse med rehabiliteringsforløbet.

Borgerne fra telefoninterviewene oplever desuden, at rehabiliteringsforløbet passer til deres behov. Konkret svarer 76 pct. af borgerne i telefoninterviewene, at rehabiliteringsforløbet i høj eller meget høj grad passer til deres behov. 67 pct. af borgerne fra telefoninterviewene oplever i forlængelse heraf, at de er blevet inddraget og lyttet til undervejs i deres rehabiliteringsforløbet.

Flere af borgerne, som har deltaget i de kvalitative dybdeinterviews, beretter om, at medarbejderne fra den private leverandør tager hensyn til deres ønsker og behov. Det gør de eksempelvis ved at tilpasse deres køreplan, så besøgene ligger på tidspunkter og dage, der passer borgeren bedst, eller ved at holde pause under træningen, når det var nødvendigt for borgeren. Størstedelen af borgerne fra de kvalitative dybdeinterviews oplyser, at de er glade for de medarbejdere, der kom i deres hjem, og enkelte lægger særlig vægt på kontinuiteten i medarbejderne under rehabiliteringsforløbet, som en positiv oplevelse.

Borgernes mål for rehabiliteringsforløbet

Borgernes mål for rehabiliteringsforløbet bliver oftest fastsat i samråd med fagpersoner, dvs. typisk de rehabiliteringsterapeuter, der er involveret i udredningen af borgeren. Det er tilfældet for 53 pct. af de adspurgte borgere i telefoninterviewene, mens 15 pct. af borgerne fik fastsat målene af en fagperson uden borgerens deltagelse.

79 pct.

af borgere er overordnet meget tilfredse/tilfredse med deres rehabiliteringsforløb.

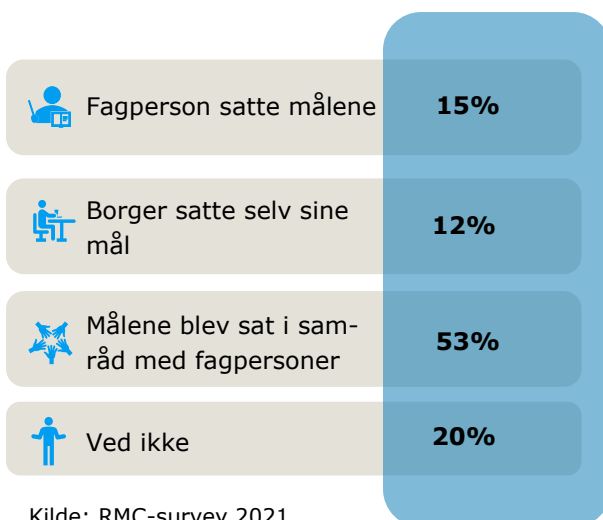
14 pct.

af borgerne er overordnet utilfredse/meget utilfredse med deres rehabiliteringsforløb.

"I starten kunne jeg ikke holde til ret meget træning, men der blev lyttet når jeg sagde, det var nok. Hun kunne se det på mig. De fysioterapeuter der, de har styr på det hele."

- Borger fra de kvalitative interviews, der har valgt privat leverandør.

Figur 4-1: Hvem satte mål for rehabiliteringsforløbet?



Kilde: RMC-survey 2021
Base: N= 66 borgere

Det er hensigten, at målene for et rehabiliteringsforløb sker i dialog mellem en fagperson og borgeren. Flere af borgerne fra telefoninterviewene har svært ved at erindre, hvorvidt de har fået fastsat mål i rehabiliteringsforløbet og i så fald hvem, der har fastsat dem. 20 pct. af borgerne fra telefoninterviewene ved ikke hvem, der fastsatte målene for deres rehabiliteringsforløb. Det kan indikere, at de ikke oplever at have været involveret i fastlæggelsen af målene.

Enkelte af borgerne fra de kvalitative dybdeinterviews fortæller, at de sammen med visitator eller en fagperson i hjemmet har fastsat mål om eksempelvis at kunne varetage personlig pleje og praktiske opgaver selv. Andre borgere fra de kvalitative dybdeinterviews oplever, at de slet ikke har fået fastsat mål. Fagpersoner fortæller også, at nogle borgere er kognitivt udfordrede og derfor har vanskeligt ved at forholde sig til mål og delmål.

Borgersens oplevelse af samarbejdet mellem privat og kommunal leverandør

Borgere, der tidligere har haft en privat/kommunal leverandør til hjemmeplejeydelser og dernæst modtager et rehabiliteringsforløb hos en anden leverandør, er i telefoninterviewene også blevet spurgt til deres oplevelse af overgangen fra én leverandør til en anden. 14 pct. af borgerne oplever, at overgangen fra den ene leverandør til den anden var god. Dog svarer 69 pct. "hverken eller" til dette spørgsmål. I de uddybende svar til spørgsmålet tyder det på, at det er et resultat af, at langt de fleste borgere ikke oplever en mærkbar forskel på overgangen fra kommunal til privat leverandør og omvendt. Det bør dog bemærkes, at flere af borgerne i telefoninterviewene havde vanskeligt ved at skelne mellem den private og kommunale leverandør, hvilket kan påvirke dette billede.

"Jeg er glad for begge leverandører. Det er hip som hap, hvem jeg har og jeg er tilfreds med begge."

- Borger fra telefoninterviewene.

Borgere fra de kvalitative dybdeinterviews oplever desuden, at samarbejdet mellem kommunen og den private leverandør fungerer godt. Her fortæller borgerne, at de ikke har oplevet uoverensstemmelser mellem de to leverandører, og at de i tilfælde af, at der har været uoverensstemmelser, ikke har lagt mærke til det.

En borgers oplevelse af det tværfaglige samarbejde mellem kommunale og private leverandører

En borger fortæller, at samarbejdet mellem den kommunale og private leverandør fungerer særligt godt, når den kommunale rehabiliteringsterapeut er til stede hjemme hos borgeren sammen med de private social- og sundhedshjælpere. Her viser terapeuten social- og sundhedshjælperne, hvordan de fx. skal gå med borgeren i gangvogn, så rehabiliteringsforløbet er koordineret. Borgeren oplever, at et sådant samarbejde er særligt trykkeskabende i rehabiliteringsforløbet.

4.2 Borgernes oplevede udbytte af rehabiliteringsforløbet

Analysen i kapitel 3 viser, at der sker forbedringer i borgernes funktionsevne og livskvalitet efter, at de har deltaget i et rehabiliteringsforløb. I de nedenstående afsnit udfoldes borgernes egne oplevelser af deres udbytte af at deltage i et rehabiliteringsforløb, herunder deres oplevelse af om de har forbedret deres funktionsevne samt livskvalitet, humør og deltagelse i sociale fællesskaber.

Borgernes funktionsevne

Generelt oplever størstedelen af de interviewede borgere på tværs af kommunale og private leverandører, at deres rehabiliteringsforløb har hjulpet dem til at klare flere ting i hverdagen. 62 pct. af borgerne i telefoninterviewene oplever dette i enten meget høj eller høj grad. Borgerne fortæller, at de efter rehabiliteringsforløbet kan klare flere praktiske opgaver som fx madlavning og rengøring. Flere behøver efter rehabiliteringsforløbet ikke længere hjælp til bad eller anden personlig pleje og andre fortæller, at de efter rehabiliteringsforløbet selv kan gå ture. 65 pct. fortæller også, at de er blevet enten bedre eller lidt bedre til at bevæge sig som følge af deres forløb.

"Jeg har ikke hjemmehjælp nu. Jeg kan selv vaske op og sørge for de ting, jeg tidligere havde hjemmehjælp til. Jeg er blevet mere mobil."

- Borger fra telefoninterviewene.



Dette billede af rehabiliteringsforløbene gør sig også gældende i de kvalitative dybdeinterviews. Flere fortæller her, at rehabiliteringsforløbet har hjulpet dem til at kunne klare flere ting selv, eksempelvis at skrælle grøntsager, gå ture eller tage støttestrømper af og på. Disse resultater er i overensstemmelse med resultaterne om virkningen af rehabiliteringsforløbene, som blev præsenteret i kapitel 3, der ligeledes viste, at borgerne forbedrer deres funktionsevne som følge af et rehabiliteringsforløb. Det skal dog nævnes, at der er tale om to forskellige borgergrupper, da det kun er borgere, der har valgt en privat leverandør, der indgår i progressionsmålingerne, mens det er borgere, der enten har valgt en privat eller kommunal leverandør, der indgår i telefoninterviewene.

Borgernes livskvalitet, humør og deltagelse i sociale fællesskaber

Over halvdelen af borgerne i telefoninterviewene oplever, at rehabiliteringsforløbet har forbedret deres livskvalitet. Af Figur 4-2: Oplever du forbedret livskvalitet, socialt fællesskab og forbedret humør som følge af den rehabiliterende indsats? fremgår det, at 52 pct. af borgerne i enten meget høj eller høj grad oplever forbedret livskvalitet, socialt fællesskab og forbedret humør som følge af den rehabiliterende indsats. Flere påpeger COVID-19-nedlukningen som årsag til, at de ikke har fået det fulde udbytte af deres rehabiliteringsforløb eller opnået en øget livskvalitet. Herudover oplever nogle af borgerne, at deres tilstand forværres undervejs i et rehabiliteringsforløb som følge af sygdom eller andre lidelser, der ikke direkte kan henføres til rehabiliteringsforløbet.

29 pct. af borgerne i telefoninterviewene svarer, at de i mindre grad eller slet ikke har opnået et bedre socialt fællesskab efter deres rehabiliterende forløb. Flere borgere i telefoninterviewene uddybde dette med, at nedlukningen i forbindelse med COVID-19 har gjort det vanskeligere for dem at se andre samt at deltage i fælles, rehabiliterende aktiviteter. Det er derfor ikke muligt med denne evaluering at afgøre, om rehabiliteringsforløbet kan eller ikke kan styrke borgerens mulighed for at deltage i sociale fællesskaber. Selvom borgerne således kan have oplevet at have forbedrede forudsætninger for at deltage i sociale fællesskaber, har det således ikke været muligt at nyttiggøre disse forudsætninger.

Figur 4-2: Oplever du forbedret livskvalitet, socialt fællesskab og forbedret humør som følge af den rehabiliterende indsats?

	I meget høj grad	I høj grad	Hverken eller	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
 Oplever du en forbedring af din livskvalitet som følge af den rehabiliterende indsats?	26 pct.	26 pct.	15 pct.	11 pct.	17 pct.	6 pct.
 Oplever du et bedre socialt fællesskab som følge af den rehabiliterende indsats?	3 pct.	12 pct.	32 pct.	8 pct.	21 pct.	24 pct.
 Oplever du et forbedret humør som følge af den rehabiliterende indsats?	15 pct.	30 pct.	26 pct.	8 pct.	12 pct.	9 pct.

Kilde: RMC-survey 2021
Base: N= 66 borgere.

"Forløbet blev afbrudt pga. Corona og derfor nåede jeg ikke at opnå de ønskede effekter. Tilbuddet er virkelig godt ellers, så derfor er det ikke en kritik af personale mv. Det var kun Corona, der ødelagde udbyttet."

- Borger fra telefoninterviewene.

Trods COVID-19 oplever flere af de adspurgte borgere i telefoninterviewene dog, at de har fået et forbedret humør som følge af rehabiliteringsforløbet. 45 pct. af borgerne svarer, at de enten i meget høj eller i høj grad har opnået et forbedret humør efter rehabiliteringsforløbet. Generelt roser borgerne rehabiliteringsforløbet, og mange uddyber, at forløbet har fungeret godt, at medarbejderne har været venlige, og at det i høj grad har hjulpet dem til at kunne klare sig selv bedre i hverdagen.

"Det er meget vigtigt for mig, at jeg kan klare mig selv, hvorfor det er rigtig dejligt, at jeg har fået hjælpemidler til det. Jeg har ikke manglet noget, det er nogle så søde mennesker, der har hjulpet mig - og jeg er 100% tilfreds med mit forløb. Jeg kan ikke sætte en finger på noget."

- Borger fra telefoninterviewene.

"Humøret er blevet bedre. Hvis jeg nu ikke havde fået det tilbud, så kunne jeg ikke se, hvordan jeg skulle kunne klare mig."

- Borger fra de kvalitative dybdeinterviews.

4.3 Borgernes oplevelse af det frie valg

Det varierer, om borgerne oplever at blive tilbudt frit valg af leverandør i forbindelse med visitation til et rehabiliteringsforløb, samt hvorfor borgerne vælger privat leverandør. Nedenfor udfoldes, hvordan borgerne oplever at blive informeret om muligheden for frit valg samt de forskellige årsager, der ligger bag deres valg af privat leverandør.

Informationen om det frie valg

Det er selvsagt centralt for styrkelsen af borgernes frie valg, at borgerne har kendskab til muligheden for frit valg af leverandør i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. 53 pct. af de adspurgte borgere i telefoninterviewene oplever, at de fik præsenteret muligheden for frit valg af leverandører i forbindelse med visitationen til deres rehabiliteringsforløb. Det betyder også, at knap halvdelen af de interviewede borgere ikke oplever, at de blev præsenteret for muligheden for frit valg, i forbindelse med visitationen til rehabiliteringsforløbet. Dette kan dels afspejle, at kommunerne ikke systematisk får informeret borgerne om muligheden for det frie valg, dels at borgerne i situationen ikke har haft fokus på præsentationen af muligheden for frit valg, da de har stået i en kaotisk situation, hvor de har oplevet et større tab af deres funktionsevne, hvorfor det i den situation kan være vanskeligt at forholde sig til præsentationen af det frie valg. Derudover er nogle borgere konfuse i denne situation, og kan derfor efterfølgende have svært ved at huske, at de blev præsenteret for muligheden for frit valg under visitationen eller på sygehuset. Endelig kan der være borgere, der i forbindelse med valg af leverandør til hjemmehjælp efter § 83 er blevet præsenteret for muligheden for frit valg af leverandør, og ved visitation til rehabilitering automatisk er blevet tildelt den samme leverandør²⁹. Dette valg kan dog ligge flere år tilbage og derfor kan borgere have vanskeligt ved at erindre det. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at selvom kommunerne ikke lovmæssigt er forpligtede til at tilbyde borgere frit valg af leverandør i forhold til § 83 a, bor alle de interviewede borgere i kommuner, som har frit valg af leverandør til rehabilitering.

53 pct.

af borgerne oplever, at de har frit valg i forhold til § 83 a

For de borgere, der oplever at være blevet præsenteret for et frit valg, varierer det, på hvilken måde og fra hvem de har opnået kendskab til muligheden for frit valg af leverandør. I telefoninterviewene er det 69 pct. af borgerne, der via visitatorer har fået information om muligheden for frit valg og/eller kendskab til, hvilke leverandører borgeren kan vælge imellem. 12 pct. er blevet informeret om muligheden for frit valg via sygehuspersonale i forbindelse med en hospitalsindlæggelse. 36 pct. af borgerne er enten blevet informeret om muligheden for frit valg gennem venner, familie og andre bekendte eller har selv opsøgt informationen på kommunens hjemmeside. Enkelte har opnået information om det frie valg fra de hjemmehjælpere, der allerede kom i hjemmet.

