



Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a



Resultater fra en landsdækkende
spørgeskemaundersøgelse

Status på rehabiliteringsforløb efter § 83 a

Resultater fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Februar 2022

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. Introduktion | 4 |
| 1.1. Tidlige undersøgelser | 4 |
| 1.2. Afgrænsning af rehabilitering | 5 |
| 1.3. Lovgivning om rehabilitering | 5 |
| 1.4. Læsevejledning | 5 |
| 2. Resumé | 7 |
| 3. Metode | 10 |
| 4. Målgruppe for rehabiliteringsforløb | 11 |
| 4.1. Rehabiliteringsforløb med inddragelse af hjemmesygeplejeindsatser | 12 |
| 4.2. Rehabiliteringsforløb til borgere med demens | 13 |
| 4.3. Forebyggende forløb til borgere der endnu ikke er i målgruppen | 14 |
| 4.4. Rehabiliteringsforløb til borgere der bor i plejebolig | 15 |
| 5. Organisering af rehabiliteringsforløb | 17 |
| 5.1. Organisatorisk placering af koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb | 17 |
| 5.2. Faggrupper med ansvar for koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb | 20 |
| 5.3. Planlagt eller ændret organisering omkring rehabiliteringsforløb i kommunen | 21 |
| 5.4. Samarbejde med private leverandører om rehabiliteringsforløb | 22 |
| 6. Visitation til og gennemførelse af rehabiliteringsforløb | 25 |
| 6.1. Visitation af rehabiliteringsforløb | 25 |
| 6.2. Forløbskoordinatører | 26 |
| 6.3. Mødeformer til drøftelse af specifikke rehabiliteringsforløb | 26 |
| 6.4. Opfølgning på et rehabiliteringsforløb | 27 |
| 7. Faglige metoder, redskaber og kompetenceudvikling | 30 |
| 7.1. Redskaber til at afdække funktionsevneniveau, målsætning og motivation | 30 |
| 7.2. Håndbog om rehabiliteringsforløb | 32 |
| 7.3. Kompetenceudvikling målrettet rehabilitering | 32 |
| 8. Data og dokumentation vedrørende rehabilitering | 34 |

1. Introduktion

Siden 2015 har det været lovpligtigt for alle danske kommuner at tilbyde et kort, tidsafgrænset og målorienteret rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a, hvis det vurderes at kunne forbedre en borgers funktionsevne og dermed reducere eller fjerne behovet for hjemmepleje (servicelovens § 83). Alle kommuner tilbyder derfor rehabiliteringsforløb på ældreområdet, men der eksisterer store kommunale variationer i tilrettelæggelse og gennemførelse af rehabiliteringsforløb, hvilket også har været synliggjort i tidligere undersøgelser på området.

Sundhedsstyrelsen ønsker at skabe et overblik over status på kommunernes arbejde med rehabilitering efter servicelovens § 83 a. Derfor har Sundhedsstyrelsen gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om rehabilitering på ældreområdet. Denne rapport indeholder resultaterne af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse.

Spørgeskemaundersøgelsen inddrager spørgsmål og tematikker afdækket i tidligere undersøgelser (se mere i afsnit 1.1) samt en række nye tematikker som eksempelvis, hvordan kommunerne følger op med borgeren efter et afsluttet rehabiliteringsforløb. I rapporten sammenholdes resultaterne fra nærværende undersøgelse med resultater fra tidligere undersøgelser, hvor det er muligt. Dermed bidrager indeværende rapport dels med en aktuel status på rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a og dels med et overblik over udviklingen på tematikker, som tidligere har været belyst i spørgeskemaundersøgelser.

1.1. Tidligere undersøgelser

Den gennemførte spørgeskemaundersøgelse og analysen af resultaterne står på skuldrene af tidligere undersøgelser på området. Herunder *Praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a*¹ (2017), *Kortlægning af samarbejde med private leverandører – om rehabilitering efter servicelovens § 83 a*² (2019) og *Rehabilitering på ældreområdet efter § 83 a i serviceloven*³ (2019). Det muliggør, at resultaterne fra denne undersøgelse kan sammenholdes med tidligere øjeblikbilleder af praksis omkring rehabiliteringsforløb.

¹ Sundheds- og Ældreministeriet, Praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a, 2017

² Sundhedsstyrelsen, Kortlægning af samarbejdet med private leverandører – om rehabilitering efter servicelovens § 83 a, 2019

³ Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven, 2019

1.2. Afgrænsning af rehabilitering

I nærværende rapport fokuseres der på rehabilitering på ældreområdet efter servicelovens § 83 a. Når der i rapporten refereres til 'rehabilitering', er det derfor specifikt denne ydelse, der menes, medmindre andet fremgår.

1.3. Lovgivning om rehabilitering

I 2014 vedtog Folketinget en ændring af serviceloven, der forpligter kommunerne til at tilbyde et rehabiliteringsforløb (§ 83 a) til borgere, der vurderes at kunne forbedre sin funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmepleje. Lovteksten fremgår af nedenstående boks.⁴

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

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6.

1.4. Læsevejledning

Rapporten er opbygget i følgende kapitler:

- **Kapitel 2** indeholder et kort resumé af rapporten og udvalgte hovedresultater
- **Kapitel 3** vedrører spørgeskemaundersøgelsens metode
- **Kapitel 4** handler om forskellige målgrupper for rehabiliteringsforløb
- **Kapitel 5** vedrører organiseringen af rehabiliteringsforløb, herunder hvor ansvaret for koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb er placeret, og hvilke faggrupper der løfter opgaverne. Kapitlet vedrører også kommunernes samarbejde med private leverandører

⁴ Social- og Ældreministeriet, Bekendtgørelse af lov om social service.

- **Kapitel 6** vedrører kommunernes praksis for visitation til og gennemførelse af rehabiliteringsforløb
- **Kapitel 7** handler om faglige redskaber anvendt i udførelsen af rehabiliteringsforløb samt om kommunernes kompetenceudvikling på området
- **Kapitel 8** handler om kommunernes data- og dokumentationspraksis vedrørende rehabiliteringsforløb
- **Bilaget til rapporten** indeholder en grafisk præsentation af kommunernes besvarelse af hvert spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen.

2. Resumé

Alle kommuner tilbyder rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a på ældreområdet. Kommunerne har organiseret tilrettelæggelsen og gennemførelsen af rehabiliteringsforløb på forskellig vis, hvilket også har været synliggjort i tidligere undersøgelser på området. Sundhedsstyrelsen har bedt Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) om at gennemføre en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om rehabiliteringsforløb efter § 83 a på ældreområdet for at kunne tegne et aktuelt statusbillede af praksis i landets kommuner.

Undersøgelsen er gennemført i efteråret 2021, og i alt har 81 ud af landets 98 kommuner besvaret undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 83 %.

Spørgeskemaundersøgelsen er inddelt i en række tematikker, der vedrører rehabiliteringsforløb på forskellig vis. Udvalgte hovedresultater fra spørgeskemaundersøgelsen er fremhævet i det nedenstående.

Målgrupper for rehabiliteringsforløb (kapitel 4)

- Hovedparten af bevilligede rehabiliteringsforløb er nye visitationer, dvs. til borgere, der ikke forud for forløbet modtog hjemmeplejeydelser (nyvisitationer udgør gennemsnitligt 61 % af det samlede antal forløb). Revisitationer, dvs. forløb til borgere, der i forvejen modtager hjemmeplejeydelser, udgør i gennemsnit 39 % af de samlede forløb. Dette er i tråd med billedet fra en tidligere spørgeskemaundersøgelse⁵, hvor fordelingen var tilnærmelsesvis den samme.
- Mere end halvdelen af de adspurgte kommuner arbejder med rehabiliteringsforløb, der i større eller mindre grad også inkluderer hjemmesygeplejeindsatser.
- Hovedparten af kommunerne tilbyder typisk rehabiliteringsforløb til borgere med demens. Som følge af de individuelle og konkrete vurderinger i de enkelte sager angiver kommunerne, at tilrettelæggelsen af det konkrete rehabiliteringsforløb typisk er meget forskellig fra borger til borger.
- Godt en tredjedel af kommunerne arbejder med forebyggende forløb til borgere, der endnu ikke er i målgruppen for rehabiliteringsforløb.

Organisering af rehabiliteringsforløb (kapitel 5)

- Kommunerne er blevet spurgt til, hvor henholdsvis koordineringen og udførelsen af rehabiliteringsforløb organisatorisk er placeret. Her ses der stor variation mellem kommunerne, hvor nogle kommuner har samlet ansvaret for koordinering og

⁵ Sundheds- og Ældreministeriet, Praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a, 2017

udførelse det samme sted i organisationen, mens andre kommuner har opdelt dette ansvar mellem forskellige organisatoriske enheder.

- Faggrupper som ergo- og fysioterapeuter er typisk både involveret i koordinering og udførelse af et rehabiliteringsforløb. Andre faggrupper som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er derimod primært ansvarlige for udførelse af rehabiliteringsforløb.
- Kommunernes organisering af rehabiliteringsforløb er i høj grad under udvikling. Dette understreges af, at en tredjedel af kommunerne har gennemført organisationsændringer på området inden for de seneste to år, mens yderligere en tredjedel af kommunerne påtænker at gøre det inden for de kommende to år.

Praksis for visitation til og gennemførelse af rehabiliteringsforløb (kapitel 6)

- Der er stor forskel på, om rehabiliteringsforløb visiteres som en pakkeydelse eller som enkelttydelser i kommunerne. 62 % af kommunerne visiterer rehabiliteringsforløb som enkelttydelser, mens de resterende kommuner enten visiterer i pakker eller i en kombineret løsning.
- Kommunernes praksis for opfølgning på afsluttede rehabiliteringsforløb varierer også meget. Fire ud af ti kommuner svarer, at de har en fast og systematisk praksis for opfølgning med en borger efter endt forløb. En næsten tilsvarende andel af kommunerne angiver, at de ikke har en fast struktur for at følge op med borgeren på et afsluttet rehabiliteringsforløb. Disse kommuner angiver typisk, at de følger op efter konkrete vurderinger om behov, eller at der ikke følges specifikt op på rehabiliteringsforløb.