Et lignende billede for informationstildelingen tegner sig blandt de borgere, der har deltaget i de kvalitative dybdeinterviews. Her fortæller de interviewede borgere om, at de er blevet introduceret til muligheden for det frie valg enten ved visitationen, ved udskrivelse fra sygehus eller gennem venner og bekendte. Hvis borgeren er blevet introduceret til muligheden ved visitationen eller gennem sygehuspersonale, varierer det dog, hvorvidt de alene er blevet informeret om muligheden for at vælge frit, eller om de har modtaget yderligere informationer om de tilgængelige leverandører. Enkelte borgere fortæller, at de på sygehuse alene er blevet informeret om, at de frit kan vælge en privat eller kommunal leverandør, mens andre borgere ved visitation har fået en pjece eller brochure med information om leverandørerne.

"Der sad en oppe fra kommunen her ved mit bord. Så kunne jeg selv vælge. Hun havde brochurer med fra alle leverandørerne."

- Borger fra kvalitative dybdeinterviews.

²⁹ I nogle af de deltagende kommuner i forsøgsordningen er dette praksis.

Årsager til valg af leverandør

Årsagerne til valget af den anvendte leverandør varierer blandt de adspurgte borgere i telefoninterviewene. For de borgere, der har valgt en privat leverandør, er årsagen som oftest et ønske om kontinuitet i forhold til besøgstidspunkter samt de medarbejdere, der møder dem i hjemmet. Andre borgere fremhæver muligheden for tilkøb af ekstra ydelser eller tidligere utilfredshed med den kommunale leverandør som en årsag til valg af den private leverandør. For flere borgere beror valget af leverandør dog også på muligheden for at få samme leverandør som ved andre ydelser (hjemmeplejen), eller på grund af et bedre kendskab til den valgte leverandør.

"Men jeg er mere tryk ved, at det hele (alle ydelserne, red.) er samlet nu. Der er en bedre sammenhæng nu, hvor det hele er hos kommunen."

- Borger fra telefoninterviewene.

For en tredjedel af borgerne i telefoninterviewene var det i meget høj eller høj grad væsentligt selv at kunne vælge leverandøren. Disse borgere udfolder dette svar med, at frit valg af leverandør giver dem mulighed for selvbestemmelse. Det er særligt vigtigt for de borgere, der oplever, at deres selvbestemmelse bliver reduceret i takt med eksempelvis øget hjælp fra andre.

"Det er rart, man selv kan vælge, så bestemmer man selv, hvad man vil. Også at man føler, man har lidt at sige endnu."

- Borger fra telefoninterviewene.

41 pct

af borgerne oplever, at det i mindre grad/slet ikke var vigtigt for dem selv at kunne vælge leverandør.

31 pct.

af borgerne oplever, at det i meget høj grad/høj grad var vigtigt for dem selv at kunne vælge leverandør.

Borgerne fra de kvalitative dybdeinterviews fortæller, at deres valg af leverandør primært er baseret på et tidligere kendskab til leverandøren gennem hjemmeplejeydelser eller på bekendtes fortællinger om leverandøren.

Enkelte borgere i de kvalitative dybdeinterviews oplevede ikke, at det var væsentligt for dem selv at kunne vælge leverandør. Én borger begrundede dette med manglende kendskab til de alternative leverandører. Andre borgere fortæller i de kvalitative dybdeinterviews, at de ikke ved, hvilken leverandør der bedst passer til deres behov, hvorfor de træffer deres valg af leverandør mere eller mindre tilfældigt.

"Jeg har aldrig hørt om det før. Det var den morgen, jeg ringede ind til kommunen, hvor de sagde, at der var frit valg, om jeg vil vælge dem eller en privat. Jeg kan ikke sige dig, hvorfor jeg valgte de private. Det er nok fordi, man hører nogle historier om den kommunale hjemmepleje, som ikke er så gode. Det var helt tilfældigt."

- Borger fra de kvalitative dybdeinterviews.



DEL 2

ORGANISATORISKE PERSPEKTIVER PÅ SAMARBEJDE OM REHABILITERINGSFORLØB

OPSUMMERING OG DELKONKLUSION

Del 2 analyserer og udfolder, hvilke samarbejdsmodeller som de kommunale og private leverandører etablerer, samt hvad der understøtter et velfungerende samarbejde om rehabiliteringsforløb mellem leverandører.

Resultater i kapitel 5 er baserede på kvalitative interview med projektledere, ledere og medarbejdere fra den kommunale og private leverandør og viser overordnet:

- På tværs af projekterne i denne evaluering kan identificeres to typer af samarbejdsmodeller; samarbejdsmodel 1, hvor den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet og samarbejdsmodel 2, hvor den private leverandør varetager hele forløbet.
- Samarbejdsmodel 1 er den mest anvendt i projekterne
- Organiseringen af samarbejdsmodel 1 gør det nemmere at sikre et ensartet rehabiliteringsforløb uanset leverandør, da de gennemgående kommunale rehabiliteringsterapeuter og sygeplejersker er med til at understøtte en ensartet praksis uanset leverandør.
- Samarbejdsmodel 2 nødvendiggør, at den private leverandør selv har ansat faggrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker.

De syv projekter i forsøgsordningen har alle etableret og afprøvet en samarbejdsmodel mellem en kommunal og en eller flere private leverandører. Evalueringen peger på en række opmærksomhedspunkter med samarbejdsmodel 2, hvor den private leverandør selvstændigt overtager rehabiliteringsforløbet så snart en borger er visiteret og har valgt den private leverandør. Hvis en kommune ønsker at etablere et samarbejde, som er organiseret efter samarbejdsmodel 2, stiller det kontraktkrav til leverandørerne i forhold til at have ansat relevante faggrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter eller sygeplejersker. Det stiller samtidig krav til leverandørmarkedet i forhold til at have leverandører, som kan leve op til disse krav. Dertil kommer, at der i modsætning til samarbejdsmodel 1 ikke er en løbende sparring på tværs af den kommunale og private leverandør, hvilket kan have en betydning for en manglende ensretning af rehabiliteringstilbuddet.

Med udgangspunkt i analysen vurderer Rambøll derfor, at samarbejdsmodel 1 kan have en fordel, hvis det er nyt for den private leverandør at tilbyde rehabiliteringsforløb, da den tætte kontakt med rehabiliteringsterapeuter fra kommunen er med til at understøtte løbende faglig sparring og at samarbejdsmodel 2 kan være sværere at realisere i praksis, sammenlignet med samarbejdsmodel 1, da den stiller krav til, hvilke faggrupper, de private leverandører skal have ansat.

Analysen om borgernes oplevelser af samarbejdet mellem de private og kommunale leverandører (kapitel 0) tyder ikke på, at type af samarbejdsmodel har betydning for deres oplevelse. Dog skal det understreges, at der som bekendt kun er to kommuner, der har afprøvet samarbejdsmodel 2, og derfor er der begrænsede erfaringer med denne.

Resultater i kapitel 6 er baserede på kvalitative interview med projektledere, ledere og medarbejdere fra den kommunale og private leverandør og viser overordnet:

Organisatoriske drivkræfter for samarbejdet

- På tværs af de syv projekter kan der identificeres en række organisatoriske drivkræfter, der understøtter samarbejdet på tværs af kommunal og privat leverandør. De organisatoriske drivkræfter indbefatter 1) et godt samarbejde på ledelsesniveau mellem kommunal og privat leverandør, 2) et højt kommunikationsniveau, der sikrer at relevante oplysninger deles, 3) få ansvarliggjorte kontaktpersoner i kommunerne, der sikrer en nem adgang til kommunen for de private leverandører, 4) en tovholderfunktion, der understøtter koordination og fremdrift, 5) fælles aktiviteter på tværs af kommunal og private leverandører, der sikrer gensidigt kendskab og 6) tydeligt definerede arbejdsgange, der understøtter overblik over roller og opgaver på tværs af kommunal og privat leverandør

Forudsætninger for det frie valg

- Det er væsentligt for det frie valg af rehabilitering, at der er et ensartet rehabiliteringstilbud på tværs af leverandører, hvilket kan understøttes af, at de private leverandører har mulighed for at deltage i eksempelvis kurser og kompetenceudvikling, der afvikles i kommunalt regi.
- En yderligere forudsætning for det frie valg er, at der er private leverandører. Det kræver, at der er en tilstrækkelig borgervolumen, for at det økonomisk kan betale sig for den private leverandør at tilbyde rehabilitering som en del af deres ydelseskatalog.

Størstedelen af kommunerne, der indgår i denne evaluering, havde forud for deres deltagelse i forsøgsordningen et eksisterende samarbejde med private leverandører om rehabilitering. Det betyder, at der allerede eksisterede en platform for samarbejdet og et kendskab til hinanden på tværs.

På tværs af projekterne er der særligt to forhold, der driver samarbejdet. Det første handler om organisering af samarbejdet, herunder at der er klart definerede beskrivelser af arbejdsgange i rehabiliteringsforløbet samt en beskrivelse af, hvem hos den kommunale eller private leverandør, der bærer ansvaret for de forskellige opgaver i rehabiliteringsforløbet. Det er en afgørende forudsætning for, at samarbejdet kan eksistere i praksis. Dette er projekterne i høj grad lykkedes med at beskrive og definere. Det andet forhold, der har særlig betydning for samarbejdet, er det interpersonelle kendskab på tværs af medarbejdere og ledere hos henholdsvis den private og kommunale leverandør. Det at kende hinanden på tværs er med til at afmystificere og nedbryde eventuelle fordomme om hinanden. De projekter, der har haft et eksplicit fokus på fx at afvikle kompetenceudvikling på tværs af den kommunale og private leverandør, er i særlig grad lykkedes med det.

5. ORGANISERING AF SAMARBEJDET

Et centralt undersøgelsesspørgsmål i evalueringen er at afdække, hvilke samarbejdsmodeller kommuner og private leverandører har udviklet og afprøvet i samarbejdet om rehabiliteringsforløb efter § 83 a samt erfaringerne med disse samarbejdsmodeller. Dette udfoldes i dette kapitel.

I dette kapitel rammesættes centrale elementer i organiseringen af samarbejdsmodellerne samt betalingsmodeller.

5.1 Hvordan samarbejder kommunerne og de private leverandører?

Dette afsnit beskriver, hvordan kommunerne har organiseret samarbejdet med de private leverandører om rehabilitering i forhold til samarbejdsmodel og i forskellige faser af et rehabiliteringsforløb, fra visitation til afslutning. Her ses især en variation i, om den private leverandør varetager *hele* eller *dele* af forløbet. Samme variation findes i en tidligere kortlægning³⁰ af samarbejde med private leverandører om rehabilitering. I de udvalgte casekommuner, der indgår i den tidligere kortlægning, er den mest udbredte samarbejdsmodel en samarbejdsmodel, hvor den private leverandør varetager udvalgte dele af rehabiliteringsforløbet, hvilket ligeledes er tilfældet blandt de syv kommuner i denne evaluering. De to typer af samarbejdsmodeller er nærmere udfoldet i det nedenstående.



Visitation til rehabiliteringsforløb

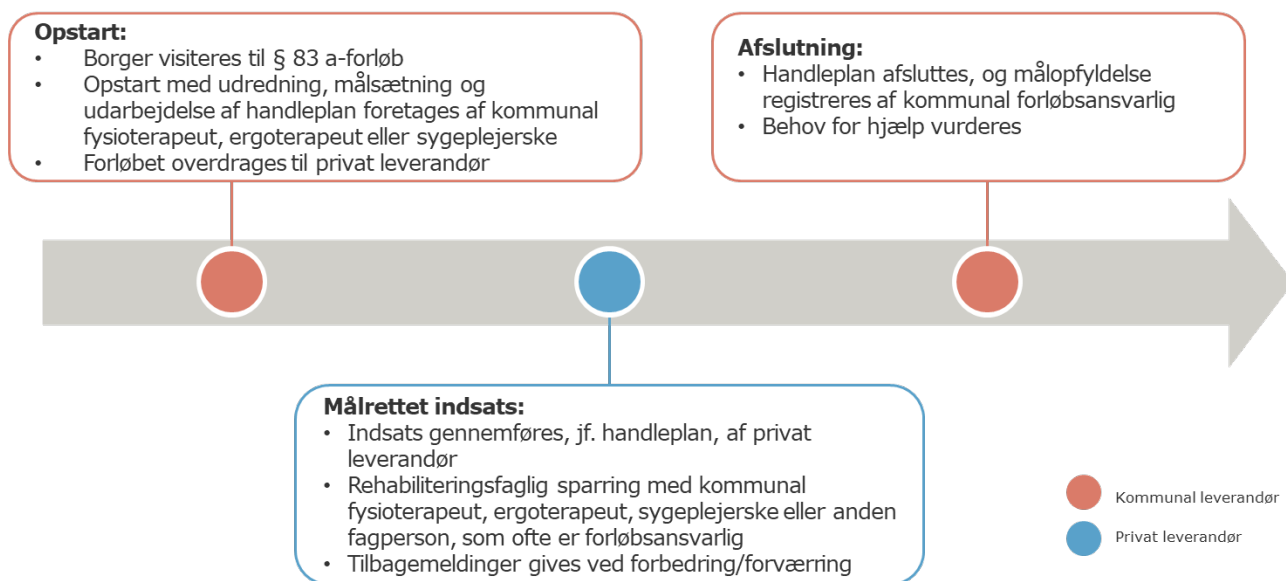
Selve visitationen til rehabiliteringsforløbet varetages altid af en visitator i kommunen, jævnfør servicelovens § 3. Visitationen vil i udgangspunktet sætte et overordnet mål for rehabiliteringsforløbet, som typisk bliver specificeret yderligere af en forløbsansvarlig rehabiliteringsterapeut eller sygeplejerske i forbindelse med opstarten af rehabiliteringsforløbet. Det vil ligeledes være en visitator, der ved afslutning af forløbet træffer afgørelse om borgerens behov og mulighed for eventuel yderligere hjælp efter § 83.

Samarbejdsmodel 1: Den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet

I denne samarbejdsmodel er der et løbende samarbejde mellem kommune og privat leverandør om rehabiliteringsforløbet. Det vil ofte være en kommunal fysioterapeut, ergoterapeut eller sygeplejerske, der opstarter og afslutter forløbet, mens social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere fra den private leverandør er udførende i forløbet. Denne samarbejdsmodel er illustreret i Figur 5-1. Det er den samarbejdsmodel, der anvendes af flest af de deltagende kommuner. Den benyttes af Frederikssund, Esbjerg, Struer, Syddjurs og Ringsted Kommune.

³⁰ Rambøll, 2019: Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a.

Figur 5-1: Rehabiliteringsforløb, hvor private leverandører varetager dele af forløbet



I denne samarbejdsmodel er det oftest kommunale fysioterapeuter, ergoterapeuter og i nogle tilfælde sygeplejersker, der er forløbsansvarlige og driver rehabiliteringsforløbene, mens de private leverandører er udførende ved at støtte borgeren til at nå de opstillede mål for forløbet. I forbindelse med opstarten af forløbet udarbejder den forløbsansvarlige en udredning. Udredningen bidrager til målsætningen i dialog med borgeren og en handleplan for, hvordan leverandøren understøtter borgeren i at nå sine mål. Udredning og målsætning kan ligeledes foregå i samarbejde med borgerens faste social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt andre relevante faggrupper afhængig af borgerens problematikker.

“De [forløbsansvarlig] fortæller, hvad de har gennemgået med borgeren, hvilken plan de har lagt med borgeren, og så er det vores opgave at følge den plan.”

-Social- og sundhedshjælper, privat leverandør.