Faglige redskaber anvendt i udførelsen af rehabiliteringsforløb (kapitel 7)

- Syv ud af ti kommuner anvender ét eller flere standardiserede redskaber til at afdække borgerens funktionsniveau. Hver femte kommuner angiver, at de ikke anvender et standardiseret redskab til at afdække borgernes funktionsniveau.
- Hvad angår målsætning med borgeren, anvender knap halvdelen af kommunerne et særligt skema/redskab i forbindelse med, at de sammen med borgeren opstiller mål for rehabiliteringsforløbet. Den resterende halvdel af kommunerne anvender ikke et standardiseret skema/redskab til dette.
- Knap 40 % af kommunerne har selv afholdt eller betalt for kompetenceudvikling målrettet rehabiliteringsforløb inden for det seneste år. Yderligere 41 % planlægger at afholde eller betale for kompetenceudvikling inden for det næste år. Fokus i kompetenceudviklingen er blandt andet på rehabiliteringsforløb for borgere med psykiatriske lidelser, motivation af borgerne samt en styrkelse af det tværfaglige samarbejde.

Data- og dokumentationspraksis (kapitel 8)

- I spørgeskemaet har kommunerne svaret på spørgsmål om data og dokumentation vedrørende rehabiliteringsforløb. 62 % af kommunerne har en fast praksis for at registrere og monitorere data på rehabiliteringsforløb. De resterende kommuner har enten ikke en fast praksis (20 %) eller arbejder på at opbygge en model for at registrere og monitorere data på området (18 %).
- Blandt de kommuner, der har en fast praksis for at registrere og monitorere data, er det især viden om aktiviteter og ydelser, der følges. Dette kan eksempelvis være forløbslængde på rehabiliteringsforløb, visiteret tid samt ydelser før og efter forløbet. Data om kvaliteten af rehabiliteringsforløb omhandler typisk borgernes funktionsevne og målopfyldelse i forløbene. Kvalitetsindikatorer følges dog kun i mindre udpræget grad, hvilket kan hænge sammen med, at data om fx borgernes trivsel eller tilfredshed ikke er så let tilgængelige i kommunernes omsorgssystemer som de mere aktivitetsrettede data.

3. Metode

For at skabe et overblik over rehabilitering på ældreområdet anno 2021 er der gennemført en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse målrettet alle landets kommuner.

Rambøll har gennemført undersøgelsen for Sundhedsstyrelsen.

Spørgeskemaet er udarbejdet i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Det bestod af 42 spørgsmål og en række åbne tekstfelter til uddybende svar. Estimeret svartid var 20 minutter.

Spørgeskemaet blev pilottestet i to kommuner og blev tilpasset, inden det blev sendt via mail til hoved- eller afdelingspostkasser i alle landets kommuner i oktober 2021. Spørgeskemaerne er i de enkelte kommuner blevet videreformidlet til en kontaktperson med viden om, hvordan visitation og organisering af rehabiliteringsforløb foregår i kommunen. I praksis er spørgeskemaerne typisk blevet besvaret af ledere af rehabiliteringsenheder, myndighedsledere, konsulenter eller forløbskoordinatorer med ansvar for rehabiliteringsområdet.

Spørgeskemaundersøgelsen var åben for besvarelser i fire uger. Kommunerne blev løbende kontaktet som påmindelse om at besvare spørgeskemaet med henblik på at sikre en høj svarprocent.

I alt har 81 ud af landets 98 kommuner besvaret undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 83 %.

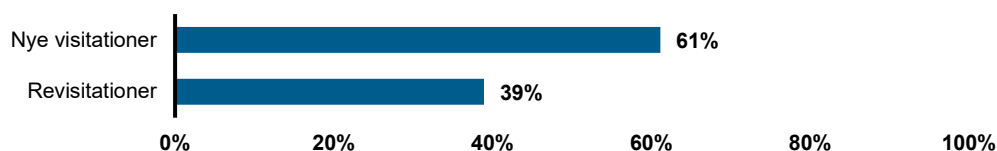
Blandt de kommuner, der ikke har besvaret spørgeskemaet, er der ingen væsentlig systematik i forhold til geografi eller kommunestørrelse. Resultaterne i indeværende rapport skønnes derfor i høj grad at være repræsentative for status på rehabiliteringsområdet blandt landets kommuner.

En grafisk præsentation af kommunernes besvarelse af hvert spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen er findes i bilaget til denne rapport.

4. Målgruppe for rehabiliteringsforløb

Alle kommuner skal foruden at tilbyde et rehabiliteringsforløb til borgere, der ikke allerede modtager hjemmepleje, også reorganisere borgere, der modtager hjemmepleje efter service-lovens § 83, hvis det vurderes, at de kan få gavn af et rehabiliteringsforløb. Hver kommune blev i spørgeskemaet bedt om at give et skøn på fordelingen af hhv. ny- og reorganiseringer af kommunens samlede visitationer af rehabiliteringsforløb det seneste år. Den gennemsnitlige fordeling viser, at andelen af nye visitationer er større (61 %) end andelen af reorganiseringer (39 %) i kommunerne.

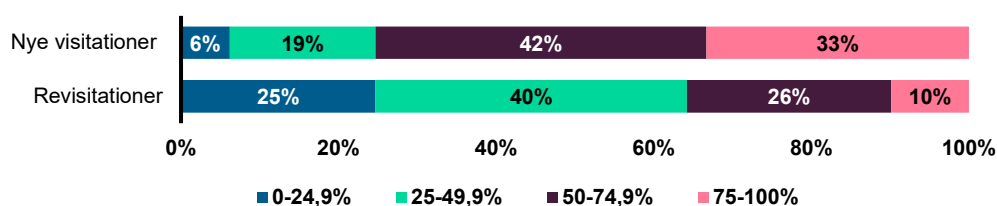
Figur 4-1: Gennemsnitlig andel af kommunens samlede rehabiliteringsforløb som er hhv. nye visitationer og reorganiseringer



Note: N = 81. Spørgsmålsformulering: "Hvor stor en andel af de samlede bevillinger til § 83 a-forløb i det seneste år er henholdsvis til borgere, som ikke modtager hjælp og støtte efter § 83 (nye visitationer), og borgere, som i forvejen modtager hjælp og støtte efter § 83 (reorganiseringer)?"

I nedenstående figur 4-2 er kommunernes besvarelser opdelt yderligere, for at se på variationen i fordelingen.

Figur 4-2: Andel af kommunens samlede rehabiliteringsforløb, der hhv. er nye visitationer og reorganiseringer



Note: N = 81. Spørgsmålsformulering: "Hvor stor en andel af de samlede bevillinger til § 83 a-forløb i det seneste år er henholdsvis til borgere, som ikke modtager hjælp og støtte efter § 83 (nye visitationer), og borgere, som i forvejen modtager hjælp og støtte efter § 83 (reorganiseringer)?"

Her fremgår det, at størstedelen af rehabiliteringsforløb bevilliges til borgere, der ikke allerede modtog hjemmepleje (nye visitationer). For en tredjedel af kommunerne udgjorde nye visitationer således mellem 75-100 % af rehabiliteringsforløb i kommunen. For 42 % af kommunerne udgjorde nye visitationer 50-74,9 % af de samlede bevilligede rehabiliteringsforløb.

Rehabiliteringsforløb til borgere, der modtager hjemmepleje (revisitationer), udgjorde for hver fjerde kommune under 25 % af de samlede rehabiliteringsforløb. For 40 % af kommunerne udgjorde revisitationer 25-49,9 % af de samlede bevilligede rehabiliteringsforløb.

Det faktum, at størstedelen af bevillingerne til rehabiliteringsforløb er til nye visitationer, er i tråd med fundet i praksisundersøgelsen fra 2017. Dengang svarede 64 % af de adspurgte kommuner, at 60 % eller flere af bevillingerne var til nye visitationer⁶.

4.1. Rehabiliteringsforløb med inddragelse af hjemmesygeplejeindsatser

Blandt landets kommuner arbejdes der på forskellig vis med at sikre gode synergier og snitflader mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Herunder har mange kommuner erfaring med at inddrage hjemmesygeplejeindsatser i rehabiliteringsforløb. En analyse har dog tidligere vist, at det er udfordring for kommunerne at integrere sygeplejerskerne i deres tilbud om rehabilitering⁷.

Dette er der spurgt nærmere ind til i spørgeskemaet, hvor kommunerne svarede på, om de arbejder med rehabiliterende forløb, der inkluderer indsatser under hjemmesygeplejen (sundhedslovens § 138). 60 % af kommunerne angiver, at de arbejder med rehabiliterende forløb, hvor dele af eller hele forløbet tager udgangspunkt i hjemmesygeplejeindsatser. Det drejer sig eksempelvis om indsatser ift. kompressionsstrømper, øjendrypning eller medicinadministration ifølge kommunernes uddybende kommentarer i spørgeskemaet. Et eksempel på en kommentar lyder: *"I sektionen, der kun arbejder med rehabilitering i kommunen, har vi social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, som arbejder med sygeplejeoverdragede ydelser efter § 138 - eksempel kunne være borger med stomi, der selv skal lære at varetage skift af stomi pose/plade."*

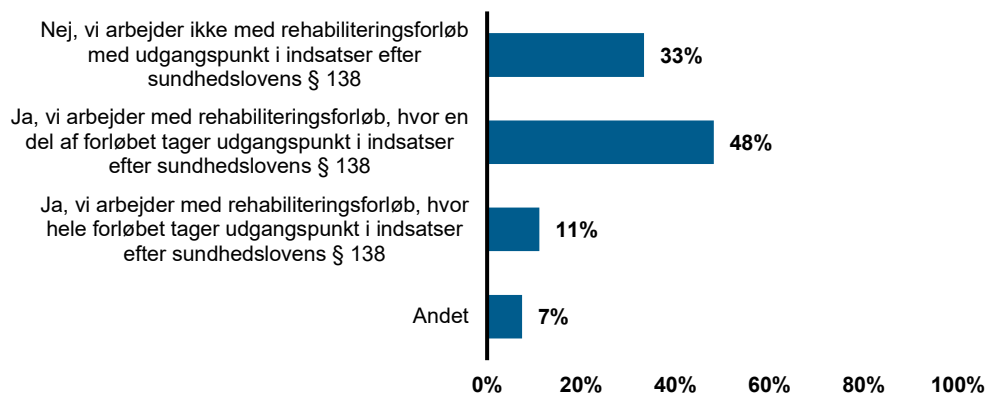
En tredjedel af kommunerne arbejder ikke med rehabiliterende forløb med udgangspunkt i hjemmesygeplejeindsatser. Af de uddybende kommentarer fremgår det, at nogle kommuner enten er ved at sætte fokus på at arbejde rehabiliterende med hjemmesygeplejeindsatser eller har fokuseret på det længe, men er udfordret af, at det er svært at få hjemmesygeplejen til at arbejde tilstrækkeligt rehabiliterende.

Seks kommuner svarer "andet" til spørgsmålet, hvor nogle kommenterer, at de har et selvstændigt fokus på rehabiliterende forløb i forbindelse med hjemmesygeplejeindsatser. En kommune oplever, at det har været kommunens hensigt at arbejde rehabiliterende med hjemmesygeplejeindsatser, men at det ikke har fungeret i praksis med hjemmesygeplejen.

⁶ Sundheds- og Ældreministeriet, Praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a, 2017

⁷ KORA, Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen - Hvad kan vi lære af danske studier?, 2017

Figur 4-3: Rehabiliterende forløb med udgangspunkt i hjemmesygeplejeydelser



Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Arbejder I med rehabiliterende forløb med udgangspunkt i indsatser efter Sundhedslovens § 138?"

4.2. Rehabiliteringsforløb til borgere med demens

Rehabiliteringsforløb til borgere med demens kan være udfordret af, at sygdommen gør det svært for borgeren at kunne samarbejde rent kognitivt om forløbet. Dermed kan sygdommen få afgørende indflydelse på, hvorvidt en borger vil kunne profitere af et rehabiliteringsforløb eller ej. I kommunerne vil en vurdering af dette altid skulle bero på en konkret og individuel vurdering af den enkelte borger.

I spørgeskemaet blev kommunerne adspurgt, om de typisk arbejder med rehabiliteringsforløb til borgere med demens. Det gør hovedparten af kommunerne. 65 % tilbyder typisk et rehabiliteringsforløb til borgere med mildere grader af demens, mens 14 % af kommunerne typisk tilbyder alle borgere med demens et forløb uanset graden af demens. Mange af kommunerne uddyber deres svar ved at præcisere, at selvom der kan tegnes et billede af den typiske praksis, vil tilbud om rehabiliteringsforløb altid ske på baggrund af en individuel og konkret vurdering.

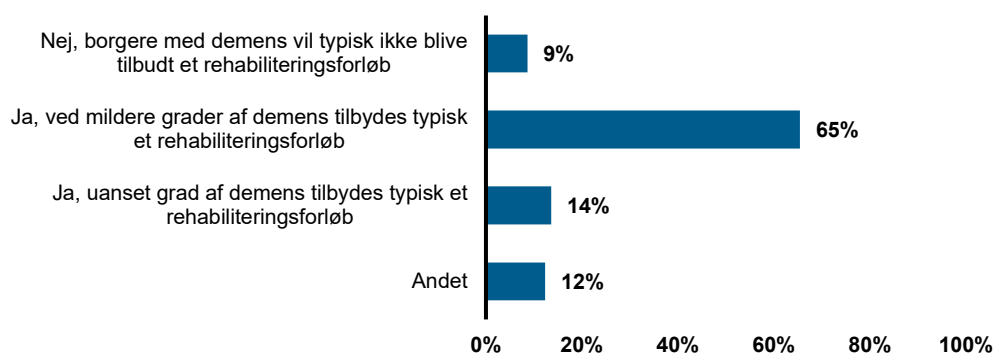
Enkelte kommuner kommenterer, at forløbene foregår forskelligt afhængigt af graden af demens. Det dækker over, hvem der varetager forløbet og længden af forløbet. En kommune uddyber for eksempel: "Ofte er forløbene korte, hvis graden af demens er svær. Det er oftest nye borgere med demens, der kommer i § 83 a-forløb - det er sjældent de borgere med svær demens, som vi kender, der kommer i forløb."

Ti kommuner svarer "andet" til spørgsmålet om rehabiliteringsforløb til borgere med demens. Flertallet af disse kommuner kommenterer i tråd med ovenstående, at vurderingen altid være individuel og aldrig diagnosebestemt. En kommune skriver, at målsætningen for borgere med demens typisk vil være at forebygge yderligere reduktion af borgernes funktionsevne: "Borgerne er progredierende i deres demens, derfor giver det sjældent

mening at tale rehabilitering, men det giver mening at tale om en tværfaglig indsats for at forebygge konsekvenserne af demens.”

Syv kommuner tilbyder typisk ikke rehabiliteringsforløb til borgere med demens. Ingen af disse kommuner uddyber deres svar.

Figur 4-4: Andel af kommuner, der arbejder med rehabiliteringsforløb til borgere med demens



Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Arbejder I typisk med § 83 a-rehabiliteringsforløb til borgere med demens?"

4.3. Forebyggende forløb til borgere der endnu ikke er i målgruppen

Rehabiliteringsforløb efter § 83 a skal jf. gældende lovgivning tilbydes til borgere, der vurderes at kunne forbedre sin funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmepleje. Kommunerne kan vælge at tilbyde rehabiliterende forløb til andre målgrupper og dermed arbejde forebyggende ift. borgere, der endnu ikke er i målgruppen for hjemmepleje.

Kommunerne svarede i spørgeskemaet på, om de tilbyder rehabiliterende forløb som en forebyggende indsats til borgere, der endnu ikke er i målgruppen for hjemmepleje. 37 % af kommunerne tilbyder et forebyggende forløb til borgere, der endnu ikke er i målgruppen for hjemmepleje, mens de resterende 63 % af kommunerne ikke gør.

De fleste kommuner uddyber, hvilke borgere der er i målgruppen for et forebyggende forløb. I kommentarerne ses en tendens til, at forebyggende forløb anvendes til tre målgrupper. Det drejer sig dels om borgere i målgruppen for andre indsatser, borgere som forventeligt snart er i målgruppen for hjemmepleje samt borgere med et uafklaret behov for hjælp. For eksempler på hver målgruppe se tabel 4-1.

Tabel 4-1: Typiske målgrupper for forebyggende forløb

| Typiske målgrupper for forebyggende forløb | Citat fra en kommune, der arbejder med målgruppen |
|---|---|
| Borgere i målgruppen for indsatser efter sundhedslovens § 138 eller servicelovens § 86. | <i>"Det kan fx være borgere, som er selvhjulpne i forhold til personlig pleje og praktisk hjælp, men som skønnes at kunne forblive selvhjulpne i en længere periode ved at modtage et genoptræningsforløb efter § 86."</i> |
| Borgere, hvor behov for hjælp skal afklares. Fx efter en hospitalsindlæggelse eller ved ansøgning om praktisk hjælp eller hjælpemidler for første gang. | <i>"Alle borgere [der endnu ikke modtager hjemmepleje], der henvender sig, besøges som udgangspunkt af terapeut og vurderes det her, at borger kan profitere af et kort og intensivt forløb med råd, vejledning, tips og tricks, tilbydes de et rehabiliterende forløb, hvor terapeut, der er ansat i visitationen, er udfører på forløbet, som løber intensivt max 3 uger, herefter endelig vurdering af borgers behov."</i> |
| Borgere, som snart vil være i målgruppen for hjemmepleje efter servicelovens § 83 | <i>"Hvis visitationen er ude på besøg hos fx borgere, som endnu ikke er berettiget til hjemmehjælp, men har nogle udfordringer, som vil kunne lettes eller afhjælpes med instruktion, træning, et hjælpemiddel eller lign. så sættes et forløb i gang"</i> |

Note: Kategorisering af borgergrupper, som kommuner tilbyder et forebyggende forløb. Viden er indsamlet i et åbent tekstfelt i spørgeskemaet.

4.4. Rehabiliteringsforløb til borgere der bor i plejebolig

Borgere, der bor i plejebolig, kan have andre behov for rehabiliteringsforløb end øvrige grupper af borgere, der er i målgruppen for rehabiliteringsforløb. Borgere i plejeboliger vil ofte have et stort behov for personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83, hvilket kan medføre, at eventuelle rehabiliteringsforløb for denne gruppe af borgere tilrettelægges på en særlig måde. Den enkelte borgers behov for et rehabiliteringsforløb vil i kommunerne altid skulle vurderes konkret og individuelt, men der er i undersøgelsen spurgt ind til det typiske billede af rehabiliteringsforløb til borgere, der bor i plejebolig.

Hovedparten (57 %) af kommunerne angiver i spørgeskemaet, at borgere i plejebolig typisk ikke modtager et rehabiliteringsforløb. En tredjedel af kommunerne arbejder typisk med rehabiliteringsforløb til borgere i plejebolig. Forløbene er enten særligt målrettet denne målgruppe (23 %) eller tilrettelægges som de øvrige rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a (10 %).

Otte kommuner svarer "andet" til spørgsmålet om, de typisk tilbyder rehabiliteringsforløb til borgere i plejebolig. Hovedparten af kommunerne kommenterer, at plejepersonalet tilknyttet plejeboliger arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang, samt at de nogle gange i

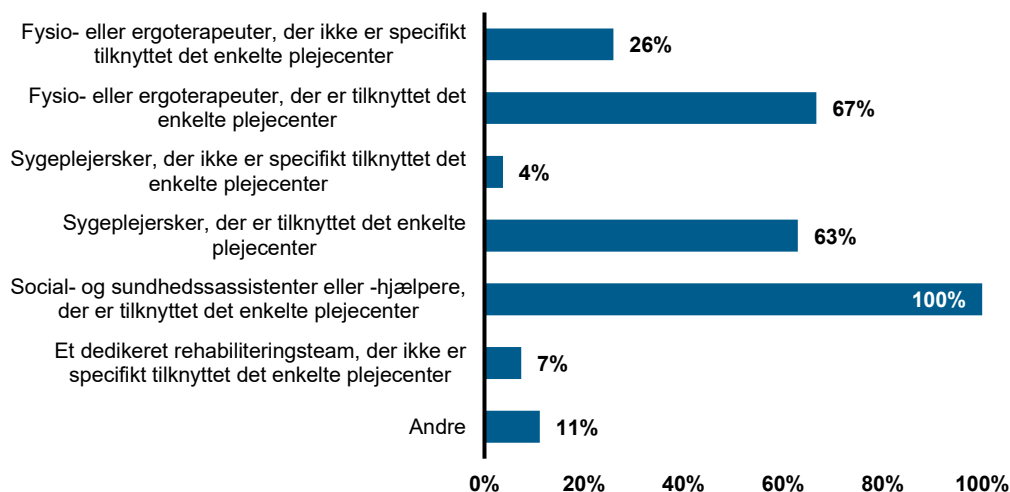
samarbejde med en fysio- eller ergoterapeut udfører rehabiliterende indsatser til målgruppen.