Interviewene med projektledere og medarbejdere i de fem kommuner viser, at involvering af de private leverandører i udredningen og målsætningen varierer mellem kommunerne og afhænger af kompleksiteten i borgerens behov. I nogle af kommunerne, fx Struer og Syddjurs Kommune kan den private leverandør blive involveret i udredningen og målsætningen på tværfaglige udredningsmøder i forløb, hvor flere faggrupper er inde over. Det kan ifølge rehabiliteringsterapeuter eksempelvis være en borger, som tidligere har modtaget personlig pleje eller praktisk hjælp hos den private leverandør, og hvor medarbejderens kendskab til og indblik i borgerens hverdag kan være værdifuldt for den forløbsansvarlige, når de laver udredningen og udarbejder en handleplan for rehabiliteringsforløbet.

“En borger kan sagtens sige til mig, at de godt kan gå i bad, men når hjælperen så er med, så kan hun se, at det kan de ikke i dagligdagen. [...] hjælperne har en viden, om der fx er noget alkohol, ernæring eller noget i den dur, som der skal tages højde for. Så det gode forløb kommer jo kun af, at alle bliver spillet gode, og hjælperne vil altid kende borgeren bedre end vi gør.”

-Rehabiliteringsterapeut, kommunal leverandør.

I Syddjurs Kommune afholder de forløbsansvarlige i forbindelse med udredning et opstartsmøde hos borgeren sammen med den faste social- og sundhedshjælper fra den private leverandør. Her drøfter og forventningsafstemmer den forløbsansvarlige, den faste hjælper og borgeren, hvad borgeren kan, hvilke mål de arbejder efter, og hvordan den forløbsansvarlige og hjælperne kan understøtte borgeren i at arbejde hen mod disse mål. Derudover har den forløbsansvarlige mulighed for at vise både borgeren og den faste hjælper, hvordan konkrete øvelser udføres, eller hvordan et hjælpemiddel anvendes. Det bidrager ifølge den forløbsansvarlige og medarbejderne til en velkoordineret indsats, hvor alle involverede parter arbejder i samme retning.

Når den målrettede indsats er i gang, bidrager den forløbsansvarlige typisk løbende med faglig sparring til medarbejdere hos den private leverandør. Den faglige sparring kan både være efter en fast struktur eller efter behov. I Ringsted Kommune vejleder rehabiliteringsterapeuterne eksempelvis medarbejderne fra den private leverandør på ugentlige møder ude hos den private leverandør, hvor borgere i rehabiliteringsforløb drøftes, og de kommunale rehabiliteringsterapeuter kan give input til, hvordan medarbejderne kan arbejde med borgerens mål. Derudover er det i alle kommuner med denne samarbejdsmodel muligt at kontakte den forløbsansvarlige, hvis der undervejs opstår behov for sparring. I sådanne tilfælde kan borgeren enten drøftes over telefonen, eller der kan aftales et fælles besøg hos borgeren.



Afprøvning af klippekortsordning og hjemmetrænere i Struer Kommune

I Struer Kommune har de i projektperioden afprøvet en klippekortsordning og uddannet en gruppe social- og sundhedsassistenter hos både den kommunale og private leverandør som hjemmetrænere. Hjemmetrænerne har fået ekstra kompetenceudvikling og viden om rehabilitering. Den oprindelige tanke med hjemmetrænerne var, at de primært skulle varetage rehabiliteringsforløb. Hos den private leverandør har de dog valgt en anden struktur, hvor hjemmetrænerne i stedet har ansvar for at lære social- og sundhedshjælperne op inden for rehabilitering. Denne struktur er valgt, da de er for få medarbejdere til at sikre, at det altid er en hjemmetræner, der varetager rehabilitering og samtidig er det ud fra et kontinuitetshensyn, hvor de ønsker at fastholde de faste hjælpere der kender borgeren under rehabiliteringsforløbet.

Til at oplære social- og sundhedshjælperne anvender den private leverandør det afprøvede klippekort, som giver mulighed for at anvende yderligere to gange 15 minutter om ugen under rehabiliteringsforløbet. Klippekortet var tiltænkt hjemmetrænerne til oplæring, øvelser i dokumentation, ekstra tid til at tale med borger, afprøve aktiviteter med borgeren mv., og derudover måtte det ikke anvendes som en udvidelse af ydelsen. Erfaringerne med klippekortet er, at det indledningsvist var uklart for medarbejderen, hvad klippekortet kunne anvendes til, og derfor er klippekortet heller ikke anvendt i det tiltænkte omfang hos hverken den kommunale eller private leverandør.

Som led i projektet har flere af kommunerne udpeget enkelte forløbsansvarlige kommunale medarbejdere til rehabiliteringsforløb hos de private leverandører. Det har haft den fordel, at der er opbygget gode relationer mellem den eller de udpegede kommunale forløbsansvarlige og medarbejderne fra de private leverandører, hvilket har styrket samarbejdet og gjort det nemt og trygt for medarbejderne at række ud til den forløbsansvarlige undervejs. Dog peger flere af de interviewede projektledere, ledere og medarbejdere i Syddjurs og Esbjerg Kommune på, at der som led i forankringen af projektet vil tilknyttes flere forløbsansvarlige til rehabiliteringsforløbene hos de private leverandører. Dette skal sikre, at organiseringen bliver mindre sårbar over for sygdom eller udskiftninger blandt de forløbsansvarlige, og at de forløbsansvarliges arbejdsdag kan tilrettelægges mere

effektivt ved, at de fx dækker et afgrænset geografisk område i kommunen frem for hele kommunen.

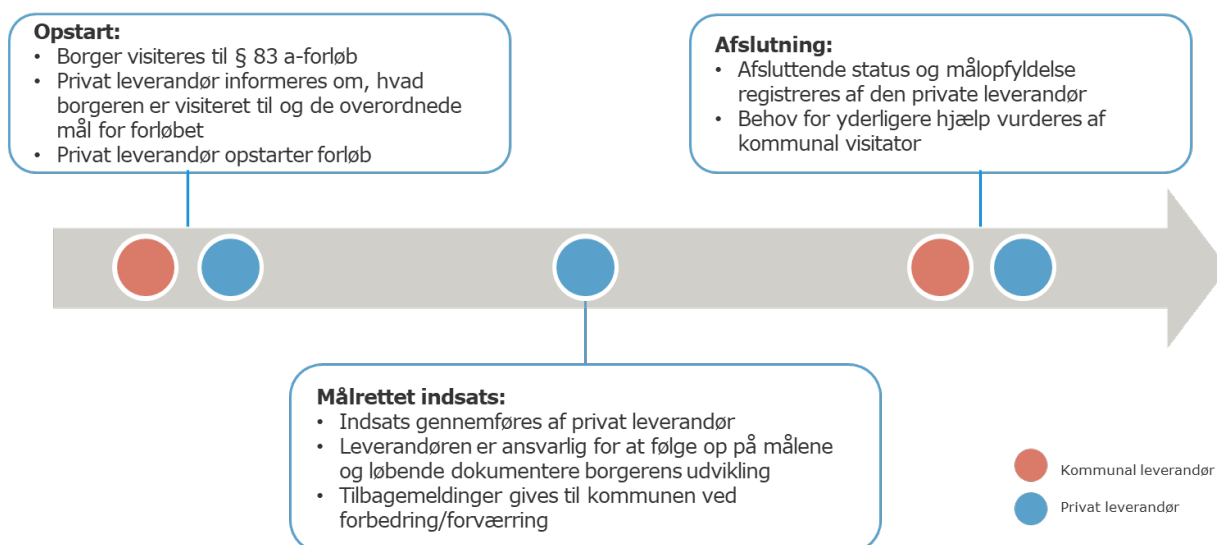
Organiseringen af samarbejdsmodellen, hvor den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet, ligner grundlæggende den måde, kommunerne selv har organiseret deres rehabiliteringsforløb på. Det vil sige, at der ved valg af en kommunal leverandør ligeledes vil være en forløbsansvarlig, som varetager opstart og afslutning, mens medarbejdere fra den kommunale hjemmepleje er udførende i forløbet med sparring fra den forløbsansvarlige. Den ensartede tilgang til organisering af samarbejdsmodellen begrundes af projektledere, ledere og medarbejdere fra kommunerne med, at borgeren skal have det samme tilbud uanset valg af leverandør.

I forlængelse af dette peger projektledere, ledere og rehabiliteringsterapeuter i kommunerne på, at denne samarbejdsmodel er en fordel, hvis man ønsker et ensartet tilbud på tværs af leverandører. Projektledere, ledere og medarbejdere fra både kommunen og de private leverandører underbygger dette med, at de gennemgående kommunale rehabiliteringsterapeuter og sygeplejersker betyder, at det er nemmere at sikre et ensartet tilbud på tværs af leverandører, da de understøtter en ensartet praksis uanset leverandør. Samtidig peger både ledere og medarbejdere fra kommunerne og de private leverandører på, at det er værdifuldt at have en tæt sparring på tværs, og at de kommunale rehabiliteringsterapeuter og sygeplejersker ofte har et større overblik over de kommunale faggrupper, der er mulighed for at trække på i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Omvendt peger medarbejderne fra kommunerne og de private leverandører på, at en svaghed ved denne samarbejdsmodel er, at det tætte samarbejde kræver mere koordination. Medarbejdere hos kommunerne og de private leverandører fortæller, at de oplever, at koordinationen kan blive udfordret i form af lange kommunikationsveje, hvis der eksempelvis anvendes forskellige it-systemer til planlægning.

Samarbejdsmodel 2: Den private leverandør varetager hele rehabiliteringsforløbet

Denne samarbejdsmodel anvendes i Odense og Vejle Kommune. I Odense Kommune er der som led i projektet ansat to ergoterapeuter hos den private leverandør. Her overtager den private leverandør forløbet, efter visitatoren har sat et overordnet mål for forløbet, og varetager herefter hele forløbet frem til afslutning. I Vejle Kommune kan den private leverandør ligeledes varetage hele forløbet, men i forbindelse med projektet, som fokuserer på rehabilitering vedrørende af- og påtagning af støttestrømper, er der et samarbejde med kommunale sygeplejersker. Samarbejdsmodellen er illustreret i Figur 5-2.

Figur 5-2: Rehabiliteringsforløb, hvor den private leverandør varetager hele forløbet



I denne samarbejdsmodel foregår der i udgangspunktet ikke et løbende samarbejde mellem kommune og privat leverandør om rehabiliteringsforløbet. Den kommunale visitator giver besked til den private leverandør om, at en borger er visiteret til et rehabiliteringsforløb, og hvad det overordnede mål for forløbet er. Herefter er det den private leverandør, der selvstændigt varetager forløbet, og som kun kontakter den kommunale visitation ved behov for ændringer i de visiterede ydelser. Det vil sige, at den private leverandør selv udarbejder udredning, målsætning, gennemfører den målrettede indsats og giver besked til en kommunal visitator, når borgerens forløb kan afsluttes.

Som led i forsøgsordningen er der dog i både Odense og Vejle Kommune et løbende udviklingsarbejde mellem kommune og privat leverandør om rehabiliteringsforløbene. I Odense Kommune samarbejder projektlederen, to ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere tættere i projektperioden, fordi det er et nyt samarbejde, der er etableret og dermed en ny praksis og arbejdsgange, der skal udvikles. Projektlederen mødes derfor med ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere fra den private leverandør på tværfaglige møder og i en arbejdsgruppe for at drøfte og tilpasse arbejdsgangene.

I Vejle Kommune er der ligeledes et tværfagligt samarbejde i projektet, hvor en ergoterapeut fra den private leverandør løbende udveksler erfaringer med en kommunal sygeplejerske. Det skyldes, at påtagning af støttestrømper er en sygeplejefaglig ydelse, hvormed de har et tættere samarbejde om af- og påtagning af støttestrømper, end det er tilfældet i andre rehabiliteringsforløb. I praksis igangsætter en ergoterapeut fra den private leverandør og en kommunal sygeplejerske rehabiliteringsforløbet på et fælles møde hos borgeren, hvor de sammen afklarer de rette hjælpemidler og aftaler, hvordan forløbet kan tilrettelægges bedst muligt. Herefter vil det være ergoterapeuten, der er forløbsansvarlig og som varetager afprøvning af påtagning, mens en social- og sundhedshjælper vil stå for aftagning.



Afprøvning af triageringsmodel i Odense Kommune

I Odense Kommune har de som led i projektet afprøvet en ny triageringsmodel, hvor borgerne kategoriseres i rød, gul og grøn efter borgerens funktionsevne. Selve triageringen af den enkelte borger foregår på et koordineringsmøde, som afholdes to gange ugentligt mellem en rehabiliteringsrådgiver (myndighed) samt en rehabiliteringsterapeut og leder fra den private leverandør.

Formålet med triageringsmodellen er at sikre, at ressourcerne i myndighed anvendes bedst muligt og samtidig give hurtigere udredning ved de enkle og ukomplicerede grønne forløb, hvor den private terapeut selvstændigt kan varetage udredningen. Det betyder i praksis, at den private leverandør varetager udredningen i 80 pct. af rehabiliteringsforløbene. Samtidig kan forløbene opstartes hurtigere, da de ikke er afhængige af, at der afholdes et tværfagligt udredningsmøde med repræsentanter fra myndighed og andre relevante faggrupper fra den kommunale leverandør.

Derudover har de i både Vejle og Odense Kommune afholdt tværfaglige møder en gang hver 14. dag, som giver mulighed for, at medarbejdere fra den private leverandør kan sparre og drøfte borgerforløb med faggrupper fra den kommunale leverandør. I Odense Kommune deltager en ergoterapeut, en leder og medarbejdere fra den private leverandør sammen med en rehabiliteringsrådgiver (myndighed) og efter behov sygeplejen eller rehabiliteringsterapeuter fra den kommunale leverandør. I Vejle Kommune deltager ergoterapeuter fra den private leverandør og repræsentanter fra sygeplejen. I kapitel 8 udfolder vi kommunernes brug af forskellige typer af tværfaglige møder og erfaringerne hermed.

Ifølge projektledere og ledere fra kommunerne og private leverandører er en styrke ved denne samarbejdsmodel, at det er den private leverandør, der varetager hele forløbet og ikke kun dele af det. Dermed har borgeren mulighed for et rehabiliteringsforløb uden inddragelse af faggrupper fra den kommunale leverandør. Samtidig peger ledere fra private leverandører på, at de oplever det som en tillidserklæring fra kommunen, når de indgår en samarbejdsaftale med denne samarbejdsmodel, og samtidig giver det en mulighed for at udvide deres opgaveportefølje.

En svaghed ved denne samarbejdsmodel er ifølge ledere fra private leverandører, at modellen kræver, at den private leverandør har ansat en rehabiliteringsterapeut og/eller sygeplejerske. Det vil ifølge ledere fra kommuner og private leverandører ikke være alle private leverandører, der har mulighed for dette, fordi det vil kræve et vist borgergrundlag. Det kræver dermed en vis volumen i antallet af rehabiliteringsforløb, for at denne samarbejdsmodel kan fungere.

5.2 Betalingsmodeller mellem kommune og privat leverandør

Et centralt element i samarbejdet mellem kommune og privat leverandør om rehabilitering er betalingsmodellen. I dette afsnit bliver det belyst, hvilke betalingsmodeller kommunerne gør brug af og har arbejdet med, samt hvilke overvejelser og erfaringer de har gjort sig med forskellige betalingsmodeller.

Overordnet kan der opstilles to idealtypiske betalingsmodeller: En aktivitetsbaseret betalingsmodel og en resultatbaseret betalingsmodel. Derudover kan der opstilles en kombinationsmodel, som afregner en del af betalingen med et grundbeløb og supplerer med en resultatbaseret andel³¹.