Involverede faggrupper

De kommuner, som typisk bevilliger rehabiliteringsforløb til borgere i plejebolig, blev spurgt, hvilke faggrupper eller enheder, der typisk inddrages i rehabiliteringsforløbet.

I samtlige 27 kommuner, der typisk tilbyder rehabiliteringsforløb til borgere i plejebolig, er social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere på det enkelte plejecenter involveret i rehabiliteringsforløbene. I hovedparten af kommunerne er fysio- eller ergoterapeuter og sygeplejersker, der er tilknyttet det enkelte plejecenter, ligeså involveret i rehabiliteringsforløbene. I 11 % af kommunerne inddrages andre faggrupper i forløbene. Her nævnes diætist, demenskonsulent og pædagogisk uddannet personale i spørgeskemaets åbne tekstfelt.

Figur 4-5: Faggrupper der inddrages i rehabiliteringsforløb til borgere i plejebolig



Note: N= 27. Kun kommuner, der tilbyder rehabilitering til borgere i plejeboliger, har fået spørgsmålet. Figuren kan summere til mere end 100 %, da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvilke faggrupper/enheder inddrages typisk i § 83 a-rehabiliteringsforløb til borgere i plejeboliger?"

5. Organisering af rehabiliteringsforløb

5.1. Organisatorisk placering af koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb

Kommunerne afgør selv, hvordan de vælger at organisere rehabiliteringsforløb. I spørgeskemaet er kommunerne blevet spurgt til, hvor henholdsvis koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb organisatorisk er placeret.

Hovedparten af kommunerne svarer, at en visitationsafdeling varetager koordinering af rehabiliteringsforløb. Af figur 5-1 fremgår desuden, at koordineringen også relativt hyppigt er placeret i enten et dedikeret rehabiliteringsteam, i en træningsenhed eller i hjemmeplejen, hvor der er tildelt ekstra ressourcer såsom fysio- og ergoterapeuter eller sygeplejersker.

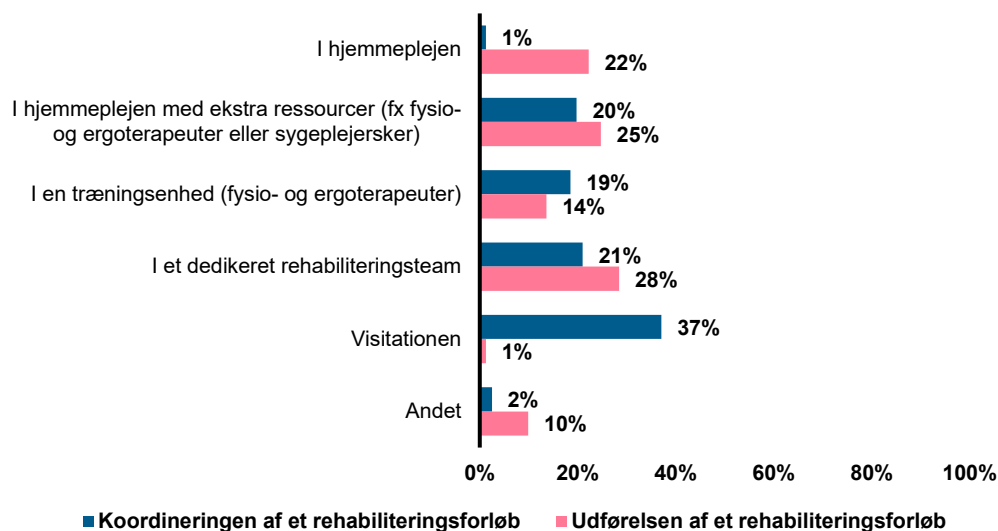
Hvad angår den organisatoriske placering af udførelsen af rehabiliteringsforløb viser figur 5-1 et mere broget billede. Her er der tre forskellige steder i organisationen, hvor udførelsen af rehabiliteringsforløb er forankret med lige stor hyppighed blandt kommunerne: I et dedikeret rehabiliteringsteam, i hjemmeplejen med eller uden ekstra ressourcer.

Resultaterne vedrørende organisering af rehabiliteringsforløb er delvist i tråd med resultater fra tidligere gennemførte undersøgelser. I undersøgelser fra 2017⁸ og 2019⁹ er den organisatoriske placering af rehabiliteringsforløb angivet til at være i hjemmeplejen hos hovedparten af kommunerne. Det ses også i de tidligere undersøgelser, at rehabiliteringsforløb i mange tilfælde er organisatorisk placeret i en dedikeret rehabiliteringsenhed i kommunerne. Ingen af undersøgelserne har dog belyst spørgsmålet om organisatorisk placering af rehabiliteringsforløb på helt samme måde som i denne undersøgelse, hvilket vanskeliggør en præcis sammenligning af resultaterne fra undersøgelserne.

⁸ Sundheds- og Ældreministeriet, Praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a, 2017

⁹ Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven, 2019

Figur 5-1: Organisatorisk placering af ansvar for koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb



Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Hvor har I organisatorisk placeret det primære ansvar for koordineringen og udførelsen af et § 83 a-forløb?"

For at belyse organiseringen af rehabiliteringsforløb nærmere er det undersøgt, hvor mange kommuner der har forankret koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb hhv. det samme sted eller forskellige steder i organisationen. Dertil er typiske eksempler på organisationsformerne identificeret.

Resultaterne fremgår af tabel 5-1 og 5-2 nedenfor og er yderligere uddybet under tabellerne.

Tabel 5-1: Eksempler på organiseringsformer, hvor koordinering og udførelse er samlet

| Antal (og andel) af kommuner med organiseringsformen | Typiske eksempler på organisationsformen |
|--|---|
| 37 kommuner (46 %) | Dedikeret rehabiliteringsteam (15 kommuner) |
| | Hjemmeplejen med ekstra ressourcer (12 kommuner) |
| | Træningsenhed (7 kommuner) |

Tabel 5-2: Eksempler på organiseringsformer, hvor koordinering og udførelse er adskilt

| Antal (og andel) af kommuner med organiseringsformen | Koordinering er placeret i | Udførelse er placeret i |
|--|----------------------------|--|
| 44 kommuner (54 %) | Visitationen | Hjemmeplejen (9 kommuner) |
| | Visitationen | Dedikeret rehabiliteringsteam (8 kommuner) |

Samlet koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb

I kommuner, der har organiseret koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb ét sted, er ansvaret oftest placeret i et dedikeret rehabiliteringsteam. Det har 41 % af kommunerne med en samlet organisationsform gjort (15 kommuner). Et eksempel herpå er en kommune, der har beskrevet følgende i spørgeskemaet: *"I X kommune har vi en sektion - 20 medarbejdere (...) der kun arbejder med rehabilitering. (...) I sektionen er vi selvvisiterende, og medarbejderne udformer mål/delmål og hvordan disse skal gribes an sammen med borgeren, ofte i samarbejde med rehabiliteringsterapeuterne. Medarbejderne aftaler med sektionsleder/planlægger, der koordinerer det, der er aftalt med borgerne ift. medarbejderens køreliste."*

Derudover er to øvrige organiseringer udbredte. Det drejer sig om placering af ansvar for koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen med ekstra ressourcer, hvilket 32 % af kommunerne i denne gruppe har gjort (12 kommuner). Et eksempel herpå er beskrevet af en kommune i en uddybende kommentar: *"Hver hjemmeplejeenhed har tilknyttet tre terapeuter, der er organiseret i en selvstændig enhed. En fremskudt ergoterapeut, der hovedsageligt virker i hjemmeplejeområdet og forløbsansvarlige fysio- og ergoterapeuter, der følger forløbene, sikrer mål, progression, arbejdsgangsbeskrivelser og faglig dokumentation i FSIII's funktionsevnetilstande. Alle terapeuterne træner med borgerne."*

Endeligt er der en organiseringsform, hvor koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb er organiseret i en træningsenhed. Det forekommer i 19 % af kommunerne med koordinering og udførelse samlet ét sted (7 kommuner).

Adskilt koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb

I kommuner, hvor koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb er placeret forskellige steder, er organiseringen mangearteret. Der er dog to overordnede tendenser.

I ni (21 %) af disse kommuner er koordinering af rehabiliteringsforløb organisatorisk placeret i visitationen, mens hjemmeplejen varetager udførelse af forløbene.

I en anden udbredt organiseringsform, der forekommer i otte (18 %) af disse kommuner, er visitationen også ansvarlig for koordinering af rehabiliteringsforløb, mens udførelse er placeret i et dedikeret rehabiliteringsteam. I nogle af disse tilfælde er det angivet, at det

dedikerede rehabiliteringsteam faktisk er en formel underenhed til visitationen, hvormed koordinering og udførelse i praksis stadig er tæt knyttet rent organisatorisk.

For de resterende 27 (61 %) af kommunerne med en adskilt organisatorisk placering af koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb er organiseringen som nævnt forskelligartet. En udførlig gennemgang af de mange kombinationsmuligheder er ikke præsenteret her, da de øvrige organiseringer hver blot er repræsenteret i én til fire kommuner.

5.2. Faggrupper med ansvar for koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb

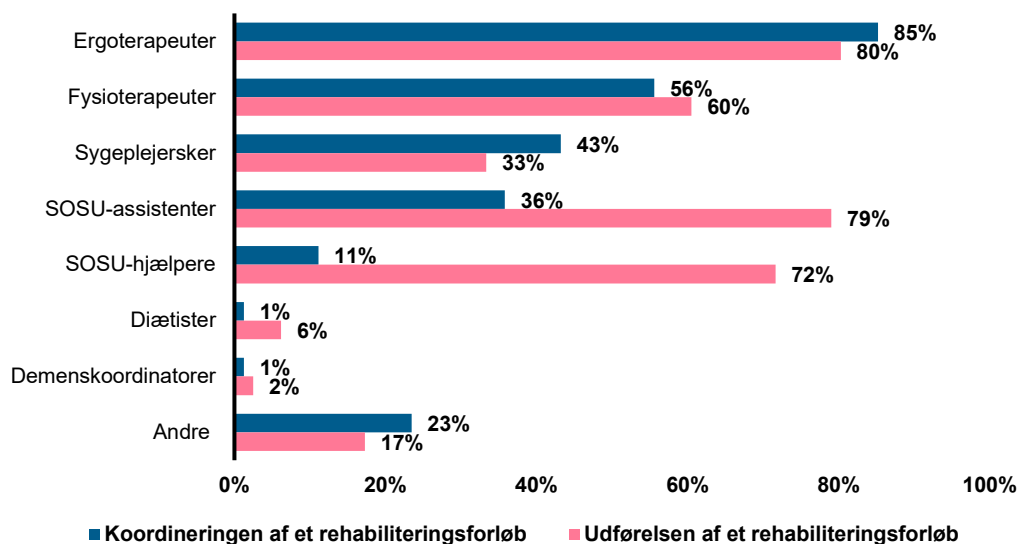
Koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb er en tværfaglig disciplin, hvortil kommunerne har ansat en bred vifte af sundhedsfagligt personale. Det fremgår af kommunernes svar på spørgsmål om, hvilke faggrupper der typisk er ansvarlige for hhv. koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb.