Alle de deltagende kommuner, på nær Vejle Kommune, anvender en aktivitetsbaseret betalingsmodel. Dog har Frederikssund Kommune kortvarigt i projektperioden afprøvet en resultatbaseret betalingsmodel. En aktivitetsbaseret betalingsmodel indebærer, at der afregnes med en fast pris for en klart defineret aktivitet. Der betales for den leverede aktivitet og ikke for de leverede resultater. Der er dermed økonomisk sikkerhed for, at den private leverandør får fuld betaling for den leverede aktivitet. I en aktivitetsbaseret betalingsmodel kan der ligge forskellige enheder til grund for betalingen. Der kan fx afregnes pr. time, pr. forløb, pr. pakke eller i form af en fast økonomisk ramme. Blandt de deltagende kommuner er der variation i, hvilken enhed de afregner efter. Den enhed, der afregnes efter, vil typisk svare til den styring og afregning, der ligeledes anvendes i den kommunale hjemmepleje.

I Ringsted Kommune afregnes den private leverandør efter en betalingsmodel, hvor den private leverandør modtager betaling efter såkaldte pakker, hvis størrelse afhænger af den enkelte borgers udgangspunkt og behov for rehabilitering. Her har medarbejderne hos den private leverandør mulighed for at få tildelt ekstra tid, hvis den tildelte pakke ikke er tilstrækkelig for at nå målsætninger for rehabiliteringsforløbet. Erfaringen er dog, at medarbejderne hos den private leverandør kun har begrænset kendskab til denne mulighed og derfor sjældent benytter den.

³¹ Læs mere om anvendte betalingsmodeller i samarbejdet om § 83 a i: Rambøll, 2019: Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a.



Afprøvning af resultatbaseret betalingsmodel i Frederikssund Kommune

Frederikssund Kommune har i projektperioden afprøvet en resultatbaseret betalingsmodel. Formålet med at afprøve en resultatbaseret betalingsmodel var at påvirke incitamentet hos de private leverandører og understøtte, at visitationen forbedrede deres kompetencer i forhold til at sætte mål for det enkelte rehabiliteringsforløb.

Derfor har de afprøvet en betalingsmodel, hvor den private leverandør afregnes efter målopfyldelse af de mål, som visitator i samarbejde med borgeren sætter. Visitator vurderer samtidig det forventede antal timer, det vil tage at nå målet. Den private leverandør kan en uge efter visitationen, og efter sparring med borger og den kommunale rehabiliteringsterapeut, få indflydelse på mål og forventet antal timer. Den private leverandør har metodefrihed og kan selv bestemme, hvordan målsætninger skal indfries i det enkelte forløb. Der honoreres efter faste takster, svarende til det aftalte timeforbrug, når målsætninger er nået. Afregningen af den private leverandør sker først, når målsætninger er indfriet og visitator har truffet afgørelse.

Erfaringerne er, at arbejdsgangene i forbindelse med den nye betalingsmodel afveg væsentligt fra visitatorernes arbejdsgang for alle andre visiterede ydelser og dermed var langt mere ressourcetrævendende. I afprøvningsperioden medførte det, at der blev tildelt færre rehabiliteringsforløb. Der blev ikke erfaret et ændret incitament hos de private leverandører under afprøvningsperioden med den resultatbaserede betalingsmodel.

Kommunen har besluttet at gå tilbage til den aktivitetsbaserede betalingsmodel.

I Vejle Kommune har man i projektperioden valgt en rammestyret tilgang, hvor den private leverandør har fået en fast økonomisk ramme at arbejde indenfor uanset antallet af borgerforløb. Denne betalingsmodel er ikke indeholdt i de arketyperiske modeller, da den kun er midlertidig i forbindelse med forsøgsordningen. Den økonomiske ramme dækker de ydelser, som den private leverandør leverer hos borgerne, deltagelse i møder mv. Ledere i Vejle Kommune fortæller, at det ikke er en model, som de vil anbefale i drift. Det begrundes af kommunale ledere med, at det er svært at vurdere ressourcebehovet på forhånd, hvormed den økonomiske ramme kan ramme skævt og give u hensigtsmæssige incitamentsstrukturer. Lederne fra de private leverandører peger ligeledes på, at den rammestyrede tilgang gør det svært at ressourcestyre og kan potentielt være en dårlig forretning, hvis der kommer mange borgerforløb.

I Syddjurs Kommune foregår der et arbejde i regi af et andet projekt med udvikling af en effektbaseret betalingsmodel, som afregner efter sammenhængen i borgerens forløb. Præcis hvordan, sammenhæng i borgerforløbet opgøres, er endnu ikke fastlagt. Derudover vil de øvrige kommuner fastholde den aktivitetsbaserede betalingsmodel, da både kommunale og private ledere oplever, at den er fair, og at der ikke er behov for yderligere incitament for den private leverandør i levering af rehabilitering. Hertil peger enkelte af de interviewede kommunale og private ledere på, at en resultatbaseret betalingsmodel kræver, at man har sikre resultater at måle på, som kan tilskrives den private leverandør, og som kan følges op af valide data, hvilket kan være en udfordring med de tilgængelige data og systemopsætninger³². Eksempelvis kan der være borgere, som ikke forbedrer deres funktionsevne under rehabiliteringsforløbet pga. sygdom eller indlæggelse, hvormed leverandøren ikke har indflydelse på resultatet.

³² Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2021: Opbygning af datamodeller til at understøtte det kommunale rehabiliteringsarbejde. Erfaringer fra kommunenetværket om data i regi af Sundhedsstyrelsens forsøgsordning med styrket frit valg af rehabilitering på ældreområdet.

6. TVÆRGÅENDE PERSPEKTIVER PÅ SAMARBEJDET OM REHABILITERING

Et centralt element i evalueringen er at undersøge, hvilke organisatoriske faktorer der understøtter et velfungerende samarbejde mellem kommune og private leverandører om rehabilitering og hvad der kan bidrage til at styrke det frie valg.

I forrige kapitel blev samarbejdsmodellerne beskrevet. Dette kapitel beskriver og analyserer organisatoriske faktorer, der på tværs af kommuner og private leverandørers samarbejdsmodeller er med til at understøtte samarbejdet. Derudover sætter kapitlet fokus på, hvad der organisatorisk kan bidrage til at styrke borgernes frie valg.

Kapitlet er baseret på en komparativ, kvalitativ analyse, der integrerer og triangulerer data fra casebesøg og borgerrejse-workshops, der er gennemført i de syv projekter.

6.1 Organisatoriske drivkræfter der understøtter samarbejdet

Analysen viser, at der på tværs af de syv projekter er en række understøttende drivkræfter, der er centrale for at etablere og drive et velfungerende samarbejde mellem kommunal og privat leverandør om rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Disse drivkræfter er samlet i nedenstående boks og udfoldet nedenfor.

Boks 6-1: Understøttende organisatoriske drivkræfter for samarbejde om rehabilitering



Samarbejde på ledelsesniveau mellem kommune og privat leverandør bidrager til et smidigt og gensidigt tillidsfuldt samarbejde



Højt kommunikationsniveau på tværs af kommunal og privat leverandør sikrer, at informationer om organisatoriske og strategiske beslutninger videregives til private leverandører



Få ansvarliggjorte kontaktpersoner hos den kommunale leverandør sikrer en lettere indgang for de private leverandører



Etablering af en tovholderfunktion mellem kommune og privat leverandør understøtter koordination og fremdrift i rehabiliteringsforløbet



Fælles aktiviteter på tværs af kommune og privat leverandør øger kendskabet og understøtter et velfungerende samarbejde



Tydelige og velkendte beskrivelser af arbejdsgange og roller sikrer velkoordinerede indsatser



Anvendelse af samme dokumentationssystemer



Samarbejde på ledelsesniveau mellem kommune og privat leverandør bidrager til et smidigt og gensidigt tillidsfuldt samarbejde

Samarbejde på ledelsesniveau understøtter et velfungerende samarbejde mellem kommune og privat leverandør. Ledere fra kommunale og private leverandører fortæller, at samarbejdet giver mulighed for øget kendskab til hinanden og bedre forståelse for de rammer og vilkår, hhv. kommunale og private leverandører arbejder under. Samtidig giver det mulighed for at forventningsafstemme

"Det har været nemt at samarbejde med den kommunale ledelse. Der har ikke været noget. Der er en nem indgang til kommunen. I starten var vi i tvivl om, hvem vi skulle have fat i. Men så blev vi introduceret til de forskellige faggrupper, og så var det nemmere. Også når vi ved noget om kommunens tilbud."

-Leder, privat leverandør.

samarbejdet om rehabilitering og/eller ved at invitere de private leverandører til at komme med input til udvikling af fx kvalitetsstandarder eller andre strategiske og organisatoriske beslutninger. Samtidig er det en udbredt oplevelse blandt ledere fra kommunale og private leverandører, at et godt samarbejde på ledelsesniveau smitter af ned gennem organisationen til medarbejderne.

fælles mål og retning for det rehabiliterende arbejde samt involvere de private leverandører i beslutninger og finde fælles løsninger, som kan imødekomme alle parter. Analysen viser, at samarbejdet på ledelsesniveau eksempelvis kan foregå på løbende møder på ledelsesniveau med særligt fokus på

"Vi har kørt et lederforløb, som har været med de kommunale ledere og de private ledere. Med fokus på hvordan man leder på tværs af organisationer og på tværs af privat/offentlig."

-Projektleder, privat leverandør.

Højt kommunikationsniveau på tværs af kommunal og privat leverandør sikrer, at informationer om organisatoriske og strategiske beslutninger videregives

Et højt og løbende kommunikationsniveau mellem kommunal og privat leverandør er centralt for et godt samarbejde. Flere af de interviewede ledere fra de private leverandører peger på, at det er en styrke for samarbejdet, når kommunen er hurtig til at respondere på deres henvendelser, som omhandler samarbejdsaftalen. Samtidig er det centralt for et godt samarbejde, at kommunen in-

"Vi bliver inviteret til et møde om kvalitetsstandarderne [i forhold til § 83 a] én gang om året, hvor vi kan komme med input til dem. Så vi bliver inddraget i processen med at udvikle kvalitetsstandarderne. Det bliver også sendt til os ved mindre ændringer."

-Leder, privat leverandør.

formerer den private leverandør, hvis der sker ændringer i den kommunale organisering eller strategi, som har betydning for den måde, der arbejdes rehabiliterende på. Opgaven med at videreformidle informationer er i nogle kommuner delegeret til en administrativ medarbejder, der sørger for at videreformidle fx kvalitetsstandarder til den private leverandør. Nogle kommunale ledere peger i denne sammenhæng på, at det er vigtigt, at man som kommune sikrer,

at alle relevante informationer kommer videre til den private leverandør. Hertil peger nogle af de interviewede ledere fra de private leverandører på, at det kan være en fordel, hvis de bliver inviteret med til relevante møder i kommunen, der omhandler rehabilitering, og som kan få betydning for samarbejdet.



Få ansvarliggjorte kontaktpersoner hos den kommunale leverandør sikrer en lettere indgang for de private leverandører

For at sikre en let og direkte kontakt til kommunen for den private leverandør i tilfælde af udfordringer eller spørgsmål viser analysen, at det er væsentligt, at der er få ansvarliggjorte kontaktpersoner i kommunen. Ledere og medarbejdere fra de private leverandører fortæller, at det ofte var en udfordring før forsøgsordningen at finde frem til de relevante kontaktpersoner. I forbindelse med forsøgsordningen er der i nogle kommuner udpeget få kontaktpersoner, som de private leverandører kan kontakte. De private leverandører fortæller, at det er med til at sikre en lettere indgang for de private leverandører, når der er klarhed om, hvem og hvordan de kontakter kommunen.

"Jeg synes, at samarbejdsmodellen understøtter samarbejdet med de private leverandører. Fordi nu ved de private leverandører, hvad indgangen er. De har en kontaktperson, de kan spørge. "Hvad gør jeg nu", "du skal bare ringe til sygeplejersken".

-Projektleder, kommunal leverandør.

"Det har været supergodt. Man skal kun tage stilling til én person."

-Medarbejder, privat leverandør.

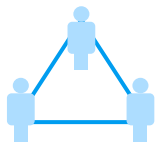


Etablering af en tovholderfunktion mellem kommune og privat leverandør understøtter koordination og fremdrift i rehabiliteringsforløbet

En tovholder, som fx en forløbsansvarlig, understøtter planlægning af møder mellem de involverede medarbejdere og hos borgeren. På tværs af kommunale og private leverandører understreger medarbejdere og ledere vigtigheden af en tovholder, der er med til at sikre en koordinering af rehabiliteringsforløbet på tværs af leverandører. I forsøgsprojekterne har tovholderen ofte også til opgave at følge op på målsætningerne for rehabiliteringsforløbet og har dermed en central rolle for at understøtte fremdrift i forløbet. Analysen peger på, at tovholderfunktionen er vigtig i alle rehabiliteringsforløb, men væsentligheden af en tovholderfunktions rolle og opgaver understreges i rehabiliteringsforløb, der går på tværs af leverandører (samarbejdsmodel 1) med forskellige kulturer for koordination og møder.

"Vi har forløbsansvarlige centralt placeret i kommunen. Så har vi mulighed for, at den forløbsansvarlige er tovholder. Jeg synes faktisk, at det har fungeret relativt fint og de private er også tilfredse. Og også borgeren, fordi førhen har de skulle skifte leverandører. De forløbsansvarlige understøtter rehabiliteringen derude i forhold til at samarbejde både med hjælpere og sygeplejersker og visitatorer. Den forløbsansvarlige er garant for, at der sættes mål og hele holdet arbejder efter det."

-Projektleder, kommunal leverandør.



Fælles aktiviteter på tværs af kommune og privat leverandør øger kendskabet og understøtter et velfungerende samarbejde

Fælles aktiviteter, som fx fælles kompetenceudvikling og tværfaglige møder på tværs af kommune og privat leverandør, øger kendskabet og understøtter en fælles faglig forståelse og et velfungerende samarbejde. Fælles aktiviteter mellem kommune og privat leverandør har både et primært formål om fx at kompetenceudvikle eller koordination og et sekundært formål, der handler om at styrke de interpersonelle relationer mellem de medarbejdere, der samarbejder fra henholdsvis kommune og privat leverandør. Medarbejdere og ledere fra både kommuner og private leverandører fortæller, at de oplever det interpersonelle kendskab på tværs af kommunal og privat leverandør som helt centralt for samarbejdet. De tillægger det at kende hinanden og "have ansigt på" samarbejdspartnere stor betydning for, om samarbejdet fungerer. Det vil derfor være et væsentligt parameter at indtænke, hvordan de interpersonelle relationer fortsat kan vedligeholdes trods løbende rekruttering af nye medarbejdere. Derudover kræver det en ledelsesmæssig prioritering at medarbejdere deltager i fælles aktiviteter, der understøtter det interpersonelle kendskab på tværs.

"En erfaring, når vi har arrangeret de tværfaglige møder er, at den gode vilje er ikke nok. Det kræver også meget ledelsesopbakning, at de her medarbejdere vil bruge tiden til det. Og også kan få lov at forberede sig lidt."

-Projektleder, kommunal leverandør.

"De tværfaglige møder har gjort, at relationen er blevet bedre. Vi er kommet tættere på sygeplejerskerne. Jeg håber det fortsætter bagefter og at vi stadig kan stikke hovederne sammen fremover."

-Leder, privat leverandør.



Tydelige og velkendte beskrivelser af arbejdsgange og roller sikrer velkoordinerede indsatser

Veldefinerede arbejdsgangsbeskrivelser, der tydeliggør, hvem der har hvilke roller og opgaver i et rehabiliteringsforløb på tværs af kommunal og privat leverandør, udgør en vigtig understøttende faktor på tværs af de syv projekter. Analysen viser, at et indledende arbejde med at kortlægge og

"Det er rigtig godt, at det er nedskrevet. Der er mange mennesker, der går ind og ud af systemet. Med arbejdsgangsbeskrivelsen kender alle deres plads og snitflade: Hvem kontakter hvem, hvornår og hvem skriver de til?"

-Medarbejder, privat leverandør.

"Vi har lavet et samarbejdsskema og kigget på, hvad alle afdelingers opgaver er. Det synes jeg har været rigtig godt og brugbart. Fordi så kan vi kigge på det "det er jo det her vi har aftalt" og det var vi alle med til at aftale. Der er kommet større klarhed omkring hinandens roller."

-Leder, kommunal leverandør.

definere opgaver og roller i et rehabiliteringsforløb udgør et centralt arbejdsredskab for de medarbejdere fra kommunal og privat leverandør, der er involverede i samarbejdet. Flere interviewede medarbejdere fortæller, at de har oplevet stor værdi af, at arbejdsgangene blev kortlagt, og at arbejdsgangsbeskrivelserne hos flere private leverandører var synlige i form af en fysisk version. Udover den praktiske funktion er arbejdsgangsbeskrivelserne også et redskab, der kan henvises til ved uenigheder om roller og opgaver mellem kommunal og privat leverandør.



Anvendelse af samme dokumentationssystemer

For at understøtte et velfungerende samarbejde på tværs af rehabiliteringsterapeut og medarbejdere om den løbende udvikling i det enkelte rehabiliteringsforløb er det centralt, at det er enkelt at dele information. En afgørende forudsætning for det er, at den kommunale og private leverandør anvender det samme dokumentationssystem, så oplysninger nemt kan deles på tværs.

“Omsorgssystemerne er væsentlige for at sikre en velkoordineret indsats. Det er vigtigt at vi har adgang til de samme systemer, fordi det er umuligt at koordinere uden.”

- Medarbejder, privat leverandør.

6.2 Forudsætninger for frit valg af leverandør på § 83 a

Det er også en del af denne evalueringens formål at undersøge, hvad forudsætningerne er for at styrke borgernes frie valg af leverandør af § 83 a. Dette afsnit indeholder en analyse af forudsætningerne. Samtidig inkluderes perspektiver fra kortlægningen af samarbejde om § 83 a³³ i forhold til kommunernes og de private leverandørers perspektiver på det frie valg.

Information om muligheden for frit valg af leverandør

En grundlæggende forudsætning for et frit leverandørvalg i forhold til § 83 a er, at borgeren i forbindelse med bevillingen af rehabiliteringsforløbet informeres om muligheden for det frie valg. Alle ledere og projektledere i kommunerne er i forbindelse med interview blevet spurgt til, om de oplever, at projektet har bidraget til at styrke borgernes frie valg. Flere af de kommunale ledere og projektledere oplever ikke, at projektet i sig selv har bidraget til at styrke borgernes frie valg, men i højere grad har etableret en samarbejdsmodel og styrket samarbejdet mellem kommunen og den private leverandør.

Både Vejle og Ringsted Kommune har en samarbejdsmodel, hvor borgerne automatisk overgår til et rehabiliteringsforløb hos den private leverandør, hvis de tidligere har valgt en privat leverandør til at levere § 83-ydelser. I disse tilfælde stilles borgerne dermed ikke over for et reelt frit valg i forhold til § 83 a. Derudover fortæller kommunale visitatorer, at det kan være en udfordring at informere om det frie valg til de borgere, der udskrives til et rehabiliteringsforløb i direkte forlængelse af en indlæggelse. Det handler om, at borgerne befinder sig i en kaotisk situation, hvor de er optaget af at skulle hjem. Det tyder på, at der er behov for et tydeligere fokus på, hvordan og hvornår det er mest hensigtsmæssigt at informere borgeren om deres mulighed for et frit valg af leverandør.

Enkelte af de private leverandører fortæller, at de oplever, at visitationen har mistillid i forhold til den private leverandørs kompetencer til at varetage rehabiliteringsforløb og derfor i mindre grad informerer borgerne om muligheden for frit valg af leverandør. Den indledende analyse viste også,

“Barrieren for det frie valg er, at 40 pct. af borgerne kommer fra sygehuset. Og udskrivelsen kommer fra en sygeplejerske. Muligheden for at præsentere det frie valg er bare ikke til stede i en kaotisk situation.”

-Projektleder, kommunal leverandør.

hvordan fordomme om den private leverandørs kompetencer og økonomiske incitamenter muligvis har en indflydelse på visitationens information om det frie valg³⁴. Dertil kommer, at der i en af kommunerne er den praksis, at når en borger bliver udskrevet i weekenden bliver denne automatisk visiteret til kommunal leverandør og

³³ Rambøll, 2019: Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a.

³⁴ Rambøll, 2019: Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a.

bliver først præsenteret for muligheden for frit valg i den efterfølgende uge. Det skyldes i det tilfælde, at der ikke er etableret en praksis for samarbejdet mellem den private og kommunale leverandør i weekender og helligdage. Det kan ifølge medarbejdere fra både den kommunale og private leverandør være vanskeligt for borgere at skifte leverandør, når først de er blevet trygge ved medarbejdere fra en kommunal leverandør, der er kommet i deres hjem i den første tid efter deres indlæggelse.

I Struer Kommune har de som led i projektet arbejdet med, hvordan borgerne informeres om det frie valg. Her har de udviklet en samlet pjece, hvor alle leverandører er nævnt inklusive den kommunale leverandør. Dette for at fremhæve, at leverandørerne er ligestillede, og at borgeren får et ensartet tilbud uanset leverandørvalg, men også for at lette valget for borgeren ved at give dem mindre materiale at forholde sig til. Interviewene med borgerne viser, at pjecer alene ikke er tilstrækkeligt for at informere borgerne om det frie valg, da deres valg ofte er præget af tilfældigheder.

Ligestilling af den kommunale og private leverandør

Flere af kommunerne fremhæver, at de ønsker at skabe et ensartet rehabiliteringstilbud, som lever op til de samme kvalitetsstandarder og serviceniveau, uanset leverandørvalg. For at opnå dette kan ligestilling af leverandører være en brugbar tilgang og tankegang. Ligestilling af den kommunale hjemmepleje og private leverandører kan eksempelvis handle om at sikre samme muligheder for kurser og kompetenceudvikling eller gennem en ensartet afregning af både kommunale og private leverandører.

Omvendt fortæller nogle medarbejdere fra både kommunale og private leverandører, at målet om at skabe et ensartet tilbud på tværs af leverandører også kan udvande ideen om et frit leverandørvalg. Det bliver i det perspektiv i højere grad et ideologisk valg, borgeren skal træffe, hvor man kan diskutere, hvad borgeren egentlig har at vælge mellem, hvis der er tale om to ens tilbud. Flere private leverandører tilbyder tilkøb af ekstra ydelser, og i disse tilfælde giver valget af en privat leverandør nogle andre muligheder, end borgeren har ved en kommunal leverandør.

"Jeg synes jo, at det er en fordel, at der ikke er forskel på vores leverandører. Det må jo alt andet lige være nemmere, at alle skal behandles ens i forhold til borgere. De skal ikke tænke i, at er det her nu en privat eller ej. Det er et ensartet tilbud."

-Projektleder, kommunal leverandør.

Tilstrækkelig borgervolumen

For at gøre det attraktivt og rentabelt for de private leverandører at varetage rehabiliteringsforløb er det en forudsætning, at borgervolumen er tilstrækkelig stor. Dette gør sig særligt gældende i de kommuner, der benytter sig af samarbejdsmodel 2, hvor den private leverandør varetager hele forløbet, og kommunen derfor typisk stiller krav om, at den private leverandør har egne rehabiliteringsterapeuter ansat, der har kompetencer til at varetage rehabiliteringsforløb. Hvis ikke der er tilstrækkelig volumen i antallet af borgere i rehabiliteringsforløb hos den private leverandør, kan det økonomisk ikke betale sig at have rehabiliteringsterapeuter ansat, medmindre de kan løfte andre opgaver hos den private leverandør.

Derudover kan borgervolumen også have en betydning for opbygning af erfaring og kompetencer hos den private leverandør i forhold til at varetage rehabiliteringsforløb. I nogle kommuner, fx Struer Kommune, stilles der krav om, at den private leverandør selv skal sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til at varetage rehabilitering, mens den private leverandør i andre kommuner, fx Syddjurs Kommune, inviteres med til kompetenceudvikling og kurser, der afholdes i

kommunalt regi. Hvis det økonomisk skal give mening for en privat leverandør at betale for særskilt kompetenceudvikling, kræver det ligeledes, at der er en vis borgervolumen. Det har været uden for denne evaluerings formål at undersøge omfanget af den tilstrækkelige borgervolumen. Dog har der i flere af projekterne undervejs i projektperioden været en udskiftning af den private leverandør, som i nogle tilfælde skyldes, at den privat leverandør er gået konkurs.



DEL 3

FAGLIGE PERSPEKTIVER PÅ REHABILITERINGSFORLØB

OPSUMMERING OG DELKONKLUSION

Del 3 analyserer og udfolder, hvilke faglige forhold, der er centrale for at understøtte samarbejdet mellem kommunale og private leverandører, samt hvordan projekterne konkret har konkretiseret disse.

Resultater i kapitel 7 er baserede på kvalitative interview med projektledere, ledere og medarbejdere fra den kommunale og private leverandør og viser overordnet:

- Fælles faglig forståelse og styrkelse af kompetencer har tilsammen været afgørende for at styrke samarbejdet mellem kommunen og den private leverandør både formelt og i det daglige arbejde og med henblik på at sikre et ensartet forløb på tværs af leverandører.
- Den fælles faglige forståelse er blevet oparbejdet gennem forskellige tiltag, herunder har alle projekter iværksat koordinerende, tværgående møder på tværs af den private leverandør og kommunen
- Styrkelsen af kompetencer har været en helt central faktor for samarbejdet mellem kommune og privat leverandør. Her har især den formelle kompetenceudvikling medvirket til at styrke de faglige kompetencer i forhold til rehabilitering samt styrket de relationelle bånd mellem de to aktører i de tilfælde, hvor kompetenceudviklingen er foregået på tværs af kommunale og private leverandører. Analysen viser også, at den formelle kompetenceudvikling oftest ikke kan stå alene, men bør suppleres med initiativer, der skal sikre den fælles faglige forståelse i dagligdagen og med praksisnær kompetenceudvikling for at oversætte viden til konkrete handlinger og aktiviteter.

For at understøtte at borgerne oplever et ensartet rehabiliteringsforløb uanset hvilken leverandør, de vælger, har alle projekterne i forsøgsordningen i et eller andet omfang arbejdet med at sikre en fælles faglig forståelse af rehabilitering og de nødvendige kompetencer for at kunne varetage et rehabiliteringsforløb fagligt kompetent.

Det har været afgørende for den fælles faglige forståelse og rehabiliteringskompetencer, at projekterne har arbejdet i to spor, hvor de både har arbejdet med gruppebaseret kompetenceudvikling og en mere praksisnær kompetenceudvikling. Særligt den praksisnære kompetenceudvikling er nogle kommuner lykkedes godt med. Det afgørende i den har været at møde den enkelte medarbejders behov for udvikling i forhold til rehabilitering, hvad enten det handler om faglig sparring om hjælpemidler eller dokumentation. Det har typisk været kommunale rehabiliteringsterapeuter, der har den konkrete erfaring og indsigt i praksis, som er afgørende for at kunne levere relevant sparring, der har varetaget denne kompetenceudvikling. Rambøll vurderer derfor, at en fælles faglig forståelse og styrkelse af kompetencer primært understøttes af den praksisnære kompetenceudvikling. Den gruppebaserede kompetenceudvikling har dog den fordel, at det understøtter kendskabet på tværs af leverandører og medarbejdere.

Fælles faglig forståelse og styrkelse af faglige kompetencer i forhold til rehabilitering er gået hånd i hånd i projekterne. De to elementer har i alle projekter været tæt forbundne, og begge dele er medvirkende til at sikre et ensartet rehabiliteringsforløb på tværs af leverandører, som lever op til de kommunale kvalitetsstandarder.

Et opmærksomhedspunkt er, at der dels løbende er en betydelig udskiftning af medarbejdere og dels at der kan være behov for tiltag, der sikrer et kontinuerligt fokus på den rehabiliterende tilgang i dagligdagen. Derfor kan der være behov for, at kompetenceudvikling ikke udmøntes som en enkeltstående aktivitet, men indtænkes løbende for dels at klæde nye medarbejdere på til rehabilitering, dels at vedligeholde kompetencer hos den eksisterende medarbejdergruppe. Ligeledes gælder det i forhold til udpegning af nøglepersoner, at dette ikke blot sker initialt, men at der løbende udpeges nye nøglepersoner, i takt med at der sker udskiftninger i medarbejdergruppen.

Resultater i kapitel 8 er baseret på kvalitative interview med projektledere, ledere og medarbejdere fra den kommunale og private leverandør og viser overordnet:

- Opfølgning og velkoordineret indsats hænger tæt sammen. På tværs af projekterne er det også de samme redskaber og processer, der anvendes til både at koordinere rehabiliteringsindsatsen og følge op på den og borgerens udvikling. De koordinerende, tværfaglige møder er et eksempel på et helt centralt forum både for at koordinere rehabiliteringsindsatsen og for at følge op. Ligeledes er dokumentationen i omsorgssystemet vigtig for at kunne foretage den løbende koordinering, og det er også her, at opfølgningen dokumenteres.
- I forhold til opfølgningen er ansvaret placeret hos en forløbsansvarlig. Det kan både være en medarbejder fra kommunal eller privat leverandør. Dokumentation i omsorgssystemet er centralt i forhold til opfølgning. Her viser analysen, at kompetenceudvikling i dokumentation har forbedret dokumentationspraksis.
- I forhold til en velkoordineret indsats viser analysen, at der er tre centrale elementer heri. For det første skal der være klarhed og overblik over, hvem der gør hvad, hvordan og hvornår. For det andet er det helt centralt at have et forum, hvor medarbejdere fra kommunen og fra den private leverandør mødes, koordinerer og følger op på borgerens udvikling og indsats. For det tredje er det centralt at kunne dokumentere og følge op på tværs af kommunen og den private leverandør, og på tværs af de ydelser borgeren modtager. Fælles adgang til omsorgssystemet samt en vis ensartethed i dokumentationspraksis er derfor også centralt for den velkoordinerede indsats.

For at sikre et godt rehabiliteringsforløb, skal indsatsen være velkoordineret undervejs, og der skal løbende følges op på, hvordan indsatsen forløber og borgerens udvikling i forhold til de opsatte mål for rehabiliteringsforløbet.

Den velkoordinerede rehabiliteringsindsats, der sikrer, at borgeren oplever at modtage de relevante ydelser på det rigtige tidspunkt har i langt de fleste projekter i forsøgsordningen været en opgave, der har ligget hos en rehabiliteringsterapeut, der i forvejen har haft en central rolle i rehabiliteringsforløbet. Det afgørende er ikke, om ansvaret for at koordinere hviler på én person, men at det er tydeligt for alle involverede, hvornår hvem har hvilke opgaver i rehabiliteringsforløbet.