Faggrupper som ergo- og fysioterapeuter og sygeplejersker er både involveret i koordinering og udførelse af rehabiliteringsforløb. Andre faggrupper som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er primært ansvarlige for udførelse af rehabiliteringsforløb. Ergoterapeuter er den faggruppe, som flest kommuner angiver som værende ansvarlige for koordinering af rehabiliteringsforløb. Hvad angår udførelse ligger ansvaret typisk hos en ergoterapeut eller en social- og sundhedsassistent.

Flere kommuner har angivet, at en række forskellige øvrige fagpersoner også kan komme i spil afhængig af det konkrete rehabiliteringsforløb. I nogle tilfælde vil det eksempelvis være relevant at inddrage specialister i palliation, hjerneskadeområdet, inkontinens, specifikke hjælpemidler mv. Dette kan blandt andet også ses i sammenhæng med spørgsmålet om kommunernes rehabiliteringsindsatser med kobling til hjemmesygeplejeområdet (belyst ovenfor i afsnit 4.1).

Til spørgsmålet om koordinering kommenterer hovedparten af kommunerne, at visitationen også har en koordinerende funktion. I den forbindelse beskriver enkelte kommuner, hvilke faggrupper, der er ansat i visitationen. For eksempel: *"Visitationen i kommunen er tværfagligt sammensat af fire sygeplejersker, fem socialrådgivere og én ergoterapeut"*. Hertil gives der eksempler på, at socialrådgivere også kan have en rolle i koordinering af rehabiliteringsforløb. Derudover fremhæver flere kommunerne fagpersoner såsom koordinator i hjemmeplejegrupperne og teamledere som havende ansvar for koordinering af rehabiliteringsforløb.

Figur 5-2: Faggrupper der er ansvarlige for koordineringen og udførelsen af rehabiliteringsforløb



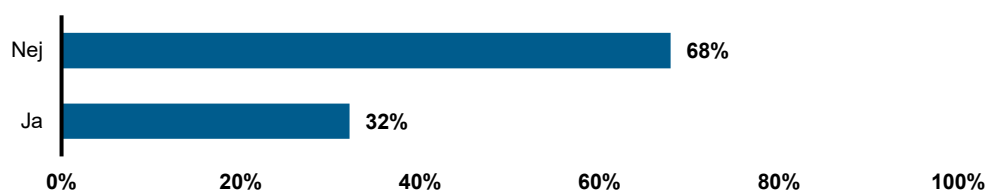
Note: N= 81. Figuren kan summere til mere end 100%, da det var muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvilke faggrupper er typisk ansvarlige for koordineringen og udførelsen af § 83 a-forløb?"

5.3. Planlagt eller ændret organisering omkring rehabiliteringsforløb i kommunen

Der sker meget i kommunerne i forhold til organisering af rehabiliteringsforløb. Det fremgår af kommunernes besvarelser af spørgsmål om organisationsændringer. 58 % af kommunerne har enten ændret organiseringen omkring rehabiliteringsforløb inden for de seneste to år eller planlægger at gøre det i løbet af de næste to år.

Dette fremgår af de to følgende figurer.

Figur 5-3: Ændret organisering omkring rehabiliteringsforløb inden for de sidste to år

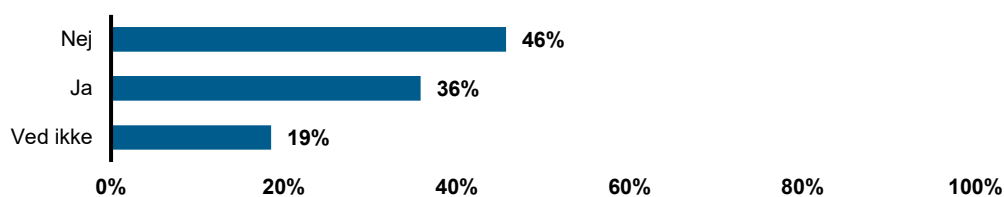


Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Har I inden for de sidste to år ændret organiseringen omkring § 83 a-rehabiliteringsforløb i kommunen?"

En tredjedel af kommunerne har ændret organiseringen omkring rehabiliteringsforløb inden for de seneste to år. Heraf uddyber nogle kommuner, at de er i gang med en omlægningsproces. Heriblandt beskriver en kommune: "Vi er i gang med en proces omkring

mere systematisk rehabiliterende indsats også på baggrund af vores hurtigere udskrivelser fra regionen med opfølgning af borgerens multisygdomme og behandlingsindsatser m.m. Desuden indtænke hjerneskadeindsatsen og triagering, og harmonisering af de faglige screeninger som effektmålinger i Nexus i fællessprog 3". Andre kommuner beskriver, at de har etableret særskilte rehabiliteringsteams eller flyttet en del af ansvaret for rehabilitering fra en specialiseret enhed til hjemmeplejen. Et par kommuner har udvidet visitation, således at rehabiliterende terapeuter eller forløbskoordinatorer er samlet i ét team.

Figur 5-4: Planer om at ændre organisering omkring rehabiliteringsforløb i de næste to år



Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Planlægger I at ændre organiseringen omkring § 83 a-rehabiliteringsforløb i kommunen inden for de næste to år?"

Kommunerne har også besvaret, om de planlægger at ændre organiseringen af rehabiliteringsforløb i kommunen inden for de næste to år. 46 % af kommunerne har ikke planer om en organisationsændring af rehabiliteringsforløb, mens 36 % af kommunerne planlægger en organisationsændring i løbet af de næste to år. Knap hver femte kommune ved det ikke. Hovedparten har dog ikke konkrete planer, hvilket fremgår af disse kommuners uddybende kommentarer, men de beskriver, at de løbende kvalificerer organiseringen omkring rehabiliteringsforløb. Blandt kommunerne med konkrete planer er der i flere tilfælde ligheder med de ændringer, som andre kommuner har gennemført i de forgangne to år, eksempelvis planer om etablering af tværfaglige rehabiliteringsteams. Andre kommuner påtænker at ansætte (flere) ergo- eller fysioterapeuter i hjemmeplejen. Et par kommuner overvejer om, de skal udvide målgruppen for rehabiliteringsforløb.

5.4. Samarbejde med private leverandører om rehabiliteringsforløb

Det er op til kommunalbestyrelsen at beslutte, om kommunen inddrager private leverandører i gennemførelsen af rehabiliteringsforløb. Kommunerne er altså ikke forpligtede til at tilbyde et frit leverandørvalg til rehabiliteringsforløb jf. gældende lovgivning.

62 % af kommunerne tilbyder borgere, at de kan vælge mellem kommunen eller en privat leverandør til at varetage rehabiliteringsforløbet. Det er en stigning på 5 procentpoint siden 2019, hvor 57 % af kommunerne angav, at de samarbejdede med private leverandører om rehabiliteringsforløb¹⁰.

¹⁰ Sundhedsstyrelsen, Kortlægning af samarbejdet med private leverandører – om rehabilitering efter servicelovens § 83 a, 2019.

Blandt de 38 % af kommunerne, som ikke samarbejder med private leverandører omkring rehabiliteringsforløb, er der i spørgeskemaet angivet en række kommentarer, som illustrerer kommunernes syn på de væsentligste årsager til, at de ikke samarbejder med private leverandører om rehabiliteringsforløb. Nogle kommuner med et særskilt rehabiliteringsteam, vurderer at hele opgaven ligger bedst samlet ét sted. I andre kommuner er der ingen private leverandører på området, hvilket særligt gælder i forhold til personlig pleje eller der er ikke nogen leverandør, der har budt på opgaven. Et par kommuner beskriver, at de oplever, at private leverandører mangler incitament til at arbejde rehabiliterende. Derfor har disse kommuner fravalgt samarbejdet med private leverandører. Desuden planlægger flere kommuner at opstarte samarbejde med private leverandører.

Varighed af samarbejdet

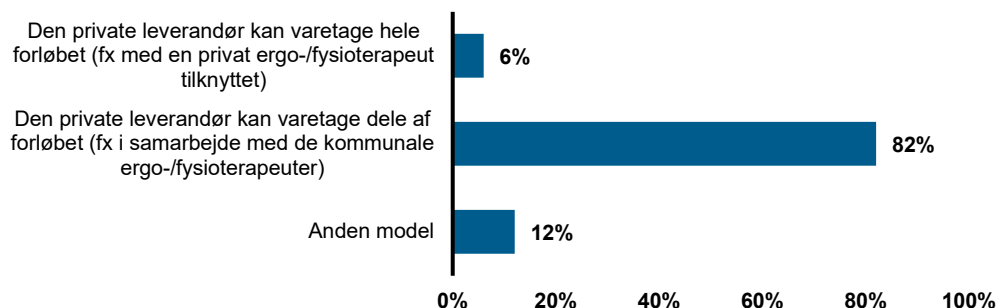
Blandt de kommuner, som samarbejder med private leverandører om rehabiliteringsforløb, har 31 kommuner samarbejdet med private leverandører i fem år eller længere. I ti kommuner har samarbejdet med private leverandører maksimalt varet i to år.

Samarbejdsmodel

Kommunerne samarbejder med private leverandører på forskellig vis. En overordnet model er, at en privat leverandør varetager *hele* rehabiliteringsforløb startende fra målsætning med borgeren, over udførelsen af de rehabiliterende aktiviteter til afslutningen med borgeren. I en anden overordnet model varetager den private leverandør kun *dele* af forløbet. Det er typisk udførelsen af rehabiliterende aktiviteter, som varetages af den private leverandør, mens en kommunal terapeut varetager målsætning og afslutning af forløbet.

I spørgeskemaet svarer 82 % af kommunerne, at den private leverandør varetager *dele* af rehabiliteringsforløbet. Det er en stigning på 12 procentpoint fra 2019, hvor 71 % af kommunerne angav, at de private leverandører kan varetage dele af forløbet. Omvendt er der sket en tilsvarende reduktion i andelen af kommuner, hvor private leverandører kan varetage *hele* rehabiliteringsforløbet fra 20 % i 2019 til 6 % i denne undersøgelse.