Dokumentation af udviklingen i rehabiliteringsforløbet er afgørende for opfølgning og for at vide, hvornår en borger har nået de opstillede mål og dermed kan afslutte rehabiliteringsforløbet. På tværs af projekterne nævnes dokumentation som afgørende, men samtidig vanskelig, da flere medarbejdere oplever det som en udfordring at skulle dokumentere. Dette er ikke en udfordring, der er særlig for samarbejdet mellem kommunale og private leverandører, men som genkendes i andre sammenhænge. Dog vurderer Rambøll, at det er afgørende med et vedvarende fokus på, hvordan kompetencer til at dokumentere eller alternativer til den nuværende dokumentationspraksis kan understøttes.

7. FÆLLES FAGLIG FORSTÅELSE OG KOMPETENCER

Et centralt element i evalueringen er at undersøge, hvad der er med til at understøtte et velfungerende samarbejde mellem kommune og private leverandører om rehabilitering. Dette kapitel beskriver og analyserer faglige perspektiver, der på tværs af projekterne er med til at understøtte samarbejdet i forhold til at sikre de rette kompetencer og opnå en fælles faglig forståelse af rehabilitering på tværs af leverandører.

Kapitlet er baseret på en komparativ, kvalitativ analyse, der integrerer og triangulerer data fra casebesøg og borgerrejse-workshops, der er gennemført i de syv projekter.

7.1 Fælles faglig forståelse af rehabilitering

På tværs af alle projekter har det været et fokusområde at styrke den fælles faglige forståelse mellem kommunen og den private leverandør om, hvad det vil sige at arbejde rehabiliterende. For nogle af de private leverandører er det nyt at levere rehabiliteringsforløb. Ledere fortæller, at der derfor har været et behov for at få skabt en fælles faglig forståelse på tværs af kommunen og den private leverandør om den rehabiliterende tilgang. Ligeledes har der også været behov for kompetenceudvikling af medarbejdere hos den private leverandør (social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter), sådan at de er blevet klædt på til at levere rehabiliteringsforløb. Kommunernes arbejde med kompetenceudvikling er nærmere udfoldet nedenfor i afsnit 7.2.

Det er et lovkrav, at alle kommuner skal have en kvalitetsstandard for rehabiliteringsforløb. Kvalitetsstandarden beskriver det politiske fastsatte serviceniveau for rehabiliteringsforløb i den pågældende kommune. De rehabiliteringsforløb, som den private leverandør varetager, skal leve op til kommunens kvalitetsstandard. Ledere og projektledere fra kommunerne fortæller, hvordan den fælles faglige forståelse af den rehabiliterende tilgang på tværs af medarbejdergrupper hos kommunal og privat leverandør er en forudsætning for, at borgeren modtager et ensartet tilbud, uanset hvilken leverandør borgeren vælger. Dermed medvirker det at have en fælles faglige forståelse af rehabilitering til, at den private leverandør lever op til kommunens kvalitetsstandard for rehabiliteringsforløb.

Et af de tiltag, som flere projekter har iværksat for at sikre den fælles faglige forståelse og ensartethed i opgaveløsningen, er udpegning af nøglepersoner hos den private leverandør, der har fået en særlig viden inden for rehabilitering. Det gælder blandt andet projekterne i Odense, Struer og Vejle Kommune, hvor nøglepersonerne skal bidrage til sparring i hverdagen og sætte fokus på den rehabiliterende tilgang blandt medarbejdere.

I Odense Kommune er der eksempelvis ansat rehabiliteringsterapeuter (ergoterapeuter) hos den private leverandør, der understøtter den fælles, faglige forståelse og ensartethed i opgaveløsningen. Deres opgave er at være fysisk til stede og yde sparring til deres kolleger på kordinerende, tværfaglige møder. De kan desuden tage med ud til borgeren og vejlede om indsatsen. Medarbejdere fortæller, at det har stor værdi at have disse ankerpersoner, som er til rådighed for hjælp og vejledning i det daglige.

“Hvad har terapeuterne betydet? Det har givet et kæmpe løft for medarbejderne. [...] Det har været mega fedt for dem at have to terapeuter, der kan understøtte dem i arbejdet.”

-Leder, privat leverandør.

"Hjemmetræneren fungerer som en koordinator og støtteperson for de hjemmehjælpere, der ellers kommer ude hos borgeren."

-Projektleder, kommunal leverandør.

I projektet i Struer Kommune er der ligeledes udpeget nøglepersoner for den rehabiliterende indsats. Her er social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter hjemmetrænere, der har en særlig rolle i forhold til at varetage rehabiliterende forløb og til at støtte og sparre med de øvrige medarbejdere om den rehabiliterende tilgang.

Erfaringerne fra de private leverandører er, at udpegnings af nøglepersoner medvirker til at understøtte, at rehabilitering indtænkes i den daglige praksis, og de kan medvirke til at udbrede den rehabiliterende tilgang til en bredere målgruppe. Derudover kan nøglepersonerne medvirke til at omsætte den rehabiliterende tilgang til konkrete forslag til praksisændring og praksistiltag. De kommunale rehabiliteringsterapeuter og sygeplejersker peger på, at de oplever, at nøglepersonerne er mere opmærksomme og oftere melder tilbage på ændringer i borgerens funktionsevne end de øvrige medarbejdere. Endelig giver ledere og medarbejdere fra de private leverandører udtryk for, at nøglepersonerne også har en væsentlig rolle i forhold til at sikre tilgængelighed af ressourcer med særlig viden om rehabilitering, så medarbejderne hurtigt kan få afklaret spørgsmål.

Analysen viser, at en af udfordringerne ved at udpege nøglepersoner er, at der generelt er en stor personaleudskiftning på ældreområdet. Det giver en sårbarhed i forhold til at fastholde kompetenceniveauet og den fælles faglige forståelse, når det kun er en mindre gruppe, der efteruddannes og udpeges til nøglepersoner, fremfor hvis tiltaget var spredt ud på en større medarbejdergruppe. I projektet i Vejle Kommune er der eksempelvis ved projektets afslutning kun én nøgleperson tilbage ud af de oprindelige fem personer, der blev udpeget. Desuden giver medarbejderne selv udtryk for, at det er vigtigt, at der udpeges nøglepersoner, som har lyst og mod til at gøre opmærksom på sig selv og sine særlige kompetencer. Endelig bemærker medarbejderne, at det er væsentligt, at nøglepersonernes rolle og opgave er tydeligt for den resterende medarbejdergruppe, for at de bliver anvendt i tilstrækkelig grad.

En anden måde hvorpå projekterne har arbejdet med at sikre den fælles faglige forståelse er gennem koordinerende, tværfaglige møder, hvor repræsentanter for den private leverandør og kommunen har deltaget. På de koordinerende, tværfaglige møder har fokus været på gennemgang af konkrete borgerforløb. Eksempelvis har Struer Kommune afholdt audits, hvor enkelte borgerforløb er grundigt gennemgået. Erfaringerne fra medarbejdere i Struer er, at den praksisnære gennemgang af konkrete borgercases har styrket den fælles faglige forståelse ud over de konkrete cases, der er blevet gennemgået på møderne. Det skyldes, at gennemgangen har givet rum til sparring mellem medarbejdere og forløbsansvarlige i kommunen og evt. øvrige faggrupper, der har deltaget. De koordinerende, tværfaglige møder udfoldes nærmere i afsnit 8.2.

7.2 Kompetenceudvikling

Som nævnt ovenfor, er kompetenceudvikling et centralt element på tværs af projekterne med henblik på at sikre, at medarbejderne har de rette kompetencer til at kunne arbejde rehabiliterende. Kompetenceudvikling har i størstedelen af projekterne været målrettet de medarbejdere, der er udførende i et rehabiliteringsforløb (social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter). Flere steder er kompetenceudvikling sket på hold, hvor både de kommunale og private medarbejdere har deltaget. Hensigten med kompetenceudviklingen er at sikre, at den private leverandør har kompetencerne til at levere et ensartet og højt fagligt tilbud, der efterlever kommunens kvalitetsstandard. Herudover er det et særskilt formål at give den private leverandør indblik i arbejds- og samarbejdsflader med kommunen.

Der kan grundlæggende skelnes mellem to typer af kompetenceudvikling: Den formaliserede kompetenceudvikling i form af afholdelse af egentlige kurser eller kursusdage, og den praksisnære kompetenceudvikling i form af fx sidemandsoplæring. De to typer udfoldes nedenfor.

Formaliseret kompetenceudvikling

Alle projekter har i projektperioden afholdt formelle undervisningsforløb vedrørende rehabilitering. Undervisningsforløbet er typisk blevet varetaget af kommunen, og de private leverandører er blevet inviteret til at deltage. Flere steder blandt andet i Ringsted Kommune afholdes kompetenceudviklingen for både kommunale og private medarbejdere på samme forløb, mens for eksempel Odense og Esbjerg Kommune har valgt at afholde separate kursusforløb kun for de private medarbejdere. Kommunale ledere og projektledere peger på, at formålet med at invitere de private leverandører med til den kommunale kompetenceudvikling er at øge kendskabet på tværs af kommunale og private leverandører og dermed understøtte et godt samarbejde.

Kompetenceudviklingen har typisk handlet om rehabilitering generelt og elementer der understøtter den rehabiliterende tankegang som eksempelvis den motiverende samtale, relationel koordination og dokumentation.

Det er på tværs af projekterne erfaringen hos medarbejdere, at den formelle kompetenceudvikling giver et godt overblik over centrale temaer i den rehabiliterende indsats, og det er en god ramme for at mødes på tværs af kommune og privat leverandør. Den formelle kompetenceudvikling udgør ifølge ledere og medarbejdere en anledning, hvor medarbejdere fra kommunen og den private leverandør, der har samarbejdsflader, kan mødes og opbygge relationer og viden om hinanden, hvilket styrker samarbejdsrelationerne i det daglige. De private leverandører fremhæver, at de har fået større kendskab til de kommunale rammer, og hvilke kompetencer de kan trække på i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsterapeuter og medarbejdere (social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte) i projekterne fortæller, at den formelle kompetenceudvikling giver øget faglig indsigt, men at værdien især er relateret til det relationelle. Det er med til at understøtte det daglige samarbejde. Medarbejdere fortæller, at det er nemmere at kontakte den relevante medarbejder, når de har fået sat ansigt på personen. Det gælder især i de tilfælde, hvor den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet. Her er det væsentligt at have et forum, hvor man koordinerer og understøtter det daglige arbejde hos borgeren.

Der er en forskel mellem projekterne i forhold til, hvor mange medarbejdere fra den private leverandør, der har deltaget på det formelle kompetenceudviklingsforløb. Nogle steder har hele eller store dele af medarbejderstaben hos den private leverandør deltaget på den formelle kompetenceudvikling, mens det i andre projekter har været udvalgte medarbejdere, der har deltaget. I sidstnævnte situation er den formelle kompetenceudvikling af udvalgte medarbejdere typisk blevet suppleret med sidemandsoplæring af de resterende medarbejdere. Det er oplevelsen fra de kommunale ledere, at kompetenceniveauet og den fælles faglige forståelse er størst der, hvor en stor del af medarbejderne har deltaget på det formelle kompetenceudviklingsforløb.

Praksisnær kompetenceudvikling

I flere kommuner er den formelle kompetenceudvikling blevet suppleret med praksisnær kompetenceudvikling. Fx har projekterne i Esbjerg, Frederikssund og Vejle Kommune gennemført sidemandsoplæring, erfa-møder og såkaldt floor walking, hvor kommunale ergoterapeuter følger social- og sundhedshjælperne fra den private leverandør. Rehabiliteringsterapeuterne og medarbejdere fortæller, at sidemandsoplæring har den styrke, at det gør det enkelt at aflære fx ergoterapeutens handlinger, når man selv har set og erfaret det. Denne form for kompetenceudvikling er således med til at bringe læring direkte ind i de arbejdsgange, som medarbejdere gennemfører.

Flere projekter har desuden arbejdet med at omsætte den formelle kompetenceudvikling til praksisnære eksempler og skemaer, der let kan anvendes direkte på de konkrete situationer i dagligdagen som eksempelvis social- og sundhedshjælperne typisk møder i borgerens hjem. I den forbindelse har det handlet meget om at simplificere den teoretiske tilgang til konkrete, enkle og praksisnære eksempler og vejledninger. Eksempelvis har Struer Kommune udarbejdet film, der forklarer om samarbejdsmodellen, og hvilke roller de enkelte faggrupper har i rehabiliteringsforløbet.

"Det har fungeret godt, at procedureerne er blevet lavet om. Efter at de er blevet mere enkle, så er det blevet mere nemt at arbejde med. [...] I og med at det er blevet mere simpelt og enkelt at arbejde med, så er det også sjovere at arbejde med det."

-Medarbejder, privat leverandør

Det er erfaringen fra projekterne, at nogle medarbejdere oplever, at det kan være vanskeligt at omsætte den formelle kompetenceudvikling til deres daglige arbejde. Det gælder især den formelle kompetenceudvikling, der ikke tager udgangspunkt i konkrete situationer. Flere medarbejdere har for eksempel svært ved at huske, hvad de har lært, og svært ved at omsætte det praksis, hvis det ikke følges op af mere praksisnære elementer. Her kan den praksisnære kompetenceudvikling være en styrke og et supplement til den formelle kompetenceudvikling.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til kompetencer er, hvordan niveauet opretholdes løbende. Dels er der risiko for, at kompetencerne og forståelsen glider i baggrunden, når hverdagen kalder, dels er der en opmærksomhed i forhold til nye medarbejdere. Flere af projekterne har således planlagt genopfriskningskurser for den formelle kompetenceudvikling.

Videoklip i Struer

I Struer Kommune har de i projektperioden fået udarbejdet videoklip, der forklarer, hvordan samarbejdet med private leverandører foregår i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. I videoklippene fortæller forskellige faggrupper desuden om, hvilken rolle de hver især har i rehabiliteringsforløbet. Videoklippene oplyser således om samarbejdsflader, roller og ansvarsfordeling mellem den kommunale og private leverandør.

Videoklippene skal fungere både som undervisning af nye medarbejdere og medvirke til at forankre den rehabiliterende indsats bredt blandt medarbejderne.

I forbindelse med afslutningen af projektperioden er flere kommuner opmærksomme på, hvordan de sikrer kompetenceniveauet hos den private leverandør på sigt. I nogle kommuner er der i den forbindelse indgået en samarbejdsaftale med den private leverandør om, at de kan tilmelde sig de løbende kompetenceudviklingskurser om rehabilitering, som kommunen afholder efter projektperiodens udløb. Det gælder fx i Odense Kommune. De private leverandører beslutter selv, hvorvidt de vil deltage i kompetenceudviklingen, og de er selv ansvarlige for at afholde de udgifter, der er forbundet med at trække medarbejdere ud af driften. Andre steder, fx i Struer Kommune, har kommunen valgt at sætte krav om, at den private leverandør selv sikrer et vist kompetenceniveau i forhold til rehabilitering fremadrettet.

8. OPFØLGNING OG VELKOORDINERET INDSATS

Et centralt element i samarbejdsmodellerne mellem kommunerne og de private leverandører er arbejdet med at koordinere og følge op på indsatsen undervejs i rehabiliteringsforløbene. Dette kapitel beskriver og analyserer faglige perspektiver på, hvordan projekterne arbejder med løbende at justere indsatsen og på at sikre en velkoordineret indsats.

Kapitlet er baseret på en komparativ, kvalitativ analyse, der integrerer og triangulerer data fra casebesøg og borgerrejse-workshops, der er gennemført i de syv projekter.