Figur 5-5: Nuværende samarbejdsmodel for gennemførelse af rehabiliteringsforløb



Note: N= 50. Kun kommuner, der samarbejder med private leverandører om § 83 a-forløb, har fået spørgsmålet. Spørgsmålsformulering: "Hvilken samarbejdsmodel for gennemførelse af § 83 a-forløb minder mest om jeres aktuelle praksis?"

Både i 2019 og i denne undersøgelse angiver en mindre gruppe af kommuner, at de har en anden samarbejdsmodel. I denne undersøgelse uddyber en kommune, at frit leverandørvalg til rehabiliteringsforløb afhænger af, om borgeren i forvejen modtager hjælp fra en privat leverandør til eksempelvis personlig pleje.

En anden kommune skriver, at de kan have rehabiliteringsforløb uden kommunal involvering og forklarer: "*Vores træningsenhed er udliciteret, så der er altid privat leverandør involveret. Hjemmeplejeleverandør kan også være privat, så der kan være to private leverandører og ingen kommunal i et forløb.*"

6. Visitation til og gennemførelse af rehabiliteringsforløb

6.1. Visitation af rehabiliteringsforløb

I kommunerne er der forskel på visitationspraksis i forhold til rehabiliteringsforløb. Nogle visiterer borgere til enkelte indsatser, mens andre visiterer til pakkeforløb opdelt efter borgerens funktionsniveau. Et eksempel på en enkelt ydelse er hjælp til toiletbesøg. Et pakkeforløb vil derimod indeholde en række indsatser eksempelvis hjælp til toiletbesøg, tandbørstning og bad. Pakkeforløbet vil være knyttet til den generelle grad af hjælp – fx let, moderat eller omfattende – som borgeren har behov for.

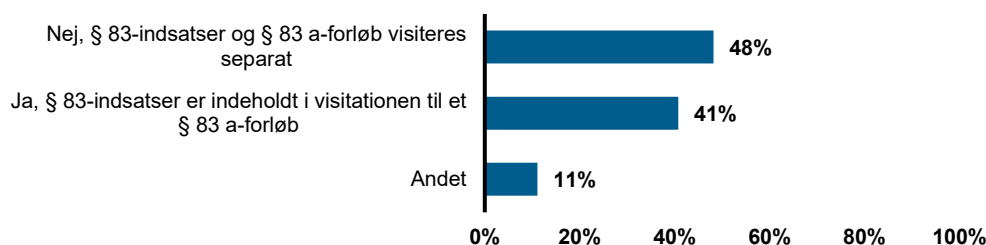
I spørgeskemaet svarer 62 % af kommunerne, at de visiterer indsatser enkeltvis. Derimod oplyser 21 % af kommunerne, at de visiterer borgere til pakkeforløb opdelt efter deres funktionsniveau. Endelig svarer 17 % af kommunerne, at de visiterer indsatser på anden vis. Af de uddybende kommentarer fra disse kommuner fremgår, at de typisk har en kombination af pakkeforløb og enkeltindsatser eller har planlagt en ændret visitationspraksis.

- 1) **Kombination af pakkeforløb og enkeltydelse**, hvor visitationen af pakkeforløbet sætter indsatsrammen, som en planlægger eller en udførende medarbejder udfylder med enkeltindsatser efter borgerens behov. En kommune skriver: *"Vi visiterer ud fra borgerens behov og leverer en samlet pakke, som rehabiliteringsteamet selv kan administrere og pakke ud. Dermed har vi sat noget overhead ind til opgaven."*
- 2) **Planlagt overgang** fra enkeltindsatser til pakkeforløb. En kommune skriver: *"Indsatserne visiteres i dag enkeltvis, men fra 2022 overgår de til pakkeforløb."*

Et andet punkt, hvor kommunernes visitationspraksis adskiller sig, er, om hjemmepleje (§ 83) indgår som en del af visitationen til et rehabiliteringsforløb. I nogle kommuner vil en borger med behov for hjemmepleje få disse bevilget som en integreret del af det visiterede rehabiliteringsforløb, mens man i andre kommuner har bevilget hjemmepleje særskilt og parallelt med rehabiliteringsforløbet.

I spørgeskemaet oplyste kommunerne deres visitationspraksis i forhold til hjemmeplejeindsatser og rehabiliteringsforløb. Det fremgår, at omtrent halvdelen af kommunerne visiterer hjemmeplejeindsatser og rehabiliteringsforløb separat. En næsten tilsvarende andel af kommunerne lader hjemmeplejeindsatser indgå i visitationen til et rehabiliteringsforløb.

Figur 6-1: Fordelingen af om hjemmeplejeindsatser er inkluderet i visitationen til et rehabiliteringsforløb eller ej



Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Indgår § 83-indsatser som en del af visitationen til § 83 a under et forløb?"

Ni kommuner svarer "andet" til spørgsmålet om visitationspraksis. Disse kommuners uddybende kommentarer dækker over to forhold. For det første en situation, hvor hjemmepleje og rehabilitering typisk ikke foregår parallelt. Således vil eventuelle hjemmeplejeindsatser være indeholdt i rehabiliteringsforløbet. En kommune beskriver fx: *"Udrednings- og rehabiliteringsforløb i visitationen er korte og intensive mhp. afklaring af behov for støtte - undtagelsesvist kan borger modtage § 83-indsatser sideløbende med forløbet."* I den anden situation vil visitationspraksis afhænge af den enkelte borgers ønsker og funktionsniveau. En kommune forklarer det således: *"Borgeren kan godt visiteres til § 83 a inden for personlig pleje samtidigt med, at de er visiteret til § 83-hjælp til praktiske opgaver. Inden for det enkelte område er § 83-indsatser indeholdt i § 83 a-forløb."*

6.2. Forløbskoordinatorer

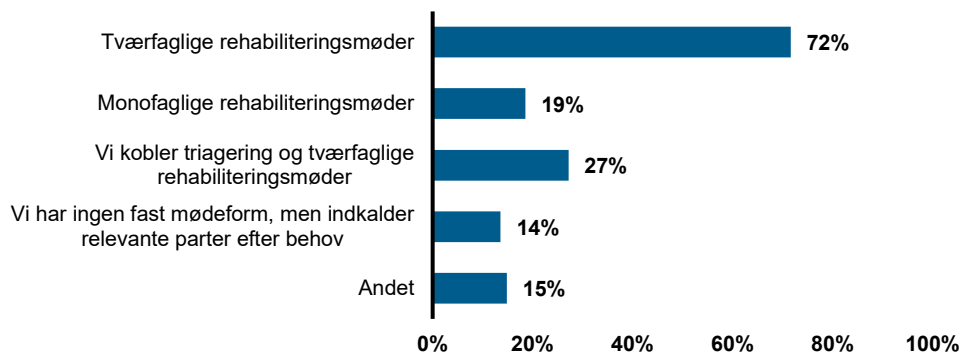
I spørgeskemaet er kommunerne blevet spurgt, om de typisk anvender forløbskoordinatorer i forbindelse med rehabiliteringsforløb. En forløbskoordinator er en fagperson med ansvar for at koordinere et rehabiliteringsforløb på tværs af de udførende medarbejdere.

62 % af kommuner arbejder med forløbskoordinatorer, hvoraf størstedelen (53 %) af kommunerne anvender forløbskoordinatorer i hovedparten af rehabiliteringsforløb. Knap en tredjedel af kommunerne angiver, at de ikke arbejder med specifikke forløbskoordinatorer, mens 9 % svarer "andet" til spørgsmålet uden at specificere yderligere, hvad det indebærer.

6.3. Mødeformer til drøftelse af specifikke rehabiliteringsforløb

Kommunerne anvender systematisk flere mødeformer til at drøfte specifikke borgers rehabiliteringsforløb. Den mest udbredte mødeform er tværfaglige rehabiliteringsmøder, hvilket 72 % af kommunerne anvender systematisk. En kommune beskriver eksempelvis, at de: *"Afholder ugentlige tværfaglige konferencer, hvor hjemmeplejens personale mødes med primærsygeplejerske, terapeut og visitator."*

Figur 6-2: Mødeformer til systematisk drøftelse af specifikke borgeres rehabiliteringsforløb



Note: N= 81. Figuren kan summere til mere end 100%, da det var muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvilke af følgende mødeformer bruger I systematisk til at drøfte specifikke borgeres § 83 a-rehabiliteringsforløb?"

Knap tre ud af ti kommuner kobler triagering og tværfaglige rehabiliteringsmøder. En kommune eksemplificerer, at de afholder: "Daglige triageringsmøder med deltagelse af sektionsleder, sygeplejerske, rehabiliteringsterapeut, social-og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere". I en anden kommune beskrives det, at rehabiliterende terapeuter er faste deltagere ved triagering.

15 % af kommunerne svarer "andet" til spørgsmålet om mødeformer. Af disse kommuners kommentarer til spørgeskemaet fremgår en række mødeformer såsom tværfaglige holdmøder, tværfaglige evalueringsgrupper, træffetidsmøder og samarbejds-møder. Det fremgår dog sjældent, hvilke professioner som deltager i møderne. En enkelt kommune beskriver et opstartsmøde med en borger. Ligeså uddyber enkelte kommuner i spørgeskemaets åbne tekstfelt forskellige mødeformer, hvor borgere deltager i mødet.

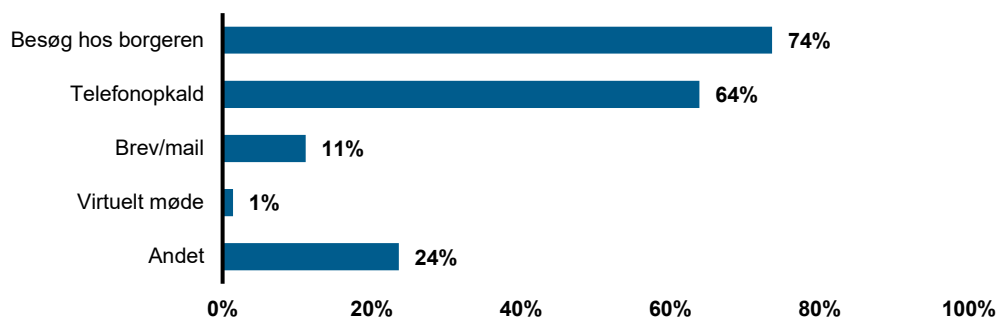
6.4. Opfølgning på et rehabiliteringsforløb

I spørgeskemaet blev kommunerne spurgt til, hvordan de typisk følger op med en borger efter et afsluttet rehabiliteringsforløb. Fire ud af ti kommuner svarer, at de har en fast praksis for opfølgning med en borger efter endt forløb. En næsten tilsvarende andel af kommunerne (36 %) angiver, at de ikke har en fast struktur for at følge op med borgeren på et afsluttet rehabiliteringsforløb. Endeligt angiver hver fjerde kommune, at de enten ikke følger specifikt op på en borgers rehabiliteringsforløb (11 %), eller de har en anden praksis for opfølgning end spørgeskemaets svarkategorier (14 %).

Blandt sidstnævnte gruppe er to kommuner i gang med enten at etablere systematisk opfølgning eller har et dedikeret team, som følger op på borgerens trivsel efter endt forløb. Andre kommuner beskriver, at de har en systematisk praksis for at følge op på borgere i forbindelse med afslutning af et forløb, men derefter følger de ikke fast op på borgerne.

Kommuner, som angav, at de har en form for opfølgning (struktureret eller ej) eller svarede "andet" til spørgsmålet, fik yderligere spørgsmål om, hvordan og hvornår opfølgningen foregår.

Figur 6-3: Fremgangsmåde for opfølgning med borger efter afsluttet rehabiliteringsforløb



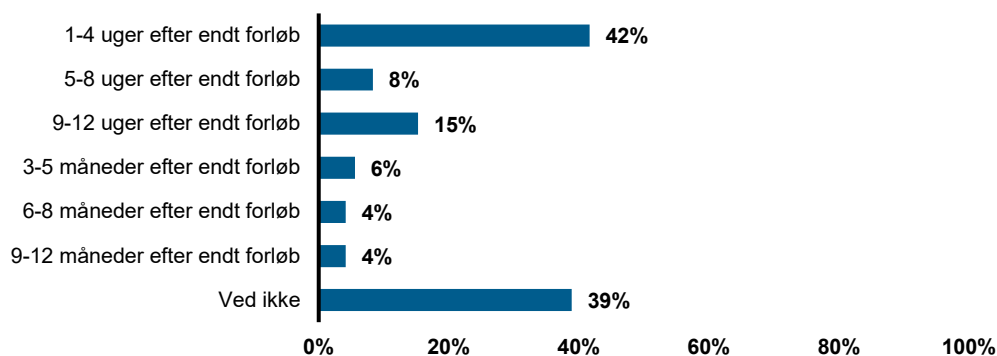
Note: N= 72. Kun kommuner, som typisk følger op på rehabiliteringsforløb, har fået spørgsmålet. Figuren kan summere til mere end 100 %, da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvordan følger I typisk op på en borgers § 83 a-rehabiliteringsforløb?"

Besøg hos borgeren eller telefonopkald er de to mest udbredte måder, hvorpå kommunerne følger op med borgere efter afsluttet rehabiliteringsforløb.

Hver fjerde kommune svarer "andet" til spørgsmålet om, hvordan de følger op. Kommunernes uddybende svar har forskelligartet indhold. Nogle kommenterer på, hvilket grundlag opfølgning foregår på, fx terapeuters vurdering eller tværfaglig dialog mellem udfører og visitation. Andre kommentarer vedrører, hvilken fagprofession der står for at udføre opfølgningen. Her nævnes ergo- og fysioterapeuter, visitation eller private leverandører.

Endelig specificerer nogle kommentarer, at opfølgning ikke sker systematisk, men at kommunen følger op ved behov, såsom hvis hjemmeplejen henvender sig, eller borgeren fortsat har behov for hjælp efter endt rehabiliteringsforløb. Ingen kommuner angiver i det åbne tekstfelt andre konkrete fremgangsmåder for opfølgning end angivet i spørgeskemaets svarkategorier.

Figur 6-4: Tidspunkt for opfølgning med borger efter afsluttet rehabiliteringsforløb



Note: N= 72. Kun kommuner, som typisk følger op på rehabiliteringsforløb, har fået spørgsmålet. Figuren kan summere til mere end 100 %, da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvor længe efter afslutning af et § 83 a-rehabiliteringsforløb følges der typisk op?"

Det mest udbredte tidsrum, hvor kommuner typisk følger op med en borger efter afsluttet rehabiliteringsforløb, er 1-4 uger efter endt forløb. Det næst hyppigste tidsrum er 9-12 uger efter afsluttet forløb. Næsten 40 % af kommunerne angiver dog, at de ikke ved, hvor længe efter afslutning af et rehabiliteringsforløb de typisk følger op. Det vidner om, at den tidsmæssige fastsættelse af opfølgning ikke følger en systematisk praksis i alle kommuner.

7. Faglige metoder, redskaber og kompetenceudvikling

7.1. Redskaber til at afdække funktionsevneniveau, målsætning og motivation

Kommunerne anvender forskellige standardiserede redskaber til at afdække borgernes funktionsniveau i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. De meste udbredte redskaber er ICF og ADL-taxonomi, som anvendes i omtrent 40 % af kommunerne. ICF nød samme udbredelse i 2017, mens ADL-taxonomi kun blev anvendt i 20 % af kommuner i 2017. For et fuldt overblik over redskaber anvendt i kommuner i hhv. år 2021 og 2017, se tabel 7-1.

Tabel 7-1: Oversigt over kommunernes brug af redskaber til at afdække borgernes funktionsniveau i hhv. denne undersøgelse (2021) og praksisundersøgelsen (2017).

| Redskab | Andel (antal) af kommunerne, der benytter redskabet i 2021 | Andel (antal) af kommunerne, der benyttede redskabet i 2017 ¹¹ |
|---|---|--|
| ICF | 40 % (32) | 43 % (28) |
| ADL-taxonomi | 38 % (31) | 20 % (13) |
| AMPS | 15 % (12) | 14 % (9) |
| Bartel | 7 % (6) | 5 % (3) |
| COPM | 32 % (26) | 29 % (19) |
| Timed Up and Go | 12 % (10) | 11 % (7) |
| Et redskab vi selv har udviklet | 15 % (12) | - |
| Andet | 30 % (24) | 45 % (30) |
| Ingen anvendelse af standardiseret redskab | 20 % (16) | 18 % (12) |

¹¹ Sundheds- og Ældreministeriet, Praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a, 2017

En samlet analyse af svarkategorier viser, at 70 % af kommunerne anvender mindst ét af de konkrete redskaber, der er fremhævet i tabellen ovenfor.

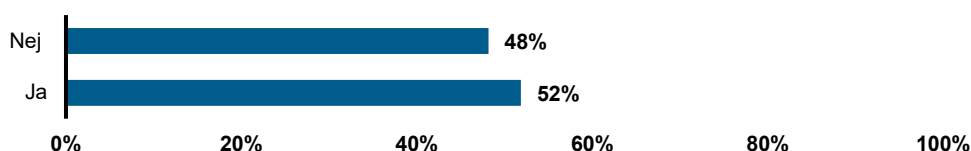
Tabel 7-1 illustrerer, at 15 % af kommunerne anvender et egenudviklet redskab til at afdække borgernes funktionsniveau. Blandt disse kommuners kommentarer fremgår det imidlertid kun, at en kommune selv har udviklet et skema med inspiration fra AMPS. De øvrige kommentarer indeholder andre kendte parametre som kommunerne anvender, heriblandt SMART-mål og Fælles Sprog III som funktionsevnetilstande, mål og opfølgning på mål.

Fælles Sprog III nævnes også mange gange i kommentarer fra kommuner, der angav "andet" til spørgsmålet. Andre hyppigt nævnte redskaber er: EQ-5D, UCLA, RSS og DEMMI. En enkelt kommune skriver: "*Vi benytter redskaberne i vores tankegang og forholder os til ovenstående metoder, men vi nedskriver ikke resultater eller udfører tests systematisk på alle borgere*". Endelig skriver et par kommuner, at de anvender delelementer fra de angivne redskaber, men at de er for omstændige at bruge fuldt ud.

Målsætning

Hvad angår målsætning med borgeren, anvender knap halvdelen af kommunerne ikke et særligt skema eller redskab i forbindelse med, at de sammen med borgeren opstiller mål for rehabiliteringsforløb. Det gør derimod 52 % af kommunerne, og blandt disse kommuner nævnes SMART-mål som et hyppigt anvendt redskab. Derudover benytter mange kommuner sig af et skema opsat i deres omsorgssystem eller Fælles Sprog III. Enkelte kommuner beskriver, at de anvender et dialogværktøj udviklet i kommunen.

Figur 7-1: Anvendelse af et særligt skema/redskab til at opstille mål for rehabiliteringsforløb i samarbejde med borger



Note: N= 81. Spørgsmålsformulering: "Anvender I et særligt skema/redskab i forbindelse med, at I sammen med borgeren opstiller mål for § 83 a-rehabiliteringsforløb?"

Motivation

Hvad angår borgerens motivation, har 64 % af kommunerne ikke en systematisk praksis for at anvende bestemte redskaber eller metoder til at arbejde med borgerens motivation for rehabilitering.

De resterende kommuner (36 %) arbejder systematisk med redskaber til at fremme eller fastholde borgerens motivation for rehabilitering. Det absolut mest udbredte redskab er Den Motiverende Samtale, hvilket fremgår af kommunernes uddybende kommentarer. Tre kommuner skriver, at de anvender Styrket Borgerkontakt. Et par kommuner nævner borgers mål og drømme samt SMART-mål. En enkelt kommune beskriver, at de har:

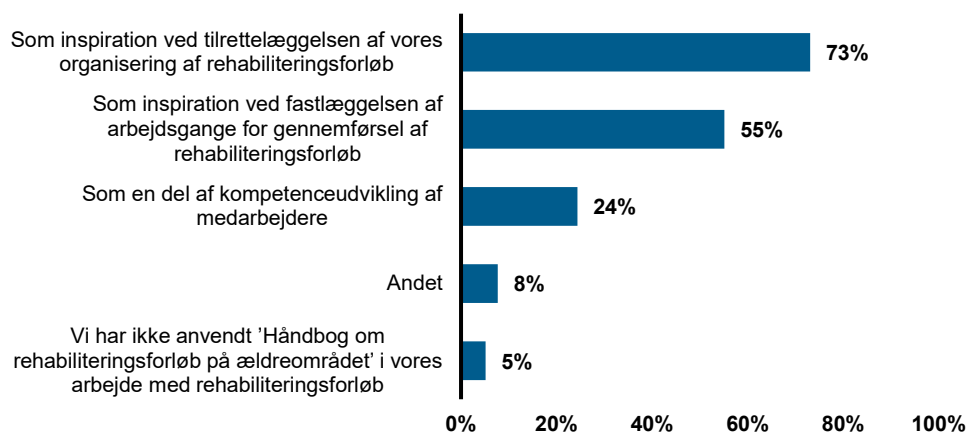
"Udarbejdet en arbejdsgang, som sikrer systematisk inddragelse af borger og pårørende."