8.1 Opfølgning på et rehabiliteringsforløb

Når et rehabiliteringsforløb er igangsat, følges der løbende op på udviklingen. Det vil oftest være den forløbsansvarlige, der har ansvaret for denne opfølgning. Projektledere og medarbejdere fra kommunal og privat leverandør fortæller, at den forløbsansvarlige følger op på, hvordan rehabiliteringsforløbet går, herunder om borgerens udvikling forløber planmæssigt, og om der skal justeres på indsatserne, målsætningerne, forløbets varighed mv. Opfølgningen sker for løbende at kunne vurdere, om der er behov for at tilpasse indsatsen, så borgerens mål i bedst mulige omfang er opnået ved forløbets afslutning. Nogle gange viser opfølgningen, at der kan være behov for at justere borgerens mål for forløbet. Erfaringerne fra projekterne viser, at opfølgningen kan ske på faste koordinerende, tværgående møder eller ad hoc ved behov og at opfølgning på borgerens rehabiliteringsforløb dokumenteres i kommunens omsorgssystem.

I projekterne kan den forløbsansvarlige enten være en medarbejder i kommunen eller en medarbejder hos den private leverandør. I de samarbejdsmodeller, hvor den private leverandør varetager dele af forløbet, er det typisk en kommunal medarbejder, der er forløbsansvarlig, mens det typisk er en privat medarbejder, der er forløbsansvarlig i den samarbejdsmodel, hvor den private leverandør varetager hele rehabiliteringsforløbet.

Opfølgningen kan foregå på de koordinerende, tværfaglige møder mellem kommunen og den private leverandør om konkrete borgerforløb. Her giver medarbejderne fra den private leverandør en status på en borger, og der er en dialog med fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og eventuelt andre involverede fagpersoner i forløbet med henblik på sparring og eventuelle tilpasninger, der kan eller skal foretages i forløbet. Se uddybning af de koordinerende, tværfaglige møder i afsnit 8.2.

“De tværfaglige møder fungerer godt, især de fysiske møder. Det fungerer godt, når man får set hinanden i øjnene med de kommunale medarbejdere. Fx hvad skal dokumenteres.”

- Medarbejder, privat leverandør

I projekterne er der også eksempler på, at opfølgningen kan ske mere ad hoc-baseret, hvor medarbejderen fra den private leverandør kontakter den forløbsansvarlige, eksempelvis over telefonen. Det kan være i forbindelse med en hurtig afklaring af borgerens tilstand, hvis medarbejderne ikke oplever fremskridt hos borgeren, eller ved andre konkrete spørgsmål og behov for afklaring og sparring. I sådanne tilfælde kan medarbejderen fra den private leverandør aftale med den forløbsansvarlige, hvordan situationen håndteres. I nogle tilfælde kan den forløbsansvarlige også vurdere, at der er behov for et opfølgende besøg hos borgeren.

I alle de deltagende projekter har den private leverandør adgang til kommunens omsorgssystem, hvori opfølgningen dokumenteres. Herved bliver dokumentationen om borgeren samlet ét sted, som alle involverede aktører kan tilgå. Uanset om den private leverandør varetager hele eller dele af rehabiliteringsforløbet, kan der være andre aktører inde over borgerens samlede forløb. Det kan

eksempelvis være den kommunale hjemmesygepleje, genoptræningsterapeut mv. I omsorgssystemet har den forløbsansvarlige mulighed for at følge op på borgerens samlede forløb og udvikling. Det er i omsorgssystemet, at koordinationen og opfølgningen på borgerforløbet på tværs af ydelser og indsatser formelt foretages og dokumenteres.

En forudsætning for, at omsorgssystemet fungerer som et brugbart redskab for opfølgningen og koordinationen, er ifølge de kommunale rehabiliteringsterapeuter, at dokumentationen er velunderbygget og indeholder de nødvendige oplysninger. Flere medarbejdere fra den private leverandør nævner dokumentationen som en udfordring, ligesom at skift i omsorgssystem og indførslen af Fælles Sprog III i nogle projekter har udfordret dokumentationsindsatsen.

Udfordringer med dokumentationen gør det sværere at følge op på borgernes forløb. Udfordringer i forhold til dokumentation skyldes blandt andet, at der mellem faggrupper og på tværs af leverandører kan være forskellig dokumentationspraksis og forskelligt oplevet behov og værdi af dokumentationen. Dertil kommer, at dokumentationen typisk er mere omfattende og kompliceret ved rehabiliteringsforløb end ved den traditionelle hjemmepleje. I flere projekter har dokumentation derfor også været en central del af projektet, fx i forbindelse med de formelle kompetenceudviklingsaktiviteter. I Syddjurs Kommune oplevede den forløbsansvarlige en stor forbedring i dokumentationspraksis efter kompetenceudviklingen, hvor medarbejderne efterfølgende blev mere tydelige omkring deres observationer hos borgerne.

8.2 Velkoordineret indsats

Rehabiliteringsforløb er tværgående i sin natur, og det kræver derfor, at indsatsen er velkoordineret på tværs af aktører, både mellem de forskellige kommunale aktører og på tværs af kommunen og den private leverandør. Kommunerne anvender forskellige greb til at sikre at indsatsen er velkoordineret mellem kommunen og den private leverandør og på tværs af forskellige fagligheder/ydelser.

Én måde er at skabe et fælles overblik og klarhed over, hvilke arbejdsgange der er i rehabiliteringsforløbet, og hvilke leverandører og medarbejdere der varetager hvilke opgaver. Både rehabiliteringsterapeuter og medarbejdere i form af social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter oplever, at en sådan kortlægning har været medvirkende til at få et overblik over det samlede forløb, og hvilke kontaktpunkter der er mellem kommunen og den private leverandør undervejs i forløbet. Som en del af forsøgsordningen er der som beskrevet indledningsvist afholdt såkaldte borgerrejse-workshops i alle projekter, der var faciliteret af konsulenter fra Rambøll. På disse workshops er det samlede rehabiliteringsforløb kortlagt, og det er disse kortlægninger, som nogle projekter har arbejdet videre med efterfølgende. Analysen viser, at det at skabe et fælles overblik over arbejdsgange og viden om rehabiliteringsforløbets faser og indhold samt samarbejdsflader er en central drivkraft i arbejdet med at sikre en velkoordineret indsats. For at sikre et velkoordineret rehabiliteringsforløb er det således afgørende, at både kommunen og den private leverandør ved, hvem der gør hvad i forløbet, hvornår og hvordan.

Et andet tiltag, som alle projekterne har anvendt med henblik på at sikre en velkoordineret indsats, er koordinerende, tværfaglige møder på tværs af kommunen og den private leverandør. På møderne drøftes konkrete borgerforløb, og relevante medarbejdere i forhold til det pågældende forløb deltager på mødet. Udover den forløbsansvarlige og medarbejdere fra den private leverandør kan det være den kommunale hjemmesygepleje, genoptræningsterapeuter, diætister mv. På tværs af projekterne er der således tale om, at deltagerkredsen er tværfaglig, og at dagsordenen for møderne er drøftelse af igangværende rehabiliteringsforløb. Formålet med møderne er at gøre status på rehabiliteringsforløbene med henblik på at vurdere, om der er behov for at justere den igangværende indsats og faglig sparring på selve indsatsen. Møderne adskiller sig ved, at de enten afvikles med en fast kadence eller ad hoc, ligesom det er forskelligt om det er kommunen eller den private leverandør, der er vært.

Boks 8-1: Eksempler på forskellige typer koordinerende møder

Tværfaglige rehabiliteringsmøder

(Ringsted): Afvikles en gang pr. uge hos privat leverandør. Kommunal rehabiliteringsterapeut er mødeleder.

Borgerrettede møder (Esbjerg): Afvikles

ad hoc. Kommunale rehabiliteringsterapeuter forespørger om møde. Privat leverandør indkalder.

Opstartsmøder (Syddjurs): Afvikles ved

opstart af rehabiliteringsforløb. Kommunale rehabiliteringsterapeuter og medarbejdere fra privat leverandør deltager. Afvikles i borgerens hjem.

De koordinerende, tværgående møder udgør et vigtigt bindeled mellem kommune og privat leverandør i de projekter, hvor den private leverandør varetager dele af rehabiliteringsforløbet. Rehabiliteringsterapeuterne fortæller, at det er centralt, at deltagerkredsen er den rette til de koordinerende, tværfaglige møder. Det vil sige, at det er de medarbejdere, der er involveret i de aktuelle rehabiliteringsforløb, der drøftes på mødet, der deltager.

De faste koordineringsmøder suppleres flere steder med ad hoc mødeafholdelse, når behovet opstår. Erfaringer fra projekterne er, at ad hoc-møderne giver en fleksibilitet i forhold til at koordinere når behovet opstår, og det giver en mere agil tilgang.

"Dokumentation er nærmest hjørnестenen i koordinationen af indsatsen. Der kan kommunikeres om sundhedslovsydelser, og det er nemt at følge hinandens arbejde"

-Rehabiliteringsterapeut,
kommunal leverandør

Et tredje forhold, der spiller ind i forhold til at sikre velkoordinerede indsatser, er, at kommunen og den private leverandør anvender samme omsorgssystem. Brugen af omsorgssystemet er beskrevet nærmere i kap. 8.1.

For at sikre overblik og tydeliggøre for medarbejderne, hvilke rehabiliteringsforløb der er i gang hos borgerne, har Struer Kommune indført et mærkat 'RH' (rehabilitering) i omsorgssystemet. På den måde sikrer de, at medarbejderne er opmærksomme på eventuelle rehabiliteringsforløb og hurtigt kan finde information om borgerens forløb. Medarbejdere og rehabiliteringsterapeuter fortæller, at det gør det mere enkelt at overskue, hvilke forløb der er i gang, og hvilke forløb der skal følges op på.

9. REFERENCER

Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre.

Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2019: Kortlægning af samarbejde med private leverandører om rehabilitering efter servicelovens § 83 a.

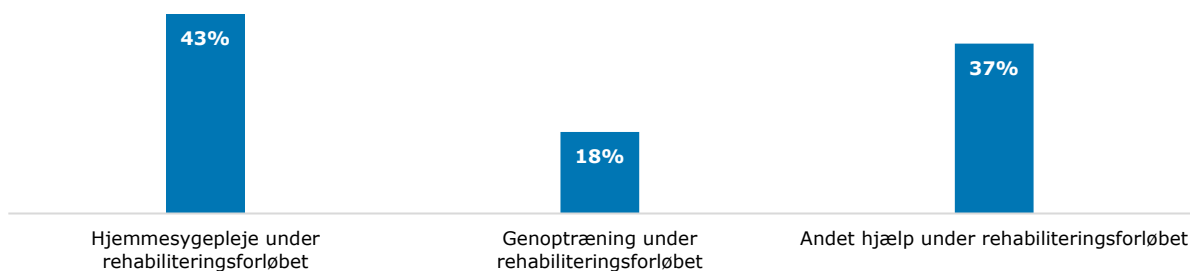
Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2021: Opbygning af datamodeller til at understøtte det kommunale rehabiliteringsarbejde. Erfaringer fra kommunenetværk om data i regi af Sundhedsstyrelsens forsøgsordning med styrket frit valg af rehabilitering på ældreområdet.

Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed, 2019: Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven.

10. BILAG SUPPLERENDE ANALYSER

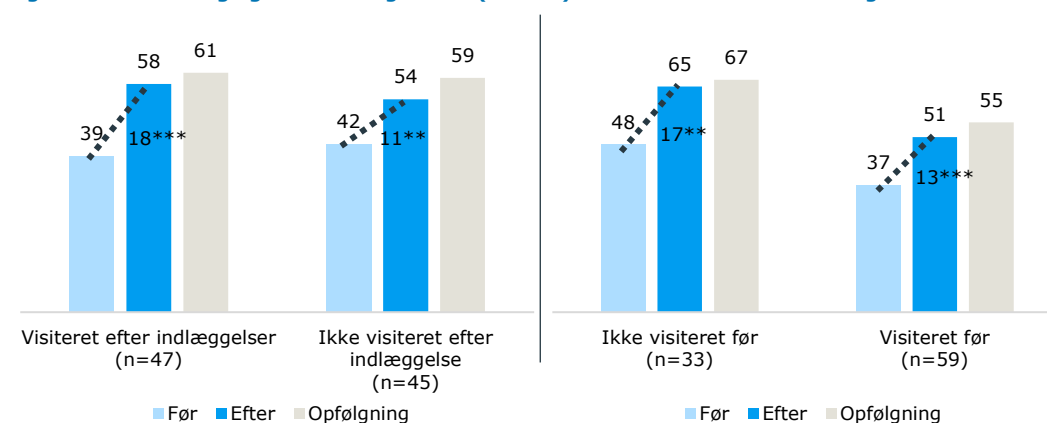
10.1 Supplerende figurer

Figur 10-1: Andel borgere som under rehabiliteringsforløbet modtager ydelser indenfor sundhedsloven eller serviceloven (N=203 borgere)



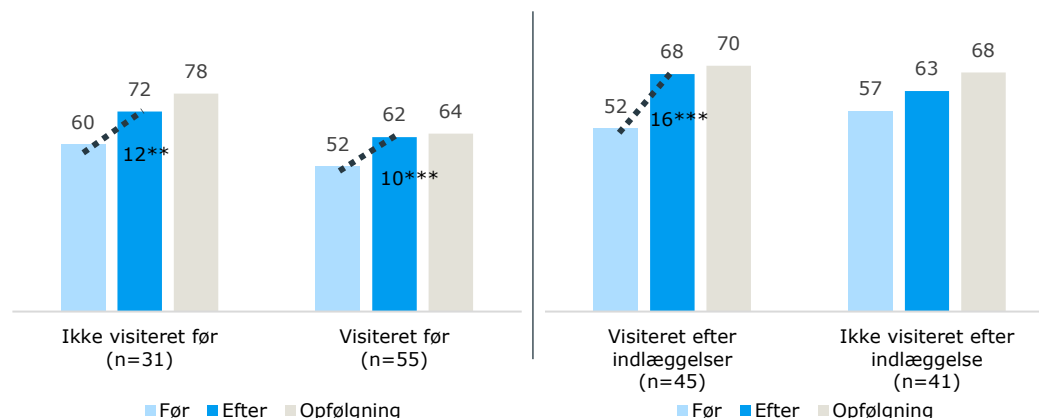
Note: Der er syv borgere, hvor medarbejderen ikke har udfyldt antal visiteret timer pr. uge under rehabiliteringsforløbet. Disse indgår derfor ikke i analysen. 'Genoptræning' dækker over ydelser indenfor serviceloven § 86 eller sundhedsloven § 140. 'Hjemmesygepleje' er alle ydelser under sundhedsloven §138. Andre ydelser kan fx omfatte diætist eller hjælpemidler.

Figur 10-2: Udvikling i gennemsnitlig trivsel (WHO-5) fra før til efter rehabiliteringsforløbet for subgrupper



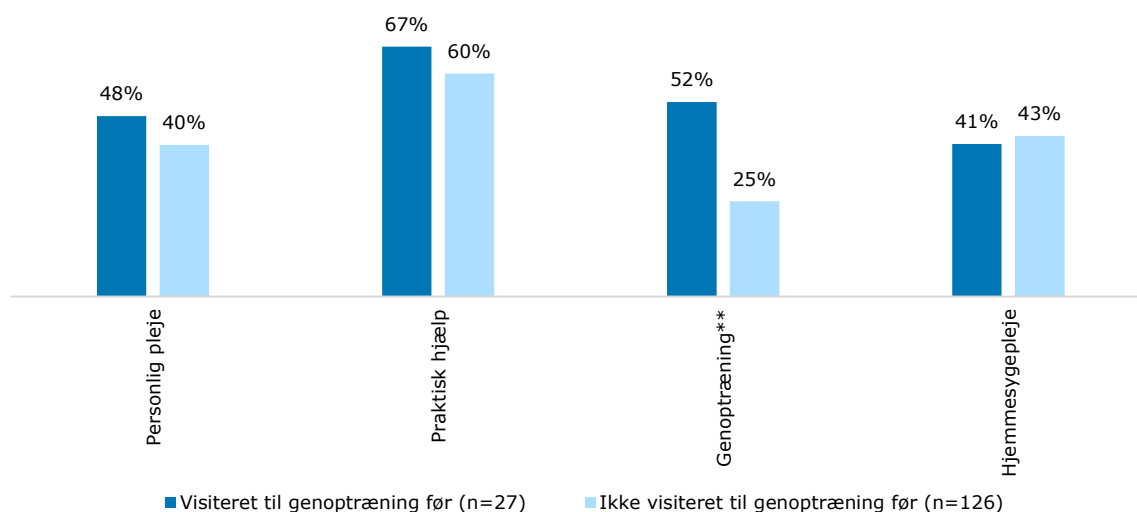
Note: Figuren indeholder subgrupper af borgere. Antallet af observationer står i parentes. Der indgår kun borgere med data på WHO-5-redskabet i før- og eftermålingen, samt en mindre gruppe med data på den opfølgende måling. Der er kun angivet en udvikling, hvis udviklingen er signifikant. Stjerneerne indikerer om udviklingen i trivsel er statistisk signifikant. * indikerer signifikans på 10%-niveau, ** indikerer signifikans på 5% niveau og *** indikerer den stærkeste statistiske signifikans på 1%-niveau. Hvis der ikke er nogen stjerne, indikerer det, at der enten ikke er sket en udvikling eller at udviklingen er tilfældig, dvs. ikke systematisk for gruppen.

Figur 10-3: Udvikling i gennemsnitlig funktionsevne (WHODAS) fra før til efter rehabiliteringsforløbet for subgrupper



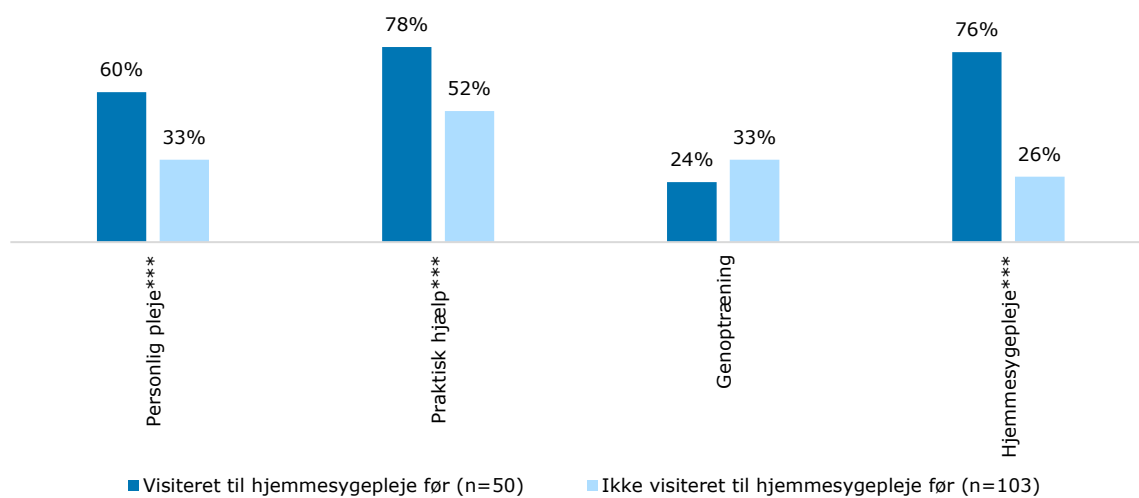
Note: Figuren indeholder subgrupper af borgere. Antallet af observationer står i parentes. Der indgår kun borgere med data på WHODAS-redskabet i før- og eftermålingen, samt en mindre gruppe med data på den opfølgende måling. Der er kun angivet en udvikling, hvis udviklingen er signifikant. Stjerneerne indikerer om udviklingen i trivsel er statistisk signifikant. * indikerer signifikans på 10%-niveau, ** indikerer signifikans på 5% niveau og *** indikerer den stærkeste statistiske signifikans på 1%-niveau. Hvis der ikke er nogen stjerne, indikerer det, at der enten ikke er sket en udvikling eller at udviklingen er tilfældig, dvs. ikke systematisk for gruppen.

Figur 10-4: Borgernes plejebæhov efter rehabiliteringsforløbet opdelt på borgere, der var visiteret til genoptræning før



Note: Antal borgere i hver subgruppe (n) er angivet i figuren. Der indgår kun borgere, hvor plejebæhovet er registreret både før og efter rehabiliteringsforløbet. Det betyder, at også borgere, der ikke modtog nogen ydelse før rehabiliteringsforløbet indgår. Stjerneerne på hver type visiteret ydelse indikerer, om der er en signifikant forskel fra før til efter forløbet. Signifikansniveauet indikeres med følgende: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct.

Figur 10-5: Borgernes plejebenhov efter rehabiliteringsforløbet opdelt på borgere, der var visiteret til hjemmesygepleje før



Note: Antal borgere i hver subgruppe (n) er angivet i figuren. Der indgår kun borgere, hvor plejebehovet er registreret både før og efter rehabiliteringsforløbet. Det betyder, at også borgere, der ikke modtog nogen ydelse før rehabiliteringsforløbet indgår. Stjerneerne på hver type visiteret ydelse indikerer, om der er en signifikant forskel fra før til efter forløbet. Signifikansniveauet indikeres med følgende: * 10 pct., ** 5 pct. og *** 1 pct.

10.2 Regressionsanalyser

Regressionsanalysen har til formål at undersøge, hvilke parametre der har betydning for udvikling i borgernes selvvaluerede trivsel og funktionsevne fra før til efter³⁵. Der er gennemført to regressionser: 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-scoren³⁶. Analyserne er gennemført ved brug af lineære regressionsmodeller (OLS) med robuste standardfejl, clusteret på kommuneniveau. 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 trivsel 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.

Tabel 10-1: Lineære regressionsanalyser af ændring i trivsel fra før til efter rehabiliteringsforløbet

WHO-5		Koefficienter	Standardfejl
Alder	Alder (år)	-0,0	(0,13)
Køn	Mand	4,8	(4,87)
	Kvinde	Ref.	
Etnicitet	Anden etnisk	15,3	(24,85)
	Etnisk dansk	Ref.	
Boform	Lejlighed	-5,6	(5,35)
	Ældrebolig	-7,8	(4,32)
	Eget hus	Ref.	
Samlever	Borgere, der bor uden samlever	3,5	(3,68)
	Borgere, der bor med samlever	Ref.	
Personlig pleje	Visiteret til personlig pleje initialt	-2,9	(5,55)
	Ikke visiteret til personlig pleje initialt	Ref.	
Trivsel	Initialt trivselsniveau (scoren går fra 0-100)	-0,5***	(0,08)
Funktionsevne	Initial funktionsevne (scoren går fra 0-100)	0,1	(0,12)
Motivation	Motivation for forløb (skala fra 1-10)	3,0**	(0,76)
Visitationsårsag	Visiteret efter akut sygdom m. indlæggelse	1,3	(2,39)
	Øvrige visitationsårsager	Ref.	
Rehabiliteringsforløb	Forløbets intensitet (antal minutter pr. uge)	0,2	(0,42)
Antal observationer		89	

Note: Lineær regression med robuste standardfejl clusteret på kommuneniveau. Den afhængige variable er forskellen i trivsel mellem før- og eftermålingen. 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.

³⁵ Regressionsanalyserne er gennemført efter samme metode, som anvendes i Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2020: *Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre* (ikke udgivet).

³⁶ Der er yderligere foretaget regressionser, der undersøger hvilke parametre der har betydning for udvikling i plejebestand med samme metode. Da disse ikke finder nogle signifikante resultater, er resultaterne ikke medtaget i bilaget.

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.

Table 10-2: Lineære regressionsanalyser af ændring i funktionsevne fra før til efter et rehabiliteringsforløb

WHODAS		Koefficienter	Standardfejl
Alder	Alder (år)	-0,1	(0,17)
Køn	Mand	-2,1	(4,12)
	Kvinde	Ref.	
Etnicitet	Anden etnisk	17,0***	(1,48)
	Etnisk dansk	Ref.	
Boform	Lejlighed	2,8	(5,31)
	Ældrebolig	0,7	(3,10)
	Eget hus	Ref.	
Samlever	Borgere, der bor uden samlever	-0,9	(5,29)
	Borgere, der bor med samlever	Ref.	
Personlig pleje	Visiteret til personlig pleje initialt	-1,4	(2,82)
	Ikke visiteret til personlig pleje initialt	Ref.	
Trivsel	Initialt trivselsniveau (scoren går fra 0-100)	0,1**	(0,02)
Funktionsevne	Initial funktionsevne (scoren går fra 0-100)	-0,574***	(0,07)
Motivation	Motivation for forløb (skala fra 1-10)	0,5	(0,69)
Visitationsårsag	Visiteret efter akut sygdom m. indlæggelse	7,6	(5,14)
	Øvrige visitationsårsager	Ref.	
Rehabiliteringsforløb	Forløbets intensitet (antal minutter pr. uge)	-0,3	(0,31)
Antal observationer		84	

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

10.3 Frafaldsanalyse

Tabellen herunder viser borgernes baggrundsplysninger opdelt efter, om borgerne indgår i progressionsmålingen for WHO-5 og WHODAS eller ej. Forskellene mellem borgere der har en progressionsmåling på WHO-5/WHODAS og borgere, der ikke indgår i progressionsmålingerne, er testet med t-test, hvor en markering med en stjerne 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, indikerer det, at borgerne i progressionsmålingen adskiller sig systematisk fra den generelle deltagergruppe. I det tilfælde er det vigtigt at være ekstra opmærksom i fortolkningen af resultaterne, da de ikke repræsenterer den samlede deltagergruppe for projektet, men en selekteret deltagergruppe. Frafaldsanalysen viser, at der ikke 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.

Table 10-3: Frafaldsanalyse på baggrundsplysninger

		Indgår i progressionsmåling	Frafaldet progressionsmåling
Køn	Mand	29 pct.	37 pct.
Civilstatus	Bor uden samlever	76 pct.	74 pct.
Alder	Under 65 år	13 pct.	14 pct.
	Mellem 65-74 år	14 pct.	18 pct.
	Mellem 75-84 år	42 pct.	43 pct.
	Over 84 år	30 pct.	25 pct.
Boligforhold	Bor i eget hus	51 pct.	45 pct.
	Bor i lejlighed	36 pct.	42 pct.
	Bor i ældrebolig	13 pct.	13 pct.
Visitation	Modtog ikke ydelser før	36 pct.	37 pct.
	Visiteret til personlig pleje	41 pct.	30 pct.
	Visiteret til praktisk hjælp	46 pct.	47 pct.
	Visiteret til genoptræning	15 pct.	16 pct.
	Visiteret til hjemmesygepleje	31 pct.	30 pct.
	Visiteret til andre ydelser	12 pct.	9 pct.
Tid visiteret under forløb	Gns. antal timer visiteret	4,3 timer	4,3 timer
Visitationsårsager	Akut sygdom m. indlæggelse	51 pct.	58 pct.
	Akut sygdom u. indlæggelse	5 pct.	8 pct.
	Tab af funktionsevne	30 pct.	19 pct.
	Revisitation *	3 pct.	10 pct.
	Andet	10 pct.	4 pct.
Motivation	Gns. score fra 0-10 *	8	7
Trivsel	WHO-5 score (0-100)	41	46
Funktionsevne	WHODAS score (0-100)	55	52
Antal borgere		92	118

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.

10.4 Supplerende analyse af borgere, der har udfyldt alle tre målinger

Samlet har 210 borgere besvaret spørgeskemaet med baggrundsoplysninger, mens 203 borgere har besvaret førmålingen, 156 har besvaret eftermålingen, mens 128 har besvaret den opfølgende måling og dermed samtlige tre målinger. For at identificere hvilke borgere, der har besvaret alle tre målinger, er der foretaget en analyse for denne subgruppe af borgere i analysen. Denne beskrivelse kan sammenholdes med deltagergruppebeskrivelsen i afsnit 3.1.

Analysen af borgere med samtlige målinger sammenholdes med den fulde deltagergruppebeskrivelse i nedenstående Tabel 10-4.

Tabel 10-4: Beskrivelse af borgere, der har udfyldt alle tre målinger og borgere i den fulde deltagergruppe

		Borgere med alle tre målinger	Fulde deltagergruppe
Demografi	Andel mænd	30 pct.	34 pct.
	Bor med samlever	27 pct.	25 pct.
	Gennemsnitsalder	77,1 år	77,4 år
Boligforhold	Bor i eget hus	50 pct.	48 pct.
	Bor i lejlighed	41 pct.	40 pct.
	Bor i ældrebolig	9 pct.	13 pct.
Visitation	Modtog ikke ydelser før	44 pct.	37 pct.
	Visiteret til personlig pleje	29 pct.	35 pct.
	Visiteret til praktisk hjælp	37 pct.	47 pct.
	Visiteret til genoptræning	15 pct.	16 pct.
	Visiteret til hjemmesygepleje	26 pct.	30 pct.
	Visiteret til andre ydelser	10 pct.	10 pct.
	Tid visiteret til personlig pleje pr. uge	4,6 timer	4,7 timer
	Tid visiteret til praktisk hjælp pr. uge	1,1 timer	1,0 timer
	Tid visiteret til genoptræning pr. uge	2,8 timer	1,8 timer
	Tid visiteret til hjemmesygepleje pr. uge	2,7 timer	3,5 timer
Tid visiteret til andre ydelser pr. uge	2,0 timer	1,6 timer	
Visitationsårsager	Akut sygdom m. indlæggelse	50 pct.	55 pct.
	Akut sygdom u. indlæggelse	6 pct.	7 pct.
	Tab af funktionsevne	24 pct.	24 pct.
	Revisitation *	11 pct.	7 pct.
	Andet	9 pct.	7 pct.
Rehabiliteringsforløb	Visiteret timer under rehabiliteringsforløb	5,5 timer	5,1 timer
	Under 1 time	14 pct.	13 pct.
	Mellem 1-4 timer	43 pct.	46 pct.
	Mellem 4-8 timer	23 pct.	23 pct.
	Mellem 8-14 timer	8 pct.	9 pct.
	Over 14 timer	12 pct.	10 pct.
	Hjemmesygepleje under rehabiliteringsforløb	40 pct.	43 pct.
	Genoptræning under rehabiliteringsforløb	15 pct.	18 pct.
	Andet hjælp under rehabiliteringsforløb	37 pct.	37 pct.
Motivation	Gennemsnitlig score fra 0-10 *	7,3	7,5
Trivsel	Andel der har udfyldt WHO-5 i førmåling	53 pct.	68 pct.
	WHO-5 score (0-100)	39	42
Funktionsevne	Andel der har udfyldt WHODAS i førmåling	53 pct.	67 pct.
	WHODAS score (0-100)	55	54
Antal borgere		128	210