7.2. Håndbog om rehabiliteringsforløb

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 *Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service*¹² med formål om at støtte kommunernes arbejde med at gennemføre rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter servicelovens § 83 a.

Spørgeskemaet vidner om, at håndbogen er brugbar for kommunerne og har været anvendt aktivt til udviklingen af praksis på rehabiliteringsområdet. Stort set samtlige respondenter (96 %) har kendskab til håndbogen. Blandt de 78 kommuner, som kender til håndbogen, angiver 73 % at de har anvendt den som inspiration til at tilrettelægge organisationen af deres rehabiliteringsforløb. Ligeså anvendes håndbogen i godt halvdelen af kommunerne til inspiration ved fastlæggelsen af arbejdsgange for gennemførelsen af rehabiliteringsforløb.

Figur 7-2: Anvendelse af 'Håndbog om rehabiliteringsforløb på ældreområdet'



Note: N= 78. Kun kommuner med kendskab til håndbogen har fået spørgsmålet. Figuren kan summere til mere end 100%, da det var muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Til hvilke formål har I haft anvendt 'Håndbog om rehabiliteringsforløb på ældreområdet'?"

7.3. Kompetenceudvikling målrettet rehabilitering

I spørgeskemaet blev kommunerne spurgt, om de har afholdt kompetenceudvikling målrettet rehabilitering inden for det seneste år eller planlægger at afholde det i løbet af det næste år. Af resultaterne fremgår det, at 38 % af kommunerne har afholdt kompetenceudvikling målrettet rehabilitering inden for det seneste år, mens 41 % af kommunerne

¹² Sundhedsstyrelsen (2016) *Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service*

planlægger at gøre det i løbet af det næste år. Flere af kommunerne er repræsenteret i begge kategorier. I alt har 55 % enten afholdt eller planlægger at afholde kompetenceudvikling.

Kommunerne blev bedt om at angive målgruppe og emne for kompetenceudviklingen. Det fremgår, at kompetenceudviklingen er foregået bredt i kommunerne, fx skriver flere, at den vedrører en *'stor del af medarbejderne på ældreområdet'* eller *'alle i leverandørledet, Rehabiliteringsteam og Visitation'*. Andre kompetenceudviklende aktiviteter har været målrettet specifikke grupper som rehabiliterende terapeuter eller visitationen. Samme mønster i målgruppe ses hos kommunerne, der næste år planlægger at afholde kompetenceudvikling målrettet rehabilitering. Blandt specifikke målgrupper for fremtidig kompetenceudvikling nævnes ansatte på plejecentrene, ledere eller social- og sundhedshjælpere i hjemmeplejen.

Hvad angår emner for kompetenceudvikling, er de ensartet blandt kommuner, der hhv. har afholdt og planlægger at afholde kompetenceudvikling målrettet rehabilitering.

Hyppige emner for kompetenceudvikling er:

- Introduktion til rehabiliteringsforståelse på tværs af fagligheder
- Motivation, Den Motiverende Samtale og SMART-mål
- Rehabilitering for borgere med psykiatriske lidelser, heriblandt yngre borgere
- Forskelle på målgrupper for indsatser efter § 83 og § 85
- Koordinering og planlægning
- Kommunikation og samarbejde
- Komplekse rehabiliteringsforløb med særlig fokus på indsatser med udgangspunkt i sundhedsloven.

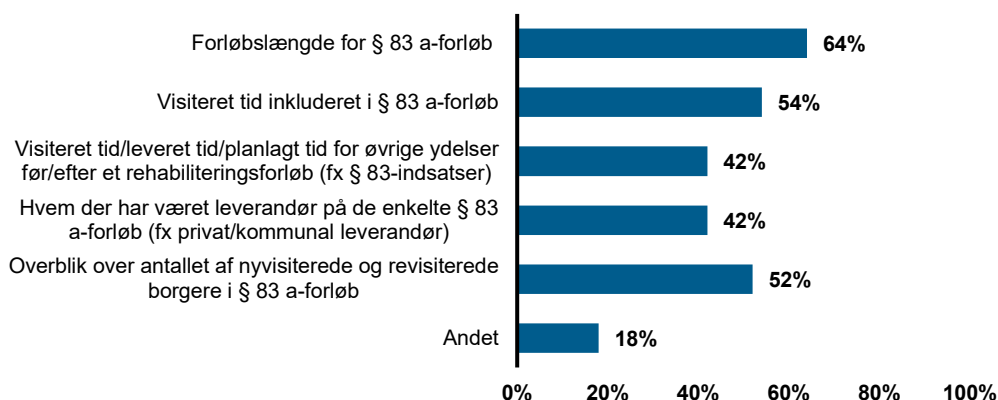
8. Data og dokumentation vedrørende rehabilitering

I spørgeskemaet er der spurgt ind til kommunernes arbejde med at følge forskellige former for data vedrørende rehabiliteringsforløb. Der er stor forskel på, i hvilket omfang kommunerne systematisk indsamler og følger data vedrørende rehabiliteringsforløb. Disse forskelle kan både omhandle forskelligartet adgang til data fra omsorgs- eller økonomisystemer, forskelle i datakvaliteten eller forskellige prioriteringer af arbejdet med strukturering af data.

Af kommunernes svar fremgår det, at 62 % af kommunerne har en fast praksis for at registrere og monitorere data på rehabiliteringsforløb. De resterende kommuner har enten ikke en fast praksis (20 %) eller arbejder på at opbygge en model for at registrere og monitorere data på området (18 %).

Kommuner med en fast data- og dokumentationspraksis fik desuden spørgsmål om, hvilke typer af data vedrørende hhv. levering og kvalitet af rehabiliteringsforløb, som de systematisk monitorerer.

Figur 8-1: Datatyper kommuner følger systematisk vedrørende leveringen af rehabiliteringsforløb



Note: N= 50. Kun kommuner, som har en fast praksis for at registrere og monitorere data om rehabiliteringsforløb, har fået spørgsmålet. Figuren kan summere til mere end 100 %, da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvilke typer af data vedrørende leveringen af rehabiliteringsforløb følger I systematisk?"

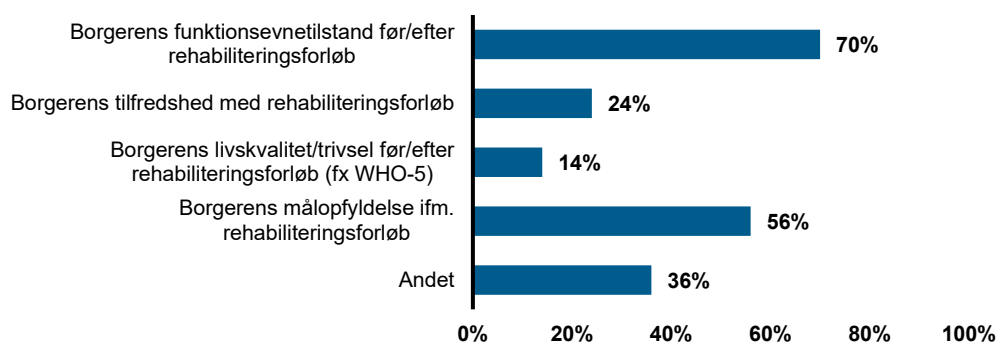
Den mest udbredte indikator for levering af rehabiliteringsforløb, som følges systematisk, er data om forløbslængde. Derefter følger visiteret tid inkluderet i et rehabiliteringsforløb og overblik over antallet af ny- og reviderede borgere i rehabiliteringsforløb.

Det er bemærkelsesværdigt, at ingen af de enkelte indikatorer følges af mere end 64 % af kommunerne. Dette indikerer, at der blandt kommunerne er stor spredning i, hvilke konkrete datapunkter der anvendes til at følge udviklingen på rehabiliteringsområdet.

Næsten hver femte kommune angiver "andet" til spørgsmålet om data vedrørende leveringen af rehabiliteringsforløb. Flere af disse nuancerer svarmuligheder i spørgeskemaet. Eksempelvis kommenterer en kommune, at de monitorerer antallet af ny-henvendelser i visitationen, og hvordan disse fordeles: "... hvor mange af disse [henvendelser] går direkte i § 83, direkte i § 83 a, om de afvises, de enkelte indsatsers tyngde, om borgeren er afsluttet uden hjælp, overført til § 83 eller med hjælpemidler."

Et datapunkt om "behovet for hjælp ved afslutningen af rehabiliteringsforløb" fremgår af flere kommuners kommentarer. En kommune angiver, at de følger: "... hvor mange borgere, der ophører med behov for indsatser." Tilsvarende monitorerer denne kommune antallet af borgere, der fortsat har brug for en indsats efter endt rehabiliteringsforløb (herunder indsatser efter sundhedsloven).

Figur 8-2: Datatyper kommuner følger systematisk vedrørende kvaliteten af rehabiliteringsforløb



Note: N= 50. Kun kommuner, som har en fast praksis for at registrere og monitorere data om rehabiliteringsforløb, har fået spørgsmålet. Figuren kan summere til mere end 100 %, da det har været muligt at vælge flere svarmuligheder. Spørgsmålsformulering: "Hvilke typer af data vedrørende kvaliteten af rehabiliteringsforløb følger I systematisk?"

Den hyppigst anvendte indikator for kvaliteten af et rehabiliteringsforløb er borgerens funktionsevnetilstand før og efter et rehabiliteringsforløb. Den næstmest udbredte indikator for kvalitet er borgerens målopfyldelse i forbindelse med et rehabiliteringsforløb.

Lidt mere end hver tredje kommune svarer "andet" til spørgsmål om data for kvaliteten af rehabiliteringsforløb. Af disse kommuners uddybende kommentarer fremgår det, at hovedparten af kommunerne ikke monitorerer kvaliteten systematisk via data. Dette kan potentielt skyldes, at data om eksempelvis borgernes trivsel eller tilfredshed ikke er så let tilgængelige i kommunernes omsorgssystemer som de mere aktivitetsrettede data omhandlende forløbsvarighed, omfang af ydelser mv.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk