

Til
Sundheds- og Ældreministeriet

Dokumenttype
Rapport

Dato
Juni, 2017

PRAKSIS- UNDERSØGELSE AF SERVICELOVENS § 83 A



PRAKSISUNDERSØGELSE AF SERVICELOVENS § 83 A

INDHOLD

1.	INDLEDNING	1
1.1	Baggrund for denne praksisundersøgelse	1
1.2	Lovgivning om rehabilitering	1
1.3	Rapporter om servicelovens § 83 a	3
1.4	Metode	4
1.5	Læsevejledning	4
1.6	Resumé og hovedkonklusioner	4
2.	KOMMUNERNES ORGANISERING AF § 83 A	7
2.1	Fem organisationsmodeller	7
2.2	Udbredelsen af de fem modeller blandt kommunerne	11
2.3	Inddragelse af private aktører i varetagelsen af § 83 a	11
3.	KOMMUNERNES PRAKSIS MED § 83 A-FORLØB	13
3.1	§ 83 a-rehabiliteringsforløbet – en borgerrejse	13
3.2	Visitation til forløb	15
3.3	Udredning	18
3.4	Målsætning	21
3.5	Målrettede indsatser i et § 83 a-forløb	23
3.6	Afslutning af forløb – hvordan afsluttes et forløb?	28
3.7	§ 83 a-forløb, der ikke gennemføres	29
4.	BORGERNES PERSPEKTIV PÅ § 83 A-FORLØB	31
4.1	Borgernes oplevelse af inddragelse og tilfredshed	31
4.2	Forskelle mellem kommuner	33

BILAG

Bilag 1: Methodenotat

Bilag 2: Resultater fra kommunesurvey

Bilag 3: Borgersurvey

1. INDLEDNING

1.1 Baggrund for denne praksisundersøgelse

Folketinget vedtog ultimo 2014 en ændring af serviceloven. L25 (2014-2015) om rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp betyder, at kommunerne pr. 1. januar 2015 skal tilbyde et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a, hvis det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83 (hjemmehjælp).

Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med modtageren af forløbet. Målene og tidsrammen skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Hvis der under forløbet er behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov. Forløbet skal derudover tilrettelægges helhedsorienteret og tværfagligt.

Kommunalbestyrelsen skal desuden tilbyde modtageren af rehabiliteringsforløbet den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål. Hvis modtageren ikke gennemfører rehabiliteringsforløbet, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjemmehjælp.

I forbindelse med de politiske forhandlinger om lovforslaget besluttede aftaleparterne, at der skal følges op på udviklingen på baggrund af det vedtagne regelsæt. Loven har nu fungeret i praksis i over halvandet år, og kommunerne har haft tid til at implementere loven og udvikle en praksis på området.

Som en del af denne opfølgning blev det besluttet, at Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) skulle gennemføre denne praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a (rehabilitering) på vegne af Sundheds- og Ældreministeriet.

Praksisundersøgelsen indgår som en del af opfølgningen på udviklingen i kommunerne på baggrund af indførelsen af § 83 a og skal ses i sammenhæng med tre øvrige initiativer, der omfatter: 1) En landsdækkende opgørelse, baseret på et datatræk fra Danmarks Statistik, over antallet af visiterede rehabiliteringsforløb efter § 83 a fordelt på kommuner og det samlede antal borgere i de enkelte kommuner, der modtager hjemmehjælp, 2) Ankestyrelsens opgørelse over antallet af klager over kommunernes afgørelse efter servicelovens § 83 a og § 83 fra og med lovens ikrafttrædelse og 3) Evalueringen af et metodeudviklingsprojekt om rehabilitering i Syddjurs og Slagelse, som gennemføres af SFI for Sundhedsstyrelsen (satspuljeaftalen for 2012).

Det primære formål med praksisundersøgelsen af servicelovens § 83 a er at give en dybdegående beskrivelse af kommunernes praksis med § 83 a med et todelt fokus:

- 1) Kommunal praksis for anvendelse af § 83 a med fokus på målsætning og tværfaglighed
- 2) Borgernes oplevelse af udbytte og inddragelse i forløbene.

I forbindelse med beskrivelsen af kommunernes praksis har praksisundersøgelsen et specifikt fokus på § 83 a-forløb beskrevet som en borgerrejse med følgende faser; visitation, udredning, målsætning, målrettede indsatser og afslutning. I forhold til borgerne er der fokus på deres oplevelse af inddragelse og tilfredshed med forløbene.

1.2 Lovgivning om rehabilitering

Med L25 (2014-2015) om rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp fastsættes de lovgivningsmæssige rammer for rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet.

Boks 1-1: Servicelovens bestemmelser om rehabilitering

§ 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.

Med lovændringen (§ 83 a) forpligtes kommunerne til at tilbyde rehabiliteringsforløb forud for vurdering af behov for hjemmehjælp. Det fremgår af § 83 a og den tilhørende vejledning¹, at:

- Der er tale om et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb (typisk af 8-12 ugers varighed). Tidsrammen vil afhænge af den enkelte modtagers behov og ressourcer. Såfremt borgerens situation og behov berettiger det, kan et igangsat forløb forlænges – eller erstattes af et nyt forløb.
- Forpligtelsen gælder både for borgere, der første gang anmoder om hjælp efter § 83 og borgere, der allerede modtager en sådan hjælp efter servicelovens § 83. For de personer, der den 1. januar 2015 allerede er tilkendt hjælp efter § 83, finder reglerne om rehabiliteringsforløb efter § 83 a anvendelse første gang, hjælpen efter § 83 revurderes, dog senest den 1. januar 2017.
- For nogle borgere vil årsagerne til den nedsatte funktionsevne samt tyngden og kompleksiteten af udfordringerne have en sådan karakter, at det ikke vil være realistisk at igangsætte et rehabiliteringsforløb. Disse personer skal tilbydes anden relevant hjælp, der modsvarer behovet.
- Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at tilrettelægge rammerne for, indholdet i og opfølgningen på rehabiliteringsforløbene, idet det dog understreges, at:
 - Det af motivationshensyn er vigtigt, at borgerens ønsker er omdrejningspunktet for samarbejdet om målfastsættelsen og selve indsatsen.
 - Der skal være proportionalitet imellem den indsats, borgeren selv forventes at bidrage med, og det forventede resultat af den samlede indsats.
 - Der skal fastsættes individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.
 - Mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af mål og indsatser for forløbet. Beskrivelsen skal være tilgængelig for såvel modtager af hjælpen som relevante/involverede medarbejdere.

¹ Se vejledning nr. 9341 af 08/05/2015 om hjælp og støtte efter serviceloven (vejledning nr. 2 til serviceloven), kapitel 8.

- Det er op til kommunalbestyrelsen at beslutte, om man ønsker at inddrage private leverandører. Kommunerne er ikke forpligtet til at tilbyde frit leverandørvalg, jf. nedenfor, for rehabiliteringsforløb efter § 83 a.
- Kommunerne bør ved tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene have fokus på at sikre størst mulig kontinuitet i overgangen fra § 83 a til en eventuel efterfølgende § 83-ydelse.
- Kommunerne har mulighed for fx at samle udbud af hjemmehjælp med udbud af rehabiliteringsforløb.

1.3 Rapporter om servicelovens § 83 a

Der findes allerede en række rapporter om servicelovens § 83 a. Denne rapport tager afsæt i disse og bygger dermed videre på den eksisterende viden på området. Nedenfor fremhæves relevante rapporter på området.

Tabel 1-1: Relevante rapporter Gennemgang af relevante rapporter om rehabiliteringsforløb

Innovationspartnerskaber om rehabilitering og inspirationsmateriale til samarbejde med private leverandører om rehabiliteringsforløb på ældreområdet. *Rambøll* (2016). I samarbejde med Struer og Frederiksberg Kommune samt to private firmaer (Privathjælpen og Diakonissestiftelsen) gennemførte Rambøll i 2015 et forløb, hvor kommunerne og de private firmaer etablerede innovationspartnerskaber om udvikling af modeller for inddragelse af private leverandører i rehabiliteringsindsatsen. På baggrund af projektet blev der opstillet samarbejdsmodeller, opfølgingsmodeller og betalingsmodeller for offentlig-privat-samarbejde på området.

Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. *Socialstyrelsen* (2013). Litteraturgennemgang af forskellige interventioner rettet mod forskellige målgrupper af ældre med funktionsnedsættelser.

Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. *Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet* (2013). Indeholder 29 anbefalinger og var dermed oplæg til beslutningen om § 83 a. I oplægget fokuseredes på, at hjemmeplejen har en både rehabiliterende og forebyggende tilgang.

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. *Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret* (2004). Hvidbog der præsenterer en generel dansk definition og beskrivelse af rehabiliteringsbegrebet samt opstiller nogle udfordringer for og anbefalinger til udvikling af rehabilitering i Danmark.

Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter Lov om social service. *Sundhedsstyrelsen* (2016). Håndbog, der bidrager med forslag til praksis, der indfrier de krav til rehabiliteringsforløb, der udspringer af § 83 a i lov om social service. Indeholder også en række forslag til tiltag, som kommunerne med fordel kan være opmærksomme på, når der planlægges rehabiliteringsforløb på ældreområdet.

Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet. *KORA for Socialstyrelsen* (2013). Rapport, der beskriver konkrete redskaber, som anvendes i den kommunale rehabiliteringsindsats til ældre borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter serviceloven.

Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. *KORA for Socialstyrelsen* (2013). Indeholder en kortlægning af kommunernes indsats i forhold til rehabilitering for borgere i eget hjem, borgere i plejeboliger, døgnrehabilitering, aktivitets- og dagscentre, visitationsteams og øvrige tiltag.

Målgruppen for rehabilitering til hverdagsrehabilitering. *KORA for Socialstyrelsen* (2013). Rapport, der beskriver, hvilke grupper af ældre borgere der som følge af tab af funktionsevne henvender sig om og modtager støtte efter serviceloven, og som derfor er potentielle deltagere i en rehabiliterende indsats.

1.4 Metode

Undersøgelsen bygger på en analyse af input fra følgende datakilder:

- **Kommunesurvey om praksis i § 83 a-forløb** – landsdækkende survey blandt visitations- eller myndighedsafdelinger for hjemmehjælp. I alt har 65 kommuner besvaret surveyen.
- **Casebesøg i otte særligt udvalgte kommuner** – Rambøll har gennemført otte dybdegående casestudier for at afdække praksis i brugen af § 83 a både fra det kommunale perspektiv og fra et borgerperspektiv. De otte kommuner er Struer, Roskilde, Aalborg, Vesthimmerland, Nyborg, Frederiksberg, Kolding og Hjørring. I kommunerne er der gennemført interviews med ledere, workshops med repræsentanter for hjemme- og sygeplejen, terapeuter, visitationen, koordinatore, leder af myndighed, faglige konsulenter, repræsentant for den private hjemmepleje og teamledere. Derudover er der gennemført 26 dybdegående interviews og 24 observationer af borgere i et rehabiliteringsforløb.
- **Survey målrettet borgere, som har modtaget et § 83 a-forløb** – som supplement til borgerinterviewene er der gennemført en survey med ca. 20 borgere fra hver af de otte kommuner, der har været/er i et § 83 a-forløb. Disse borgere er blevet kontaktet telefonisk. I alt har 108 borgere deltaget i surveyen.
- **Inddragelse af følgegruppe** – der er nedsat en ekstern følgegruppe bestående af Ældre Sagen, Sundhedsstyrelsen, Danske Ældreråd, Alzheimerforeningen, KL, FOA, DSR, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, DE, KA Pleje og DI. Følgegruppen er kommet med faglige input til undersøgelsen og sparring i forhold til relevant viden på området.

1.5 Læsevejledning

Rapporten er opbygget på følgende vis:

- I det følgende underafsnit 1.6 præsenteres resumé og hovedkonklusioner.
- I *kapitel 2* har vi ud fra en analyse af casekommuner og kommunesurvey opstillet fem modeller for organisering af varetagelsen af § 83 a i kommunerne. Herefter behandles udbredelsen af de fem organisationsmodeller. Sidst i afsnittet kortlægges kommunernes inddragelse af private aktører i varetagelsen af § 83 a
- I *kapitel 3* gennemgås kommunernes praksis i forhold til § 83 a-forløb. Her ses der nærmere på ligheder og forskelle i kommunernes praksis i forbindelse med fem faser i forløbet: Visitation, udredning, målsætning, målrettede indsatser og afslutning af forløb. I de fem faser går der i dybden med kommunernes praksis. Afslutningsvis i kapitlet ses der nærmere på forløb, der ikke gennemføres
- I *kapitel 4* sættes der fokus på borgerne og deres oplevelse af inddragelse og tilfredshed. Denne analyse tager afsæt i en borgersurvey og dybdegående kvalitative interviews. Derudover ses der på forskelle mellem kommuner.

1.6 Resumé og hovedkonklusioner

Organisering af § 83 a-forløb

Organisationsmodeller

- Kommunerne organiserer § 83 a-forløb forskelligt. De primære forskelle er i forhold til den organisatoriske placering af den forløbsansvarlige fagperson, som har en koordinatorfunktion i rehabiliteringsforløbet samt i samarbejde mellem myndighed og den udfører, som forestår rehabiliteringsindsatsen. De forskellige organisationsmodeller betyder, at det er forskelligt, hvilke dele af rehabiliteringen, der er omdrejningspunktet for indsatsen (fx fysisk funktionsniveau eller sygdomsmestring), og at der er forskelle i den tværfaglige koordinering.

- Den mest udbredte organisationsmodel indeholder en koordinerende myndighed, hvor varetagelsen af § 83 a-forløbet sker i hjemmeplejen med ekstra ressourcer i form af en forløbsansvarlig fagperson i form af en terapeut eller sygeplejerske fra myndigheden.

Inddragelse af private aktører

- 50 pct. af kommunerne benytter private aktører til varetagelse § 83 a-forløb. Ud af de kommuner, der benytter private aktører, benytter 38 pct. de private aktører til hele forløb, hvorimod 63 pct. benytter dem til dele af forløbene. Det er ofte de terapeutfaglige opgaver i forbindelse med rehabiliteringsforløbene, som de private aktører ikke inddrages i, og som kommunerne selv vælger at varetage.

Praksis med § 83 a-forløb

- Sundhedsstyrelsen har i "Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet" (2016) peget på fem mulige faser i et rehabiliteringsforløb. Kommunernes praksis ift. § 83 a er undersøgt med udgangspunkt i de fem faser.
- En samlet oversigt over centrale tematikker i de fem faser i forløbet kan ses på s. 14.

Visitation

- Der foretages en individuel vurdering af borgerens funktionsniveau med udgangspunkt i, at ingen borgere på forhånd udelukkes fra at blive vurderet i forhold til, om de skal tilbydes et forløb.
- I nogle kommuner benytter de afklaringsforløb og gennemfører første besøg inden visitation af en terapeut for at afdække, om der kunne være potentiale for et afklaringsforløb (på et par dage/uger), før et egentligt § 83 a-forløb igangsættes.
- En tredjedel af kommunerne i surveyen beretter, at de har organiseret § 83-forløb som pakkeforløb efter borgerens funktionsniveau, mens to tredjedele af de deltagende kommuner ikke har pakkeforløb for § 83 a-forløb.
- 30 pct. af kommunerne i surveyen svarer, at de nyvisiterede borgere udgør den største andel af borgere i § 83 a-forløb. Mens 47 pct. af kommunerne svarer, at nyvisiteringer og revisiteringer hver udgør halvdelen af forløbene, fortæller 8 pct. af kommunerne, at revisiterede borgere udgør mellem 80 pct. og 100 pct. af alle forløb.

Udredning

- Det er ikke et lovgivningsmæssigt krav om en udredning i forbindelse med et § 83 a-forløb, men mange kommuner vælger at gennemføre en udredning i større eller mindre omfang. Udredningen kan ske i forbindelse med visitationen eller opstarten af forløbet, eller den kan varetages som en selvstændig aktivitet.
- Udredningen giver en detaljeret afdækning af, hvor borgeren med en korrekt faglig indsats kan få løftet sit funktionsniveau. Hovedparten af kommunerne benytter et eller flere standardiserede redskaber som en del af udredningen, omkring en femtedel af kommunerne anvender ikke-standardiserede redskaber i udredningen.
- I hovedparten af alle forløb inddrages visitatorer og ergo-/fysioterapeuter i udredningen, og i omkring halvdelen af udredningerne inddrages sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, som i dagligdagen vil komme til at varetage rehabiliteringsindsatsen hos borgeren.

Målsætning

- Målsætningen foregår i praksis over flere samtaler med borgeren, og dialogen om mål startes som regel ud i forbindelse med visitationen. Målsætning er desuden en integreret del af § 83 a-forløbet, og målet kan hele tiden justeres efter, hvordan borgeren klarer sig og hvilke præferencer borgeren har. Mange kommuner anvender SMART-mål.

- En stor del af borgerne føler sig inddraget i målsætningsprocessen. Kommunerne fortæller desuden, at pårørende kan deltage i målsætningen og udredningen, hvis borgeren ønsker det.
- Når målet og udredningen er fastlagt, udarbejdes en rehabiliteringsplan for forløbet med tidspunkter for, hvornår delmål skal være nået.

Målrrettede indsatser

- Der er ofte flere faggrupper involveret i gennemførelsen af et § 83 a-forløb, bl.a. ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Derudover inddrages der i nogle kommuner fx diætister, demenskoordinatorer, hjerneskadekoordinatorer, pædagoger, netværksmedarbejdere, støtte/kontaktpersoner m.fl.
- De målrrettede rehabiliteringsforløb kan bestå af forskellige indsatser, eksempelvis medicin-gennemgang, behandling af underliggende sygdom, ernæringsindsatser, fysisk træning, ADL-træning (træning i dagligdags aktiviteter), hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelserne, faldforebyggelse, indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens og indsatser rettet mod ensomhed eller nedsat deltagelse i samfundslivet.
- Der er løbende en tværfaglig koordinering, hvor forskellige faggrupper, der er involveret i rehabiliteringsforløb, sparrer om borgernes forløb. Nogle kommuner har en fast mødestruktur for drøftelse af borgerforløb, og andre kommuner tager borgerne op på møderne ad hoc.

Afslutning af forløb

- I størstedelen af kommunerne afsluttes forløbet, når borgeren er selvhjulpent og ikke længere har brug for hjælp eller kan klare sig med fx et hjælpemiddel. I andre kommuner afsluttes forløbet først, når den fastsatte tidsperiode er udløbet eller borgeren selv afslutter forløbet.
- Forløbet afsluttes ofte på baggrund af en vurdering fra de involverede fagpersoner, eller det kan være borgeren selv, der ønsker det. I nogle kommuner afsluttes forløbet ved, at borgeren gennemfører nogle tests og udfylder spørgeskemaer som ved udredningen. I flere kommuner afsluttes borgeren til andre aktiviteter, fx sociale aktiviteter/motion i kommunen eller i samarbejde med frivillige.

Borgerperspektivet på rehabiliteringsforløb

- 78 pct. oplever i høj eller i meget høj grad, at det rehabiliteringsforløb, de har fået, passer til deres behov.
- 55 pct. af borgerne oplever, at deres mål er blevet fastsat sammen med fagpersonen, 5 pct. oplever at de selv har sat målet og 22 pct. oplever, at fagpersonen satte målet.
- 88 pct. af borgerne er overordnet set tilfredse eller meget tilfredse med deres rehabiliterende forløb.

Forskelle mellem kommuner

- Generelt er der ikke de store forskelle på borgertilfredsheden mellem kommunerne.
- I de fleste kommuner oplevede borgerne at være involveret i målsætningen. Der er dog forskelle på tværs af kommuner, hvilket kan skyldes kommunernes forskellige tilgange til målsætning. Der skal derudover også tages forbehold for det begrænsede antal besvarelser.
- Overordnet set placerer kommunerne sig forholdsvis ens på langt de fleste parametre med forholdsvis små variationer.

2. KOMMUNERNES ORGANISERING AF § 83 A

Der er stor forskel på, hvordan kommunerne er organiseret i forhold til varetagelsen af forløb efter servicelovens § 83 a. I dette kapitel opstilles fem modeller for organisering og derefter behandles udbredelsen af disse modeller blandt landets kommuner. Til sidst i afsnittet sættes der fokus på kommunernes brug af private aktører i varetagelsen af § 83 a-forløb.

2.1 Fem organisationsmodeller

Ved en analyse af organiseringen i de otte casekommuner suppleret med input fra kommunesurveyen fremstår der fem overordnede modeller for organisering i forhold til gennemførelse af § 83 a-forløb i kommunerne.

Modellerne illustrerer centrale forskelle og ligheder i organiseringen kommunerne imellem. De afgørende principper, som er identificeret i analysen, er:

- Den organisatoriske placering af den forløbsansvarlige fagperson, som har en koordinatorfunktion i rehabiliteringsforløbet (herefter kaldet rehabiliteringskoordinator)
- Forhold til og samarbejde mellem myndighed og leverandør
- Rehabiliteringskoordinators samarbejde med udførerledet.

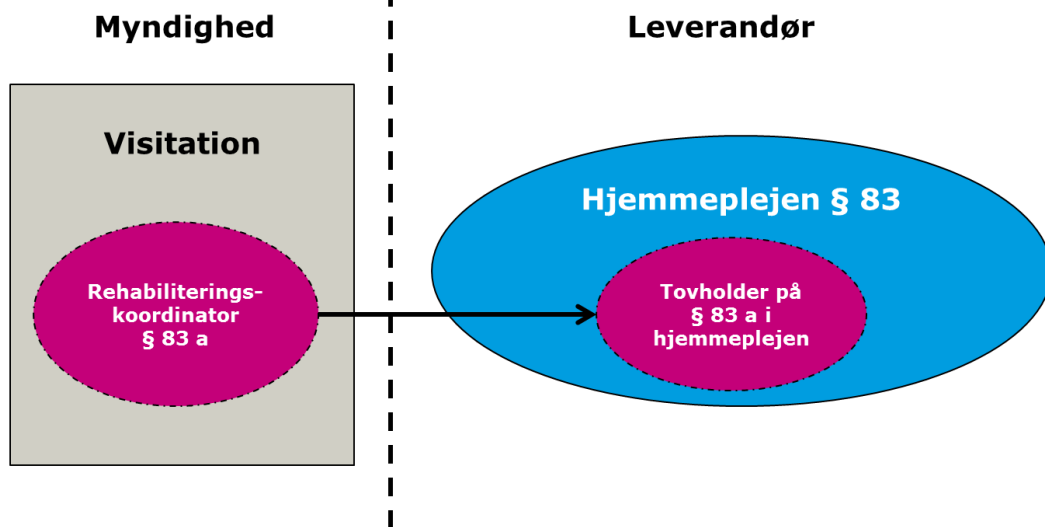
De principper, der er udvalgt som afgørende for modellerne, rummer ikke alle organisatoriske forskelle. Der vil derfor stadig være variation på en række andre områder mellem kommuner, der placeres under den samme model, eksempelvis om sygepleje og hjemmepleje er integreret. Her vil der især være organisatoriske forskelle mellem små og store kommuner, som placeres i samme model, fordi de overordnede principper er ens. Modellerne giver således en overordnet forståelse af forskelle og ligheder i kommunernes organisering i de kommuner, vi har analyseret i undersøgelsen.

Analysen viser, at rehabiliteringskoordinatoren kan være placeret i visitationen, hjemmeplejen eller i træningsenheden og kan både være terapeut, sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. De forskellige placeringer af rehabiliteringskoordinatoren har stor betydning for forholdet mellem de forskellige enheder. I de organisationer, hvor de forløbsansvarlige er spredt mellem flere enheder, er der fx stort behov for at have samarbejdsaftaler og koordination mellem enhederne. I organisationsmodeller, hvor nøglepersonerne er samlet i én enhed, er det derimod en udfordring, at centrale erfaringer med rehabilitering og den enkelte borger ikke overføres til hjemmeplejen, hvis borgeren efterfølgende overgår til at modtage hjælp efter SL § 83. Dette stiller krav til overleveringen og samarbejdet internt.

I de følgende afsnit gennemgås de fem modeller for organisering af rehabiliteringsforløb, og derudover beskrives principperne for modellernes organisering og en række eksempler fra kommunerne, der er organiseret efter den pågældende model.

Model og visualisering af modellen

Model 1: Koordinerende myndighed



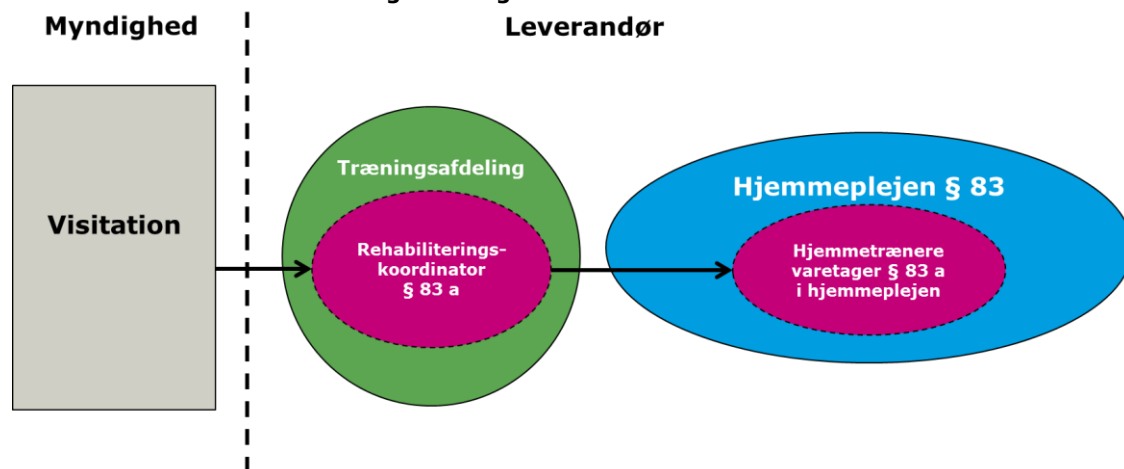
Principper for organisering og eksempler

Principper for organisering: I denne model er rehabiliteringskoordinatoren tilknyttet myndighedsafdelingen. Her vil der ofte være tale om en terapeut, men det kan også være en sygeplejerske. Rehabiliteringskoordinatoren arbejder tæt sammen med leverandøren af hjemmeplejen, som spiller en central rolle i gennemførelsen af forløbet.

Eksempler fra kommunerne: Aalborg, Struer og Vesthimmerland er i overordnede træk organiseret efter denne model. I Aalborg er modellen mere nuanceret, da visitationen er opdelt i to enheder – én enhed med komplekse og lange forløb og én til de simple forløb, hvor borgerne forventes at kunne blive selvhjulpne.

I Struer og Vesthimmerland ses modellen i en renere form. I Struer er koordinatoren af forløbet fx forankret i visitationen, hvor terapeuterne understøtter både den kommunale og den private hjemmepleje.

Model 2: Koordinerende træningsafdeling

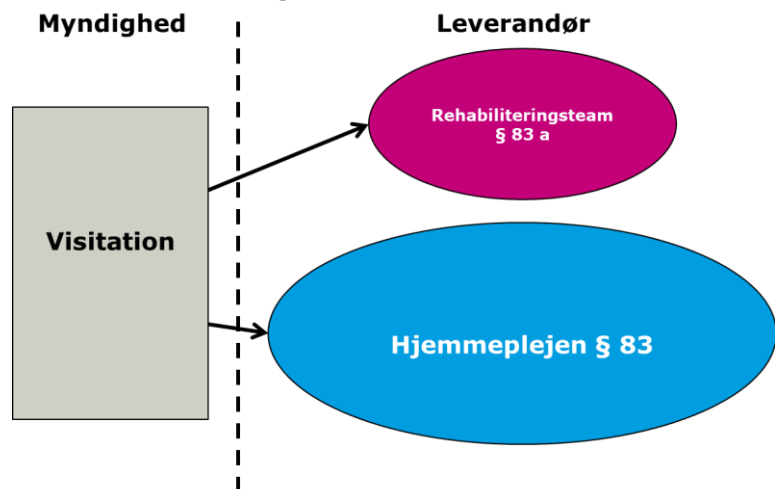


Principper for organisering: I denne model er rehabiliteringskoordinatoren tilknyttet træningsafdelingen i kommunen og er forløbsansvarlig. Træningsafdelingen støtter herefter de forskellige leverandører af hjemmepleje, som spiller en central rolle i udførelsen af forløbet som fx hjemmetrænere.

Eksempler fra kommunerne: Denne model ses i Frederiksberg og Kolding. I Kolding har de fx et samlet team af terapeuter, som har fokus på SL § 83 a og § 140, da borgerne ofte modtager støtte efter begge paragraffer. Derudover inddrages hjemmetrænere fra de forskellige leverandører af hjemmepleje.

I Frederiksberg har de private leverandører tilknyttet terapeuter, som fungerer som rehabiliteringskoordinators i de forløb, der gennemføres i privat regi.

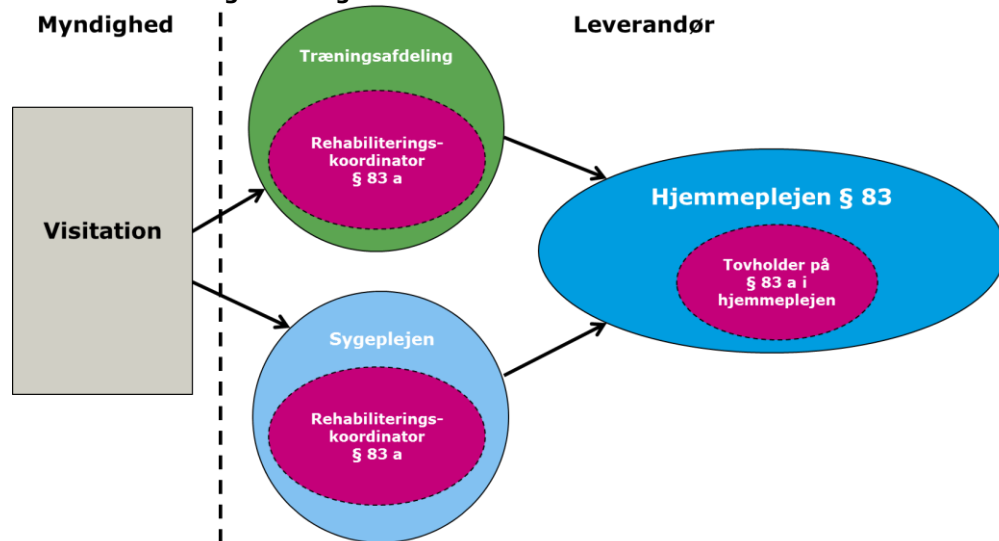
Model 3: Rehabiliteringsteammodellen



Principper for organisering: I denne model benyttes der selvstændige tværfaglige rehabiliteringsteams, som står for alle § 83 a-forløb i kommunen og indeholder både rehabiliteringskoordinator og tovholder, ofte i samme person. Først når borgeren overgår til § 83, overflyttes borgeren til hjemmeplejen.

Eksempler fra kommunerne: Denne model benyttes i Roskilde og Nyborg. I Roskilde fremhæves det, at modellen gør, at medarbejderne har et målrettet fokus på rehabilitering i § 83 a-forløbet, der er stor tværfaglig sparring og kvalitet, hvilket fremhæves at have en god effekt. I Nyborg har teamet en begrænset størrelse, så her kommer medarbejderne i teamet ofte ud til de samme borgere, hvilket giver mulighed for at give kollegial feedback på hinandens praksis.

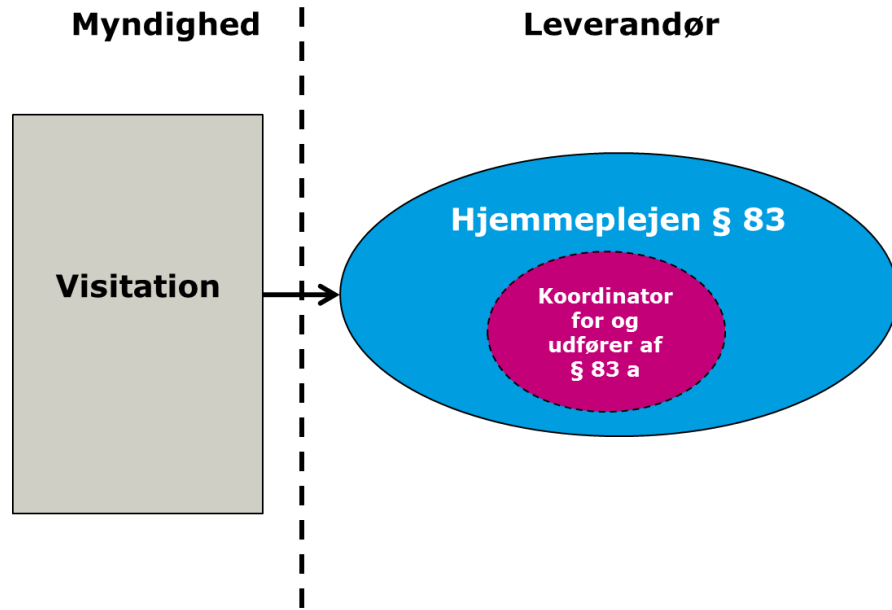
Model 4: Matrixorganisering



Principper for organisering: I matrix-organiseringen kan rehabiliteringskoordinatoren på et § 83 a-forløb komme fra både træningsafdelingen og fra sygeplejen. De pågældende rehabiliteringskoordinatorer samarbejder herefter med hjemmeplejen.

Eksempler fra kommunerne: Hjørring benytter denne organisering. Her arbejder den forløbsansvarlige tæt sammen med en særligt udpeget tovholder i hjemmeplejen. Rehabiliteringskoordinatoren kan både være terapeut og sygeplejerske, mens tovholderen ofte er social- og sundhedsassistent.

I Hjørring fylder koordinering på tværs af enheder meget, og de afholder tværfaglige konferencer en gang om ugen, hvor borgerforløb gennemgås. Derudover fremhæves organiseringen som en fordel, da rehabiliteringskoordinatorerne er organiseret i enheder med et stærkt fagligt fællesskab, hvilket er med til at understøtte deres faglige udvikling.

Model 5: Hjemmeplejemodellen

Principper for organisering: I denne model er hele koordineringen og gennemførelsen af et § 83 a-forløb placeret hos hjemmeplejen, som har interne kompetencer, der kan varetage rollen som rehabiliteringskoordinator. Her kan både terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter indgå som rehabiliteringskoordinator.

Eksempler fra kommunerne: Ingen af de otte casekommuner har denne organisering, men Ballerup Kommune og Norddjurs Kommune har svaret i kommunesurveyen, at de har placeret varetagelsen af § 83 a-forløb organisatorisk i hjemmeplejen. Derfor medtages denne model.

2.2 Udbredelsen af de fem modeller blandt kommunerne

I ovenstående blev der opstillet fem forskellige organisationsformer. I dette afsnit ser vi nærmere på, i hvor høj grad de forskellige organisationsformer benyttes på tværs af kommunerne. Til at afdække dette benyttes et spørgsmål fra kommunesurveyen om, hvor varetagelsen af § 83 a-forløb er organiseret. Der er ikke spurgt direkte ind til, hvorvidt kommunerne benytter de fem modeller (som er analytiske konstruktioner udarbejdet efter gennemførelse af casebesøg og kommunesurvey) Der er derimod spurgt men med afsæt i et mere generelt spørgsmål om, hvor varetagelsen af § 83 a-forløb er placeret organisatorisk. Svarene giver dermed en indikation af, i hvor høj grad de forskellige modeller benyttes i kommunerne. Resultaterne fra kommunesurveyen viser helt konkret,

- At den mest udbredte organisationsmodel er en **koordinerende myndighed**, hvor 42 pct. fremhæver, at § 83 a varetages i hjemmeplejen med ekstra ressourcer i form af terapeut eller sygeplejerske fra myndigheden.
- At 17 pct. svarer, at § 83 a-forløb varetages af træningsafdelingen – svarende til modellen med en **koordinerende træningsafdeling**.
- At 17 pct. svarer, at § 83 a-forløb varetages i en særlig rehabiliteringsafdeling lig **rehabiliteringsteammodellen**.
- At en enkel kommune påpeger, at de benytter en **matrixorganisering**.
- At to kommuner benytter **hjemmeplejemodellen**.

Ovenstående kan ikke ses som en total kortlægning af udbredelsen af de fem modeller, men det giver en tydelig indikation af, at den mest udbredte model er den koordinerende myndighed. Derefter er den koordinerende træningsenhed og rehabiliteringsteammodellen de mest udbredte. Matrixorganisering og hjemmeplejemodellen ser derimod ud til kun at være udbredt i begrænset omfang.

2.3 Inddragelse af private aktører i varetagelsen af § 83 a

I forlængelse af organiseringen kortlægger vi kommunernes inddragelse af private aktører i varetagelsen af § 83 a-forløb. Dette gøres med udgangspunkt i kommunesurveyen og med input fra interviewene i de otte casekommuner.

Med lovændringen (§ 83 a) forpligtes kommunerne til at tilbyde rehabiliteringsforløb forud for vurdering af behov for hjemmehjælp. Det fremgår af § 83 a og den tilhørende vejledning¹, at det er op til kommunalbestyrelsen at beslutte, om man ønsker at inddrage private leverandører. Kommunernes forpligtelse til at tilbyde frit leverandørvalg gælder således ikke for rehabiliteringsforløb efter § 83 a, men kommunerne bør ved tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene have fokus på at sikre størst mulig kontinuitet i overgangen fra § 83 a til en eventuel efterfølgende § 83-ydelse.

Rambølls rapport om *Innovationspartnerskaber om rehabilitering* (januar 2016) viste, at 63 pct. af kommunerne samarbejdede med private leverandører om § 83 a. Derudover påpegede 76 pct. af kommunerne, at de forventede en stigning i brugen af private aktører på sigt (72 kommuner besvarede surveyen).

I forbindelse med denne praksisundersøgelse er der udsendt en ny survey (65 kommuner har besvaret surveyen), som igen skal opgøre kommunernes brug af private udbydere. Her viser resultaterne bl.a., at kommunernes brug af private leverandører er lavere. Helt konkret viser surveyen, at:

- 50 pct. af kommunerne benytter private aktører til at varetage § 83 a-forløb.

- Ud af de kommuner, der benytter private aktører, benytter 38 pct. de private aktører til hele forløb, hvorimod 63 pct. benytter dem til dele af forløbene.
- Private aktører benyttes til simple forløb i alle de kommuner, der benytter private aktører, men i 56 pct. benyttes de også til at gennemføre komplekse forløb.
- I 78 pct. af de kommuner, der benytter private aktører, har borgeren frit valg mellem kommunens eget tilbud og forskellige private leverandører.

Antallet af kommuner, der benytter private aktører til § 83 a-forløb, er lavere end i surveyen i forbindelse med *Innovationspartnerskaber om rehabilitering* fra 2015, og forskellen er tilmed statistisk signifikant. Grunden til dette fald står ikke klart på baggrund af denne analyse.

Flere kommuner påpeger i kommentarerne i kommunesurveyen, at de private aktører ikke varetager de terapeutfaglige opgaver i forbindelse med rehabiliteringsforløbene. En række andre kommuner peger på, at de private aktører gennemfører rehabiliteringsforløbene på lige vilkår med den kommunale aktør. Det vurderes her, at der er tale om en forskel mellem små og store kommuner. Hvor private leverandører i små kommuner ofte ikke har ressourcerne til at ansætte en terapeut, er der større volumen i de store kommuner, som gør det rentabelt at ansætte en terapeut.

Både Frederiksberg, Struer, Hjørring, Kolding og Vesthimmerland inddrager private leverandører i varetagelsen af § 83 a-forløb. I Frederiksberg og Hjørring har de fx to private leverandører, som begge gennemfører § 83 a-forløb. Forløb hos de private leverandører foregår på nøjagtig samme måde som hos kommunen. De private leverandører foretager selve hjemmehabiliteringen, dvs. den del, der ligger i hjemmeplejen, mens de kommunale, ambulante forløbsansvarlige terapeuter samarbejder i samme omfang med de private leverandører som med de kommunale.

I Struer derimod er der kun én privat udbyder, som arbejder tæt sammen med kommunens terapeuter om rehabiliteringsforløb. I Vesthimmerland er den ene leverandør meget lille, hvorimod den anden har egen terapeut tilknyttet. I forhold til Aalborg Kommune vil den private leverandør kun kunne deltage i § 83 a-forløb, hvis borgeren i forvejen har hjemmepleje og har valgt en privat leverandør. Alle nye henvendelser vil gå til den kommunale hjemmepleje, hvilket er en politisk beslutning.

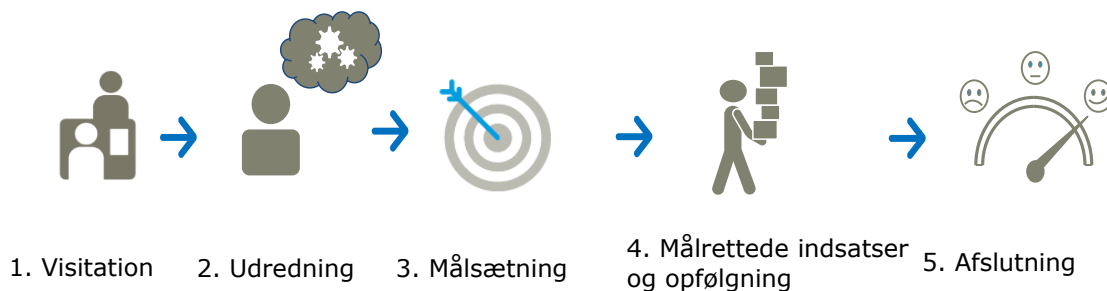
I Nyborg og Roskilde Kommune inddrager man ikke private aktører i varetagelsen af § 83 a-forløb, hvilket er afledt af deres organiseringsform. I Roskilde har man valgt, at private leverandører ikke skal inddrages i varetagelsen af rehabiliteringsindsatsen, da det vil kræve, at opgaven skal i udbud jævnlige. Dermed vurderer de, at det vil være for svært at etablere en sammenhængende og systematisk indsats. I Nyborg derimod fremgår det i de politisk godkendte kvalitetsstandarder for § 83 a, at rehabiliteringsforløb udføres af den kommunale leverandør.

3. KOMMUNERNES PRAKSIS MED § 83 A-FORLØB

3.1 § 83 a-rehabiliteringsforløbet – en borgerrejse

Til at afdække kommunernes konkrete praksis med § 83 a-forløb har Rambøll gennemført borgerrejseworkshops i de otte casekommuner. I workshoppen har repræsentanter for relevante professionelle aktører, som er involveret i borgerens forløb, deltaget. Udgangspunktet for § 83 a-forløbet er Sundhedsstyrelsens *Håndbog for rehabiliteringsforløb på ældreområdet* fra 2016, hvori der beskrives fem faser i et rehabiliteringsforløb.

Figur 3-1: Faser i rehabiliteringsforløb








Til afdækning af § 83 a-forløbet er udgangspunktet derfor de fem overordnede faser. Der er her afdækket, hvilke aktører foruden borgeren og evt. pårørende der er involveret i hver fase, hvad der sker i hver fase, hvad aktørerne konkret gør/bidrager med og hvordan der koordineres undervejs.

De forskellige måder at organisere § 83 a i kommunerne betyder, 1) at det er forskelligt, hvilke dele af rehabiliteringen der er omdrejningspunkt for indsatsen (fx fysisk funktionsniveau eller sygdomsmestring), samt 2) at der er forskelligt mulighedsrum for tværfaglig sparring og koordinering af indsatser.

Eksempelvis er kommuner, hvor § 83 a-forløbet er forankret i træningsenheden, og forløbskoordinator er fysioterapeut eller ergoterapeut, fokuserede på fysisk aktivitet i forhold til funktionsniveau. Hvorimod der i kommuner, hvor det er en sygeplejerske, der varetager rollen som forløbskoordinator, formodentlig er andre aspekter, fx sygdomsmestring og medicin håndtering i forhold til at varetage sin kroniske sygdom, der i højere grad er omdrejningspunktet for forløbet.

I kommunerne, hvor man har organiseret sig i rehabiliteringsteams, opleves tværfaglig koordinering og inddragelse af flere sundhedsfaglige faggrupper som nemmere end mere opdelt organisationsmodeller, hvor rehabiliteringskoordinatoren ikke er lige så tæt på den daglige udfører. Kommuner med organisationsmodeller, hvor rehabiliteringsforløbet varetages i tæt samarbejde med hjemmeplejen, oplever derimod, at hjemmeplejens kompetencer til at arbejde rehabiliterende løftes betydeligt, hvilket også påvirker deres arbejde på andre områder, fx ifm. § 83. Disse forskelle afspejles i nedenstående gennemgang, hvor der er fokus på at beskrive ligheder og forskelle mellem kommunerne i relation til de fem overordnede faser.

Indledningsvis gives der et overblik på tværs af de fem faser i en oversigtstabel på næste side. Tabellen fremhæver overordnede pointer om de centrale tematikker, som vil blive behandlet mere i dybden i de følgende afsnit.

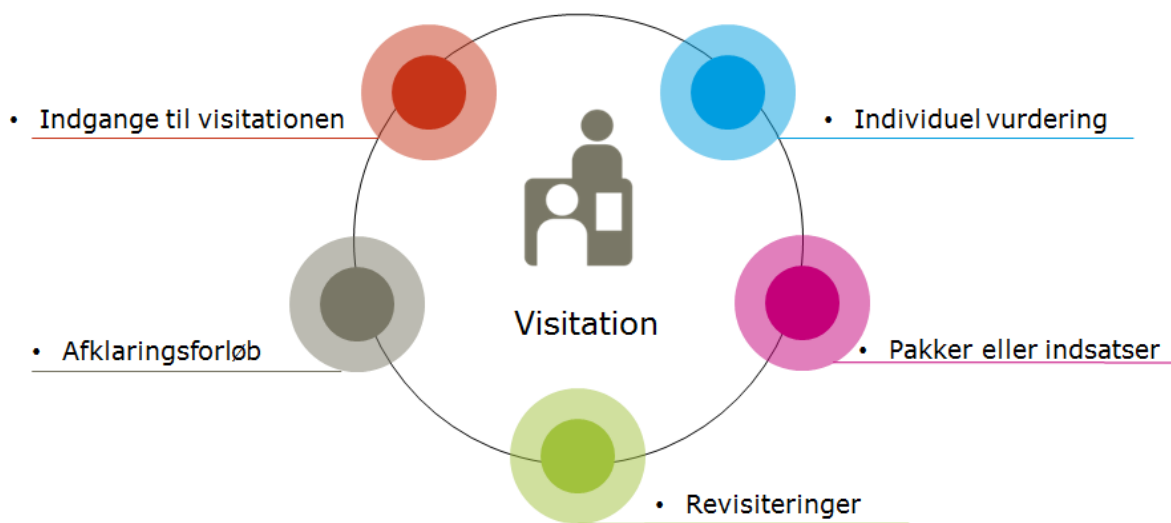
 <p>Visitation</p>	 <p>Udredning</p>	 <p>Målsætning</p>	 <p>Målerettede indsatser</p>	 <p>Afslutning</p>
<p>Centrale tematikker</p>				
<p>Indgange Der er forskellige indgange til et § 83 a-forløb. Der er fx borgerhenvendelse, henvendelse fra praktiserende læge, kontakt i forbindelse med udskrivelse fra sygehus eller ifm. en revisitation.</p> <p>Brug af pakker En tredjedel af kommunerne visiterer til pakkeforløb i forhold til § 83 a. To tredjedele har ikke pakkeforløb, men visiterer på indsatser.</p> <p>Afklaringsforløb Flere kommuner benytter kortere afklaringsforløb, før der visiteres til § 83 a.</p>	<p>Udredning – et vigtigt afsæt I udredningen bliver det tydeligt, hvori borgerens begrænsning ligger. Når udredningen er klar, bliver målsætningen og de efterfølgende indsatser mere klare.</p> <p>Udbredt brug af redskaber Hovedparten af kommunerne benytter standardiserede redskaber som en del af udredningen – de mest benyttede er ICF og COPM.</p> <p>Tværfaglighed i udredningen Visitorer og ergo-/ fysioterapeuter inddrages i de fleste udredninger. I ca. halvdelen af udredningerne inddrages sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og hjælpere. Andre faggrupper inddrages i 13 pct. af kommunerne.</p>	<p>Målsætning – en løbende proces Målsætningen foregår i praksis over flere samtaler med borgeren. Målsætning er desuden en integreret del af § 83 a-forløbet og målet kan hele tiden justeres.</p> <p>Borgerinddragelse i målsætningen 55 pct. af borgerne oplever, at målet for forløbet er sat af dem selv i samarbejde med fagpersonen. 22 pct. af borgerne oplever, at det alene var fagpersonen, der satte målet.</p> <p>Brugen af målene Rehabiliteringsplanen kobles med målene. Der bruges formuleringer såsom <i>fastholde, udvikle, understøtte, lindre og afklare</i>.</p> <p>Inddragelse af pårørende Der indgås ofte en dialog med borgeren om, hvordan de pårørende kan inddrages. Borgerne er ofte afvisende, men fagpersonerne oplever ofte, at pårørende gerne vil inddrages.</p>	<p>Helhedsorienterede forløb med mange forskellige indsatser De målrettede indsatser kan fx indeholde medicingennemgang, behandling af underliggende sygdom, ernæringsindsatser, fysisk træning, ADL-træning, hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelserne, faldforebyggelse, indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens og indsatser rettet mod ensomhed eller nedsat deltagelse i samfundslivet.</p> <p>Tværfaglighed i forløbene Ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter og hjælpere inddrages ofte i forløbet. Derudover inddrages en række andre faggrupper.</p> <p>Tværfaglighed kræver koordination Rehabiliteringskoordinatoren spiller en vigtig rolle ift. at inddrage og koordinere de målrettede indsatser på tværs af faggrupper.</p>	<p>Forskellige tilgange til afslutning af forløb I flere kommuner afsluttes forløbet, når det vurderes, at borgeren er selvhjulpne eller har nået målene for forløbet.</p> <p>Det kan også være borgeren selv, der kontakter kommunen om, at de føler, de kan klare sig selv.</p> <p>I andre kommuner afsluttes forløbet, når den fastsatte tidsperiode for § 83 a-forløbet udløber.</p> <p>Efter afslutning I flere kommuner tænker man andre tilbud i kommunen og samarbejde med frivillige ind i afslutningen af forløbet.</p>

3.2 Visitation til forløb

Den første fase i § 83 a-rehabiliteringsforløbet er visitationen til forløbet, hvor en myndigheds-person fra kommunen vurderer, om borgeren er i målgruppen for et rehabiliteringsforløb efter § 83 a i lov om social service.

Myndighedspersonen vurderer i visitationen, om det vil være hensigtsmæssigt at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, dvs. et § 83 a-forløb, hvis det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1.

I dette afsnit om visitationsfasen behandles fem underliggende temaer, som er illustreret i nedenstående figur.



Indgange til visitation

Der er forskellige måder, hvorved borgerne kan henvende sig for at få hjælp til praktiske gøremål eller personlig pleje efter § 83 stk. 1, fordi de på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Nogle borgere kontakter selv kommunen, den praktiserende læge kan henvise borgeren til kommunen, hvis han/hun vurderer, borgeren har behov for hjælp, borgeren kan i forbindelse med udskrivelse fra sygehus eller i forbindelse med afslutning af et ophold på en kommunal rehabiliteringsklinik henvises til hjælp til personlig pleje/praktisk hjælp.

Myndighedspersonen fra visitationen varetager den første indledende, faglige vurdering enten ved at besøge borgeren i borgerens eget hjem, ved at møde borgeren på hospitalet i forbindelse med udskrivning, via telefon eller administrativt. Hvis der er journalnotater om borgeren eller anden information, inddrages dette i vurderingen. Flere kommuner benytter ligeledes brugerfladen i Fælles sprog II til at vurdere borgerens funktionsniveau.

Hvordan den indledende vurdering foretages, afhænger dels af borgerens situation og funktionsniveau og dels af praksis i kommunen. For borgere, der ikke tidligere har fået hjælp, men måske oplever et stort, pludseligt funktionstab, vil en myndighedsperson oftere komme hjem til borgeren. Borgere, der i højere grad bliver visiteret til et § 83 a-forløb som en del af deres § 83-ydelse, vil til gengæld i højere grad blive visiteret til § 83 a-forløbet administrativt, fordi myndighedspersonen allerede har oplysninger om borgeren i forbindelse med § 83-ydelsen. Dette kan fx være borgere, der har fået hjælp til rengøring via § 83 og nu har brug for hjælp til personlig pleje pga. nedsat

funktionsniveau efter længere tids sygdom og derfor potentielt ville kunne få gavn af et § 83 a-forløb.

I Aalborg Kommune har man fx organiseret sig med en udskrivningsenhed (dvs. en slags fremskudt visitation placeret på sygehuset), således at man hurtigt kan foretage en vurdering af, om der er behov for hjælp ved udskrivelse og et eventuelt potentiale for at tilbyde et § 83 a-forløb.

Individuel vurdering

Ved visitationen gennemfører myndighedspersonen en screening af borgeren og skriver den overordnede rehabiliteringsplan og visiterer borgeren til et § 83 a-forløb. Alle myndighedspersoner fra de forskellige kommuner fortæller, at der foretages en individuel vurdering med udgangspunkt i, at ingen borgere på forhånd udelukkes fra at blive vurderet i forhold til, om de skal tilbydes et forløb. Dog nævner man i eksempelvis Roskilde Kommune, at der altid gennemføres en særlig vurdering af borgere med en terminal diagnose eller svær demens. Derfor bliver nogle terminale borgere henvist til et forløb med § 83 a, hvis dette skønnes gavnligt for borgeren ud fra en konkret sundhedsfaglig vurdering – og andre gør ikke. I Roskilde Kommune nævner man dog også, at det er en vigtig styrke for myndighedspersonerne, at de både visiterer til § 83 og til § 83 a, fordi dette sikrer en inddragelse af andre vifter af tilbud, der kan være relevante for borgeren i et helhedsperspektiv. Dermed kan borgeren også smidigt visiteres til en § 83-ydelse, hvis det viser sig, at dette er mere hensigtsmæssigt for borgeren. Borgere ekskluderes også i de tilfælde, hvor borgeren midlertidigt skal have hjælp efter § 83 for en kortere periode og efterfølgende bliver selvhjulpnen, fx. Borgere, hvor træningsindsatsen ikke må påbegyndes eller efter en hjerteoperation ikke må løfte eller udføre tunge rengøringsopgaver mv.

Afklaringsforløb i stedet for § 83 a-forløb

Flere kommuner gør en indsats for populært sagt at "vende borgeren i døren", dvs. hvis det er en mindre del af borgerens funktionsniveau, der er svækket, kan der tilbydes en fokuseret og kortere indsats for at hjælpe borgeren til hurtigere at blive selvhjulpnen. Nogle steder gennemføres første besøg inden visitation af en terapeut for at afdække, om der kan være potentiale for et afklaringsforløb (på et par dage/ uger), før § 83 a-forløb igangsættes.

Denne praksis følges fx i Kolding Kommune. Afklaringsforløbet vil fx være tre besøg ved en terapeut, der guider borgeren til gode teknikker for selv at kunne komme i bad. Hvis dette afklaringsforløb ikke er nok til at gøre borgeren selvhjulpnen, og der fortsat skønnes behov for et egentligt rehabiliteringsforløb, vil borgeren herefter visiteres til § 83 a-forløb.

Det nævnes desuden i Frederiksberg, Kolding og Struer Kommune, at der også er borgere, hvor et § 83 a-forløb kunne være igangsat, men som allerede ved første besøg af en visitator/terapeut får bevilget et hjælpemiddel, hvilket gør borgeren selvhjulpnen, og der derfor ikke igangsættes en visitation mv. til et § 83 a-forløb.

Rambøll observerede et afklaringsbesøg mellem en terapeut og en 56-årig kvinde. Kvinden er stiv i det nederste af ryggen efter en diskusprolaps og en efterfølgende operation. Afklaringsbesøget omhandlede borgers problemer med at vaske fødder og tæer grundet stivhed i ryggen. Ved mødet havde terapeuten en tåvasker med, som blev introduceret til borgeren, hvilket løste borgers udfordringer uden yderligere hjælp.

Visitation til enkeltydelser eller pakkeforløb

Af de adspurgte kommuner i spørgeskemaundersøgelsen svarer en tredjedel, at de har organiseret § 83 a-forløb som pakkeforløb efter borgerens funktionsniveau, mens to tredjedele af de deltagende kommuner ikke har pakkeforløb for § 83 a-forløb. I et pakkeforløb kan der visiteres en række forskellige indsatser i en samlet pakke (fx bad, morgenrutine, gåtur, træning osv.). I de kommuner, hvor der ikke visiteres pakker, visiteres der i stedet for til konkrete indsatser (fx bad).

Flere kommuner beskriver, at de har tre eller flere pakker, der knytter sig til graden af den hjælp, borgeren har brug for, fx let, moderat eller omfattende, uanset om der er tale om praktisk hjælp eller personlig pleje. Nogle kommuner har § 83 a-pakker, som er relateret til vurderingen i Fælles sprog II, mens nogle kommuner har pakker, der er knyttet til den fagperson, der udfører opgaven, dvs. fx en ergoterapeutpakker, hvor der indgår ergoterapeutisk træning, opstartsbesøg, aktivitetsanalyse mv. og fx sygeplejeindsatserne, som følger KL's indsatskatalog.

I casekommunerne er der både pakkeforløb og forløb, hvor der visiteres efter enkeltydelser. I eksempelvis Hjørring visiteres borgerne til besøgspakker i § 83 a-forløb, som tidsmæssigt tilsvarende kompenserende understøttende hjælp for en § 83-ydelse, hvorfor der også er § 83-pakker. Der visiteres efter borgerens funktionsniveau i tre niveauer: Simpel, mellem eller svært nedsat funktionsniveau efter Fælles sprog II. Pakkerne i § 83 a-forløb er inddelt efter borgerens behov og funktionsniveau, så tid og dækningsgrad kan rummes. Der er som udgangspunkt i § 83 a-pakkerne mulighed for at justere tiden, hvis det skønnes, at borgerens funktionsniveau ikke svarer til den indsats, de får. Der kan være forløb, hvor borgeren både får hjælp via § 83 (kompenserende) og § 83 a (rehabiliterende). Her noterer visitator, hvilke dele der skal udføres træning på. I Hjørring tilbyder de fx ofte kompenserende hjælp til rengøring og madlavning, mens der arbejdes rehabiliterende ift. personlig pleje med henblik på, at borgeren kan blive selvhjulp.

I andre kommuner visiteres borgeren til de enkelte indsatser, eksempelvis i Aalborg, Struer og Vesthimmerland, hvor der fx visiteres specifik tid til bad. Tiden, der bevilges, justeres op og ned hele tiden gennem forløbet ud fra en løbende kontakt med borgeren og pårørende. I Struer Kommune opdeler man desuden borgerne i simple og komplekse forløb, afhængigt af hvor mange interessenter der er behov for at have inde over et borgerforløb.

Borgerne i Frederiksberg Kommune visiteres til besøgspakker, som tilsvarende kompenserende understøttende hjælp. Pakkerne er inddelt efter personlig og praktisk støtte samt dækningsgrad (hvor omfattende hjælpen er) og frekvens for besøg. Der er som udgangspunkt den samme tid i pakkerne i § 83 a-forløbene som i § 83-ydelser. Hvis det under § 83 a-forløbet viser sig, at den rehabiliterende indsats/træning ikke kan ske inden for tidsrammen afsat i pakken, kontaktes visitationen om behov for mere tid. I Kolding Kommune er tiden for ydelserne også den samme for både § 83 og § 83 a, dog bevilges borgere i § 83 a-forløb 40 minutter ekstra til rehabiliteringsdelen fordelt over en uge, fordi det i Kolding Kommune vurderes, at den rehabiliterende indsats kræver mere tid end en kompenserende indsats.

Fast budget for rehabiliteringsforløb skaber andre rammer

I nogle kommuner gives § 83 a-forløb som rehabiliteringsforløb ved rehabiliteringsteamet, der er på et fast budget. I Nyborg Kommune, hvor man har et rehabiliteringsteam, er det en visitator, der bevilger § 83 a-forløb, mens det i praksis er rehabiliteringsteamet, der tildeler ydelserne. Dvs. at det er en medarbejder fra teamet selv, der fastsætter tiden og definerer, hvor lang tid der vil være brug for til at yde støtte og hjælp til de borgere, der er i forløbet. Styringsredskabsmæssigt fungerer det sådan, at der er en fast normering til rehabiliteringsteamet. Der er stadigvæk tid afregnet til de forskellige ydelser, men tiden ændrer sig typisk løbende, fordi en social- og sundhedshjælper tilpasser tiden med træning osv. efter borgerens behov. Derfor bliver der ikke meldt tidsestimat på, så længe der arbejdes med det givne mål i forløbet. Når et mål er opfyldt, koordinerer social- og sundhedshjælperen fra rehabiliteringsteamet med en myndighedsperson i visitationen, som derefter afslutter ydelsen. Derved har medarbejderne i rehabiliteringsteamet stor faglig indflydelse på borgernes forløb, hvilket de er glade for.

Revisiteringer

Alle kommuner skal foruden at tilbyde et § 83 a-forløb til nye borgere også revisitere borgere, der modtager hjælp efter § 83, hvis det vurderes, at de kan få gavn af et § 83 a-forløb. I spørgeskemaundersøgelsen svarer 30 pct. af kommunerne, at de nyvisiterede borgere udgør den største andel af borgerne i § 83 a-forløb. Mens 47 pct. af kommunerne svarer, at nyvisiteringer og revisiteringer hver udgør halvdelen af forløbene, fortæller 8 pct. af kommunerne, at revisitering udgør mellem 80 pct. og 100 pct. af alle forløb, mens 16 pct. af kommunerne har svaret *ved ikke* til dette spørgsmål.

Flere af kommunerne påpeger, at der i forbindelse med revisiteringer ofte er brug for en mere motiverende tilgang, især i forhold til borgere, som tidligere har modtaget rengøring efter § 83. Der findes dog ikke de store forskelle i tilfredsheden i borgersurveyen. Flere fagpersoner påpeger dog, at revisiterede borgere, der revisiteres ift. personlig pleje som oftest er mere motiverede, da de godt kan se fordelene i ikke at være afhængig af hjemmeplejen i dagligdagen.

3.3 Udredning

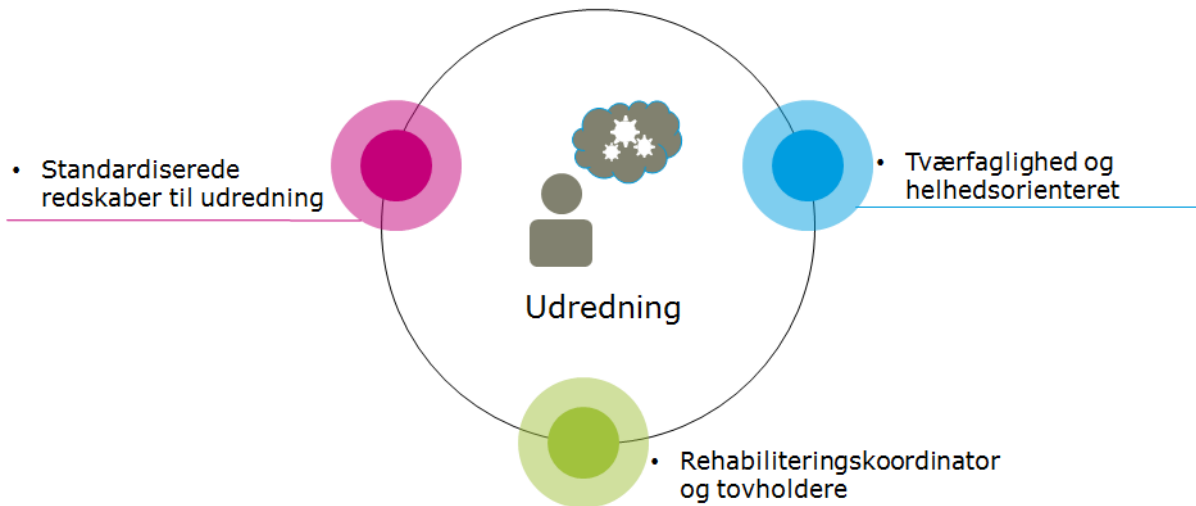
Det er ikke et lovgivningsmæssigt krav om en udredning i forbindelse med et § 83 a-forløb, men mange kommuner vælger at gennemføre en udredning i større eller mindre omfang. Udredningen kan ske i forbindelse med visitationen eller opstarten af forløbet, eller den kan varetages som en selvstændig aktivitet.

Formålet med udredningen er at afdække borgerens samlede støtte- og rehabiliteringsbehov, da borgere med svækket funktionsniveau ofte har flere problemstillinger af sygdomsmæssig (fx kronisk sygdom) eller social karakter (fx ensomhed). Udredningen giver derfor en mere detaljeret afdækning af, hvor borgeren med en korrekt faglig indsats kan få løftet sit funktionsniveau. Hvor der ved visitationen fx blev tildelt hjælp og støtte til at ordne tøjvask, bliver det ved udredningen tydeligere, hvori borgerens begrænsning ligger i forhold til fx tøjvask. Det kan være, at borgeren har problemer med at løfte en kurv/pose med tøj, at komme ned ad trapperne og hen til vaskekøleren eller i forhold til at hænge tøjet op. Når dette er klart, bliver målsætningen og de efterfølgende indsatser mere klare at arbejde med for borger og medarbejder.

Hvis den ældre er i målgruppen, er det op til myndighedspersonen at vurdere, hvilken faggruppe der skal varetage funktionen som forløbsansvarlig. Afhængig af, hvordan kommunen har valgt at

organisere varetagelsen af § 83 a-forløbet, vil faggruppen for den forløbsansvarlige være defineret ud fra det valg, man har truffet i kommunen.

I gennemgangen af udredningsfasen behandles tre underliggende temaer. De tre temaer er illustreret i nedenstående figur og behandles i det følgende.



Rehabiliteringskoordinator og tovholder udpeges

Når borgeren har fået tildelt et § 83 a-forløb, udpeges der samtidig en rehabiliteringskoordinator, som har ansvaret for at foretage en udredning i samarbejde med borgeren og eventuelle pårørende samt eventuelt andre relevante fagpersoner. I udredningen deltager som regel altid en medarbejder fra hjemmeplejen/rehabiliteringsteamet, som i det daglige vil komme til at varetage rehabiliteringsindsatsen hos borgeren. Hvilken rehabiliteringskoordinator, der skal være tilknyttet nye borgere, besluttet ofte på tværfaglige konferencer/møder for fagpersoner, der varetager § 83 a-forløb.

I nogle kommuner, eksempelvis Hjørring Kommune, udpeges den forløbsansvarlige fagperson med udgangspunkt i, hvilket aspekt af borgeres funktionsevnetab der fylder mest, og hvilken fagperson der derfor mest meningsfuldt kan være ansvarlig for borgerens forløb. Fx kan det være en sygeplejerske eller en fysioterapeut – alt efter borgerens behov. I andre kommuner har man valgt at organisere sig, så den forløbsansvarlige i udgangspunktet er uddannet fysioterapeut, hvilket eksempelvis er tilfældet i Kolding Kommune.

Tværfaglig og helhedsorienteret

Udredningen skal være helhedsorienteret og tværfaglig og dette sikres på forskellig vis i kommunerne. Kommunerne i spørgeskemaundersøgelsen svarer, at der i hovedparten af alle forløb inddrages visitatorer og ergo-/fysioterapeuter. I omkring halvdelen af udredningerne inddrages sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. Derudover nævnes det også, at andre faggrupper inddrages i ca. 13 pct. af kommunerne. De øvrige faggrupper, der nævnes, er pædagoger, hjerneskadekoordinater, hjælpemiddeltherapeuter, praktiserende læger, demenskoordinatorer, støtte-/kontaktpersoner og diætister.

Når § 83 a-forløbet startes op, er der ofte flere faggrupper med til første besøg i borgerens hjem, hvor udredningen varetages. I Nyborg og på Frederiksberg er der eksempelvis altid en fysioterapeut/ergoterapeut med en social- og sundhedshjælper og i Roskilde Kommune er der altid en sygeplejerske sammen med enten en social- og sundhedsassistent, ergoterapeut eller fysioterapeut. Det er også med henblik på at sammentænke den tværfaglige indsats, så borgeren oplever et

samlet koordineret forløb.

I udredningen fokuseres der i høj grad på at inddrage borgerens egen oplevelse af sit helbred og livskvalitet. Hvis pårørende vil deltage i denne opstart af forløbet, er de også meget velkomne. I nogle tilfælde er de pårørende med, når udredningen udarbejdes, hvilket kan være praktisk i forhold til koordinering af besøg, men først og fremmest betragtes eventuelle pårørende som en ressource for borgeren, fordi de kan hjælpe og støtte borgeren undervejs i forløbet.

Standardiserede redskaber til udredning

Hovedparten af kommunerne anvender standardiserede redskaber/faglige metoder til at afdække borgerens funktionsniveau i forbindelse med udredningen. Omkring en femtedel af kommunerne benytter ikke standardiserede redskaber som en del af udredningen. I tabellen nedenfor ses de redskaber, der benyttes.

Tabel 3-2: Oversigt over kommunernes brug af redskaber i udredningen

Redskab	Procent af kommunerne, der benytter redskabet
ICF	44 %
COPM	28 %
ADL-taxonomi	20 %
AMPS	14 %
Bartel 100	5 %
Anvender ikke standardiseret redskab	19 %
Andet redskab, fx PSFS, Borgerhjulet, UCLA, WHOdas, DEMMI, Fælles sprog II, ernæringscreening, livskvalitetsmåling, rejse-sætte-sig-test, memse-test, EQ-5D	45 %

I Roskilde Kommune har man valgt, at alle nye borgere, der tildeles et § 83 a-forløb, får besøg af en sygeplejerske inden for 24 timer, som foretager en overordnet helhedsvurdering af borgerens funktionsniveau og behov. Inden for fire dage tager sygeplejerske og terapeut sammen ud til borgeren til en egentlig udredningssamtale, hvor man anvender COMP og foretager en ernærings-screening. Hvis der er tale om, at borgeren kun skal have hjælp til rengøring, er det en ergoterapeut, der tager ud til borgeren som den første og foretager en træningsrengøring sammen med borgeren. Her består udredningen i høj grad også af afprøvning og øvelse.

I eksempelvis Kolding Kommune benytter man ikke et standardiseret redskab i udredningen. Her bruges en ICF-inspireret tilgang, hvor man taler med borgeren om, hvilke ændringer vedkommende oplever. Fx taler man om, hvad borgeren kunne, før hun blev indlagt med brækket hofte, og hvad hun kan nu og gerne vil kunne.

Foruden den dialogbaserede udredning af funktionsevne, og hvad borgeren gerne vil kunne, afdækkes også borgerens sociale liv og netværk. Til dette er der igen forskel på, hvor standardiseret en tilgang kommunerne har. Nogle kommuner anvender et valideret redskab som UCLA-3 til måling af ensomhed, mens andre spørger ind til pårørende og netværk. Derudover indgår observation af borgerens fysiske formåen og vurdering af hjemmet som en del af udredningen. I Nyborg Kommune beskriver man eksempelvis, at man ikke foretager udredning af borgerne uden at observere dem i aktivitet, og at man benytter "tavs viden" indhentet via den indledende observation af borgeren i eget hjem og kontaktperson laver en funktionsvurdering – det samme gør sig gældende i Hjørring, hvor borgerne også observeres om natten. Hvis borgeren eksempelvis bor i lej-

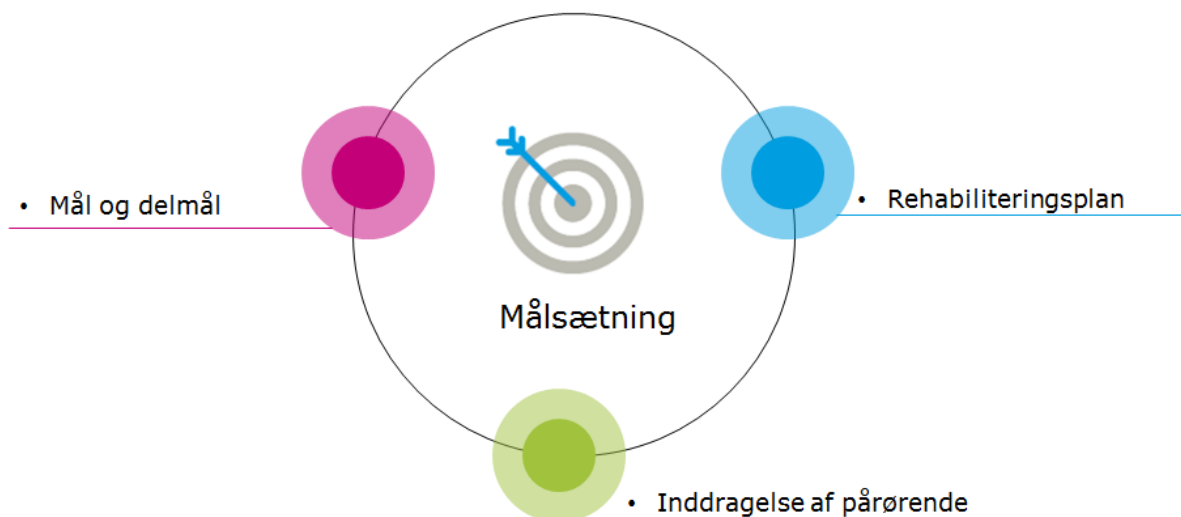
lighed med mange trapper eller med et meget lille badeværelse, kan det være vigtig viden i forhold til, hvordan indsatserne skal tilrettelægges i § 83 a-forløbet.

Opdeling af de nævnte faser er ikke stringent i alle kommuner, da det sommetider viser sig, at drøftelsen om målsætning og indsatser for nogle måske kommer før en egentlig dybdegående udredning. I Aalborg Kommune er det fx sådan, at visitation, udredning og målsætning kan glide sammen, da alle aspekter er en del af den indledende samtale inden for BUM-modellen. Her er det struktureret sådan, at man i naturlig forlængelse af visitationen til § 83 a-forløb foretager en funktionsvurdering og taler med borgeren om, hvad han/hun godt kunne tænke sig.

3.4 Målsætning

Målsætningen er et centralt element i et rehabiliteringsforløb. Brugen af målsætning er med til at øge motivationen hos borgeren og derudover er det med til at målrette og fokusere forløbet. Borgers målsætning skal være styrende for forløbet.

I gennemgangen af målsætning gennemgås tre underliggende temaer, som illustreres i nedenstående figur og uddybes i det følgende.



Mål og delmål

Målsætningen foregår i praksis over flere samtaler med borgeren og dialogen om mål startes som regel ud i forbindelse med visitationen til et § 83 a-forløb. Målsætning er desuden en integreret del af § 83 a-forløbet, og de fastsatte mål kan hele tiden justeres efter, hvordan borgeren klarer sig, og hvilke præferencer borgeren har.

Eksempler på mål:

- "At bruge benprotesen og klare køkkenet"*
- "At kunne gå i bad selv"*
- "At kunne gå til købmanden og købe lotto"*
- "At kunne klare mest muligt i hjemmet"*
- "At kunne gå på gaden og handle"*

Målsætningen skal være styret af borgeren, så forløbet bliver målrettet på bedst mulige vis. Som regel har borgeren et overordnet mål som *"at kunne gå på gaden og handle"* eller *"at klare mig selv i badeværelset"*, men for at nå dette mål skal der flere handlinger til, og der sættes derfor delmål, der relaterer sig til det overordnede mål.

Det kan fx være at komme over et trin til badeværelset for at nå et højere mål, fx selv at kunne gå i bad. Der arbejdes så med at definere flere delmål, som at organisere bad, og hvilke små processer dette måtte indbefatte.

I borgersurveyen svarer 55 pct. af borgerne, at de mener, at målet for forløbet er sat af dem selv i samarbejde med fagpersonen. 22 pct. af borgerne oplever, at det alene var fagpersonen, der satte målet, og 5 pct., at det var dem som borgere, der alene satte målet for forløbet, mens 19 pct. svarer *ved ikke*. Det viser dermed, at over halvdelen af borgerne føler sig inddraget i målsætningsprocessen.

Fagpersonerne i kommunerne fortæller, at målsætning er en central del af rehabiliteringsforløbet, da borgerens egen motivation og lyst til selv at gøre en indsats i løbet af rehabiliteringsforløbet her bliver koblet til de konkrete mål. Mange casekommuner arbejder med udgangspunkt i elementerne fra den motiverende samtale og har dermed en struktureret tilgang til at arbejde motiverende med borgeren i forløbet. Der gøres derudover en del ud af at forberede borgeren på målsætningen og på at forklare, hvordan målsætningen hænger sammen med rehabilitering uden at bruge ord som rehabilitering og genoptræning.

Eksempel på motivationsarbejde som en del af målsætningen

I Aalborg Kommune beskriver man, hvordan man i målsætningen med borgeren taler med borgeren om, hvordan han/hun kan se sig selv fremadrettet. Medarbejderen udtrykker desuden en bekymring for borgerens fremtid, hvis ikke han/hun kommer videre og passer på sit helbred. Dette motivationselement bruges især til de borgere, der er meget inaktive, som søger hjælp til rengøring. Her udfordrer rehabiliteringskoordinatoren og spørger borgerne, hvordan de holder sig i gang og får motion, og i forhold til at kunne klare andre praktiske gøremål. Derved kan de tale om, at man bliver nødt til at holde sin krop i gang, således at man kan gøre tingene selv (fx rengøring). Derudover prøver de også at tale om, hvad det at kunne gøre tingene selv egentlig har af betydning for borgeren.

Mange kommuner benytter desuden SMART-mål i målsætningen og sikrer derved fokus på, at borgerens mål skal være opnåeligt og tidsafgrænset. SMART vil sige, at målet er Specifikt, Målbart, Accepteret, Realistisk og Tidsafgrænset. Flere kommuner påpeger dog også, at det kan være svært at arbejde med SMART-mål, og at det kræver en løbende sparring og kalibrering mellem medarbejderne.

Nogle af casekommuner, eksempelvis Roskilde, anvender interviewredskabet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) i forbindelse med målsætningen. I Struer Kommune bruger man en måltrappe til at definere borgerens drøm/mål og til at bryde et stort mål op i mindre delmål i de komplekse borgerforløb. I Vesthimmerlands Kommune har man ikke et standardiseret redskab, men arbejder derimod med at opstille SMART-mål. Flere af casekommunerne fortæller, at det er en disciplin at sætte mål med borgerne, og det er noget, de gerne vil blive endnu bedre til, fordi borgerne og medarbejderne ikke er vant til at tænke på denne måde. Det kræver både motivation og samtaleteknikker, så borgeren bliver inddraget i målsætningen og får ejerskab til målene.

Eksempler på borgeres mål:

"At komme ud og køre havetraktor"

"At komme i svømmehallen"

"At kunne danse til mit guldbrillup"

Flere af casekommunerne nævner problematikken i på den ene side at have ydelsesspecifikke mål, som kan noteres i indsatsplanen i borgerens journal, og på den anden side sikre, at borgerens egne mål er balanceret hermed. I Aalborg Kommune noteres målene i borgerens omsorgsplan med udgangspunkt i den ydelse, borgeren modtager.

Der er efter casekommunernes vurdering store forskelle i motivationsniveauet blandt borgerne. Eksempelvis er de fleste borgere meget mere motiverede for at kunne gå ned at handle på egen

hånd end for at skulle gøre rent selv. I rehabiliteringsforløbet arbejdes der derfor oftest først med de mål, som borgeren er mest motiveret for at nå. Det opleves ofte i casekommunerne, at mål, der relateres til personlig pleje, er nemmere at motivere borgerne til end mål vedrørende praktisk hjælp (ofte rengøring).

De forskellige involverede aktører fremhæver, at det er vigtigt at vise forståelse over for borgernes præferencer og ikke negligere, at de gerne vil have rengøringshjælp. I nogle tilfælde må rehabiliteringskoordinatoren stille sig tilfreds med, at det er et mål, borgeren "accepterer" (det gør sig oftest gældende i forbindelse med rengøring), frem for et mål, borgeren ønsker. Flere kommuner nævner også, at det har været svært at sætte mål og motivere borgere i forhold til revisiteringer til § 83 a-forløb til rengøring, for borgere, der tidligere har fået hjælp til rengøring via § 83. Der gives det eksempel, at de borgere, der har modtaget hjemmehjælp i 20 år, er meget skeptiske i forhold til at indgå i et rehabiliteringsforløb i § 83 a-regi. Det er svært at motivere denne gruppe til, at de selv skal hjælpe til med rengøringen nu. Dog fortæller kommunerne, at de i høj grad formår at gøre dette ved at have en motiverende tilgang overfor borgeren. Det er derimod kommunernes oplevelse, at nyvisiterede borgere er mere motiverede, hvormed der kun er tale om en problemstilling på relativt kort sigt i kommunerne.

Revisitering og målsætning

En rehabiliteringskoordinator problematiserer det på følgende måde:

"Det sværeste er at motivere til rengøring. For efter min mening er det jo ikke rehabilitering, hvis det ikke er borgerens mål at gøre rent."

Rehabiliteringsplan

Når målet og udredningen er på plads, udarbejdes der en rehabiliteringsplan for rehabiliteringsforløbet og tidspunkter for, hvornår delmål skal være nået. Heri skal det gerne være retningsgivende, på hvilken måde der skal arbejdes med rehabilitering og derfor bruges formuleringer som *fastholde, udvikle, ændre/understøtte, lindre* og *afklare*. Fx støtte til igen at blive selvhjulpent ift. at kunne tage et bad. Rehabiliteringsplanen skal være så detaljeret, at både borger og medarbejder fra hjemmeplejen, der er der i det daglige, føler sig tryk ved den, men samtidig skal den ikke være så lang, at den bliver uoverskuelig. I nogle casekommuner, fx Frederiksberg Kommune, ligger rehabiliteringsplanen i printet format i borgerens hjem, så borgeren kan orientere sig i den og se fremgang, og pårørende kan følge med. I andre kommuner, fx Vesthimmerland Kommune, har man valgt ikke at have papirer i borgernes hjem.

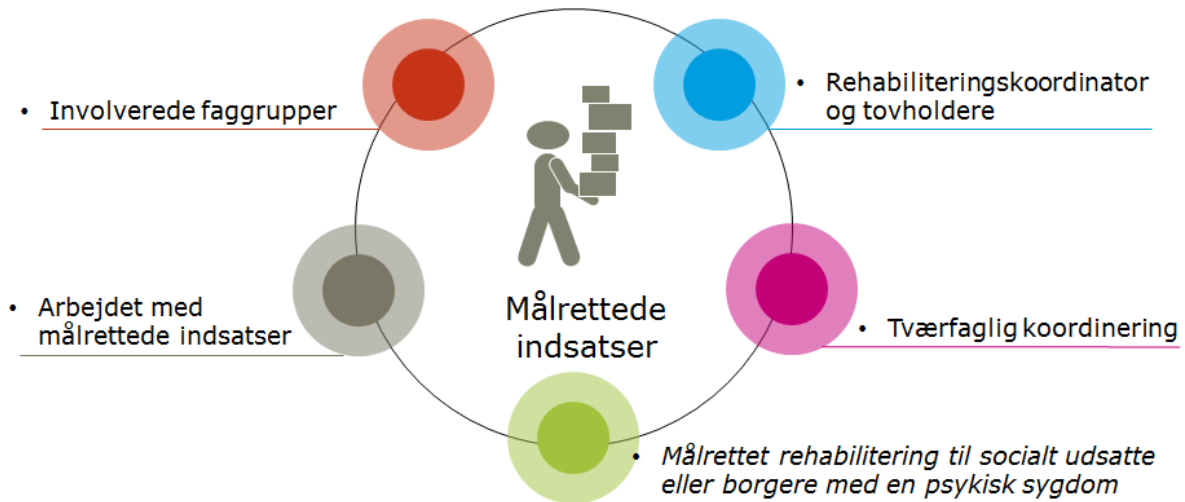
Inddragelse af pårørende

Der er ofte mulighed for, at pårørende kan deltage i målsætningen og udredningen. Hvis de pårørende ikke kan deltage, tager rehabiliteringskoordinatoren en dialog med borgeren om, hvordan de pårørende kan inddrages i forløbet for at støtte op om målet. I Aalborg Kommune opleves det, at borgerne ofte helst ikke vil belaste deres pårørende eller blotte sig over for dem med det, de ikke længere kan, og derfor kan denne del være udfordrende for de professionelle. Omvendt fremhæver man i Frederiksberg Kommune specifikt de pårørende som en vigtig medspiller for de professionelle og en afgørende faktor for, om borgeren når sit mål. De pårørende her opleves ofte som aktive deltagere, der gerne vil involveres i borgerens forløb.

3.5 Målrettede indsatser i et § 83 a-forløb

Kommunerne benytter forskellige tilgange til arbejdet med målrettede indsatser. De indsatser, borgerne modtager i et forløb, kobler sig til de overordnede mål og delmål, som er sat for forløbet. Målet forsøges dermed opnået gennem en målrettet brug af tværfaglige indsatser, som tilpasses i takt med borgerens udvikling og med inddragelse af relevante faggrupper.

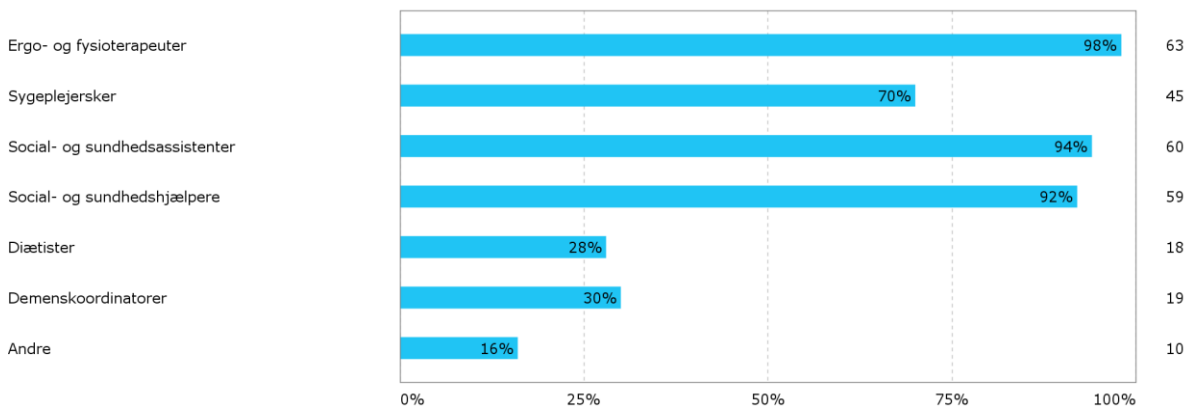
I dette afsnit behandles fem underliggende temaer. De fem temaer er illustreret i figuren på næste side og behandles i dybden i det følgende.



Faggrupper, som inddrages i gennemførelsen af § 83 a-forløb

Der kan være flere faggrupper involveret i gennemførelsen af et § 83 a-forløb. Figuren nedenfor viser de faggrupper, kommunerne hyppigst inddrager i et § 83 a-forløb. De faggrupper, der typisk inddrages, er ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Derudover inddrages der i nogle kommuner fx diætister, demenskoordinatorer, hjerneskadekoordinatorer, pædagoger, netværksmedarbejdere, støtte/kontaktpersoner m.fl.

Tabel 3-3: Faggrupper som inddrages i gennemførelsen af § 83 a-forløb



Fælles for kommunerne er, at social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere ofte er udførende i store dele af rehabiliteringsforløbet, og at andre faggrupper, som terapeuter, sygeplejersker eller hjælpemiddelskonsulenter m.fl., kan inddrages efter behov. I Roskilde Kommune og Nyborg Kommune er der dog en fast diætist tilknyttet rehabiliteringsteamet, som jævnligt inddrages i forløbene. I Hjørring Kommune har man en diabetesvejleder og demenskoordinator, som ikke normalt indgår i forløbet, men som man kan trække på ved borgere med behov.

Hvilke faggrupper, der involveres i rehabiliteringsarbejdet, kan afhænge af forløbenes kompleksitet. I Aalborg skelner man mellem simple og komplekse forløb, hvor de simple forløb ofte kan varetages af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, mens der i de mere komplekse forløb ofte inddrages andre faggrupper som fx ergo- og fysioterapeuter og sygeplejersker. I andre kommuner som fx Vesthimmerland skelnes der ikke mellem simple og komplekse forløb, men visitatoren vurderer, hvilke faggrupper der skal inddrages i forløbet.

Rehabiliteringskoordinatorer og tovholdere på forløbene

På tværs af kommunerne får borgerne tilknyttet en rehabiliteringskoordinator, som skal sørge for at igangsætte målrettede tværfaglige indsatser og inddrage relevante aktører og faggrupper i forløbene. Det vil typisk være en terapeut, som varetager rollen som koordinator, men i nogle kommuner kan rollen også varetages af en sygeplejerske, alt efter borgerens primære problemstilling. I nogle kommuner er det ligeledes muligt for social- og sundhedsassistenter at være koordinatorene på simple forløb. Koordinatoren har som regel en udredende og koordinerende rolle og er derfor ikke udførende i forhold til gennemførelse af indsatser i forløbet.

I nogle kommuner får borgeren også tilknyttet en tovholder på forløbet, som skal sikre overblik over borgerens forløb. Dette er bl.a. tilfældet i Hjørring Kommune, hvor borgerne får tilknyttet en kontaktperson, som ofte varetages af en social- og sundhedsassistent, som er gennemgående i borgerens rehabiliteringsforløb. I Kolding Kommune har man koordinerende hjemmehjælpere, som ligeledes har en tovholderfunktion, samtidig med at borgeren følges af en fra træningsenheden, som er med igennem hele forløbet og som social- og sundhedsassistenterne kan sparre med undervejs.

I Roskilde og Nyborg Kommune, hvor der er rehabiliteringsteams, er der ikke den samme opdeling i udredende, koordinerende og udførende rolle. Her er der som udgangspunkt en gennemgående person, som arbejder med borgeren i hele forløbet. Andre fagpersoner fra teamet bringes ind i løbet af borgerens forløb efter behov.

Arbejdet med målrettede indsatser

De målrettede rehabiliteringsforløb kan bestå af forskellige indsatser. Det kan bl.a. være medicin-gennemgang, behandling af underliggende sygdom, ernæringsindsatser, fysisk træning, ADL-træning (træning i dagligdagsaktiviteter), hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelserne, faldforebyggelse, indsatser rettet mod kognitive funktionsnedsættelser som følge af demens og indsatser rettet mod ensomhed eller nedsat deltagelse i samfundslivet.

Varigheden af rehabiliteringsforløbene kan variere mellem kommunerne. Kommunesurveyen viser, at den kommune med de korteste forløb har et gennemsnit på 10 dage pr. forløb, og den kommune med de længste forløb har et gennemsnit på 120 dage. På tværs af kommunerne varer et forløb i gennemsnit 55 dage, hvilket svarer til ca. otte uger.

Eksempel på borgerforløb

En kvindelig borger på 75 år lider af knogleskørhed og har haft et svært sammenfald i ryggen, der medførte en periode, hvor hun var sengeliggende og ikke selv kunne klare dagligdagsaktiviteter. En af de ting, borgeren fik hjælp til, var at tage bad. Hen over rehabiliteringsforløbet er borgeren blevet selvhjulpent ift. selve badet, men der kommer fortsat en social- og sundhedsassistent for at hjælpe med at tørre gulvet op efter badet. Derfor lavede social- og sundhedsassistenten en aftale med borgeren om, at borgeren skulle ringe til hende 15 min. Før, hun gik i bad, så assistenten ikke skulle vente, mens borgeren selv tog badet, men derimod kunne komme, når borgeren var færdig med badet.

Typisk foregår et rehabiliteringsforløb sådan, at borgeren får hjælp til dagligdagsaktiviteter eller problemstillinger, de ikke længere selv kan håndtere grundet funktionsnedsættelsen. Det kan fx være at gå i bad, tage støttestrømper på, klare dagligdagsopgaver som opvask, hente post, lave mad og handle ind. Her får borgeren typisk hjælp til hele aktiviteten i starten, men gradvist begynder de selv at kunne varetage større dele af opgaven med støtte fra social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere eller en terapeut. Derudover kan der være behov for at introducere borgeren for hjælpemidler eller tilpasse omgivelserne i borgerens hjem til den funktionsnedsættelse, borgeren har, for at borgeren kan blive selvhjulp.

Nogle borgere kan have behov for at få fysisk træning for at nå det overordnede mål for rehabiliteringsforløbet. Her inddrages træningsheden i kommunen typisk. De kan udarbejde en træningsplan til borgeren, hvorefter træningen kan overdrages til social- og sundhedsassistenten, social- og sundhedshjælperen eller de terapeuter, der kommer hos borgeren. På samme måde kan borgerne tilknyttes træningshold, fx i kommunens sundhedscenter.

Eksempel fra Aalborg Kommune

Aalborg Kommune har et indsatskatalog, som beskriver indsatser, kontaktveje, målgrupper, ydelser og pris. Kataloget rummer 35 forskellige ydelser, som de kan købe fra private leverandører, udføre i borgerens eget hjem eller holdtræning, som borgeren kan tilknyttes. Indsatskataloget kan dermed bruges til at finde ydelser, der passer til borgerens behov, og som de kan købe ind fra. Fx hvis borgeren har problemer med ernæringen, og der er behov for at iværksætte en indsats med en diætist.

Kommunerne peger på, at der sker en gradvis udfasning af forløbet, i takt med at borgerens funktionsevne forbedres, hvor de kommer mindre og mindre hos borgeren hen imod afslutningen af forløbet. På den måde kommer afslutningen mere naturligt, og det kommer ikke bag på borgeren, når forløbet afsluttes. I Roskilde Kommune beskriver man fx, hvordan man skifter et frokostbesøg (anrette mad/give piller) ud med fysisk træning, fx trappetræning, efterhånden som borgeren godt kan tilberede/anrette maden selv. Derved oplever borgeren, at kontaktpersonen fortsat kommer hos borgeren, og efterhånden som trapperne klares nemt, bliver det naturligt, at kontaktpersonen ikke længere kommer.

Flere af kommunerne peger på, at den rehabiliterende hjemmepleje adskiller sig fra den omsorgsbetonede/kompenserende hjemmepleje ved, at indsatsen ofte tager længere tid, når borgeren i højere grad inddrages i udførelsen af aktiviteten. I nogle kommuner som fx Kolding, Struer og Frederiksberg kan der tildeles ekstra tid til § 83 a-forløb sammenlignet med pleje efter § 83, mens andre kommuner ikke bevilger ekstra tid til rehabiliterende indsatser. I Roskilde Kommune, hvor man har et team, der varetager indsatsen, er der en daglig koordinering med kolleger fra myndighedsafdelingen om justering af visiteret tid. Dermed er det teamet selv, der styrer tiden i den bevilgede pakke. Når pakketiden skal ændres til en mindre pakke, idet borgeren undervejs i forløbet er blevet delvist selvhjulp, koordineres det i dialog med myndighedsafdelingen. I Nyborg Kommune er det i høj grad teamet selv, der styrer tiden, og i mindre grad skal koordinere med myndighedsafdelingen, som beskrevet tidligere.

Tværfaglig koordinering

Undervejs i et forløb er der ofte behov for at koordinere på tværs af fagligheder og inddrage relevante aktører i gennemførelsen af indsatser i forløbet. Rehabiliteringskoordinatoren spiller ofte en vigtig rolle i at koordinere med og inddrage relevante faggrupper.

Fælles for kommunerne er, at de afholder teammøder, hvor der følges op på de borgere, der er i rehabiliteringsforløb, og hvor forskellige faggrupper kan komme med inputs til borgernes rehabili-

teringsforløb. Nogle kommuner har en fast mødestruktur, hvor borgerne tages op på mødet med faste intervaller eller på bestemte tidspunkter i forløbet, mens andre kommuner tager borgerne op på møderne ad hoc, hvis der opstår et behov for at drøfte en borger. Eksempelvis benytter de en fast mødestruktur i Roskilde Kommune, hvor målet er, at borgerne tages op på teammøder hver 14. dag.

Derudover kan der være faste aftaler med bestemte faggrupper, som deltager i møderne fx én gang om måneden. I Frederiksberg Kommune afholdes der tavlemøder flere gange ugentligt, hvor der følges op på borgere i hverdagsrehabilitering, og hvor der én gang om måneden deltager en diætist i møderne, som hjælper med opfølgning på ernæringsscreenede borgere. I andre kommuner deltager bestemte faggrupper ikke fast, men kan indkaldes til møderne, hvis der opstår et behov, eksempelvis i Hjørring Kommune, hvor man fx kan indkalde en demenskoordinator til mødet.

På samme måde som der kan være behov for at koordinere på tværs af faggrupper, kan der være behov for at koordinere med visitationen om borgernes forløb. Det varierer mellem kommunerne, hvordan og hvornår visitationen inddrages. I nogle kommuner koordineres der løbende med visitationen, så de fx kan justere i pakkestørrelsen undervejs, mens andre kommuner, fx Kolding, sender en slutstatus til visitatoren ved afslutningen af forløbet.

Ud over tværfaglig koordinering på teammøder koordineres der også løbende, bl.a. med advis og gennem løbende dokumentation og evalueringer i indsatsplanen eller journalen, sådan at de forskellige fagpersoner, som er involveret i forløbet, kan følge med i borgerens udvikling. Det varierer mellem kommunerne, hvor ofte der foretages opdateringer på den enkelte borger. Nogle kommuner dokumenterer ofte og grundigt, mens andre kommuner bruger færre ressourcer på dokumentation. I Hjørring Kommune skriver social- og sundhedsassistenten eller social- og sundhedshjælperen minimum en gang om ugen en evaluering i indsatsplanen, og det er den forløbsansvarlige, der skal sikre, at disse evalueringer gennemføres og indsatserne koordineres.

Eksempel på en borgers oplevelse af den tværfaglige koordinering

En kvindelig borger på 86 år fortæller, hvordan hun oplevede den tværfaglige koordinering i hendes rehabiliteringsforløb: *"Jeg har fået den optimale hjælp. Kan ikke forestille mig noget bedre. Synes, kommunikationen mellem fysioterapeuten og hjemmeplejen har været god. De informerer hinanden og læser hinandens rapporter, så jeg ikke skal fortælle fra A til Z."*

Nogle kommuner peger på, at kommunikationen mellem de forskellige aktører, som kommer i borgerens hjem, kan være vanskelig og til tider udfordret af de it-systemer, som kommunen benytter. Dette skyldes bl.a., at det nogle gange ikke er muligt at se alle oplysninger om borgeren på den tablet, som social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne har med rundt.

Målrettet rehabilitering til socialt udsatte eller borgere med en psykisk sygdom

I nogle kommuners implementering af § 83 a er der sket en udvikling i målgruppen, som visiteres til et § 83 a-forløb. Tidligere var målgruppen domineret af ældre, men flere kommuner har fået et øget fokus på yngre borgere med fx psykisk sygdom eller som er socialt udsatte. Kommunerne peger på, at disse målgrupper kræver mere koordinering – også med andre forvaltninger, men der er også store perspektiver i forhold til at benytte rehabiliteringsforløb på denne gruppe borgere.

Eksempel på tværfaglig koordinering ved kompleks borger i Aalborg Kommune

Hos et socialt udsat par med meget komplekse problemstillinger er konen i rehabiliteringsforløb. Grundet parrets komplekse problemstillinger afholdes et tværfagligt koordineringsmøde, hvor der deltager faggrupper på tværs af de indsatser, som parret har behov for. I alt deltager 10 fagpersoner på mødet, herunder rådgivere, terapeuter, social- og sundhedsassistent, selvhjælpskoordinatorer, nuværende og tidligere bostøtte og leder af bostøtte.

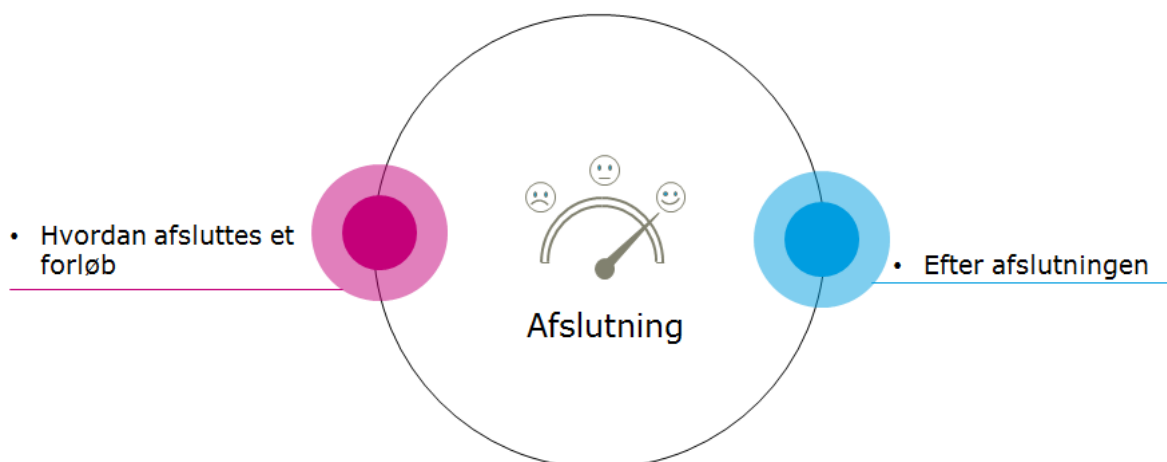
Formålet med koordineringsmødet er at skabe et mere overskueligt forløb med mere struktur, og hvor der arbejdes helhedsorienteret, frem for at de mange involverede aktører fokuserer på hver deres opgave. Derudover aftaler man på mødet, hvem der er ansvarlig for hvilke opgaver, og hvilke ressourcer der er nødvendige for at skabe et godt forløb. På mødet diskuterer man ligeledes, hvilke faggrupper der kan inddrages for at hjælpe med parrets komplekse problemstillinger.

På mødet har alle aktørerne mulighed for at byde ind med de problemstillinger, de oplever i forhold til parret og byde ind med løsningsforslag. Samtidig kan mødet bidrage til at styrke samarbejdet mellem de involverede aktører, da samarbejdet er nyt og de lærer hinandens snitflader at kende. Fagpersonerne har respekt for borgernes ejerskab af eget liv. De påpeger, at de skal huske, at der er mange aktører indblandet i forløbet, men at de, der kommer i hjemmet, har indgået forpligtende aftaler. Der planlægges ikke flere koordinationsmøder i gruppen, medmindre der opstår et behov.

3.6 Afslutning af forløb – hvordan afsluttes et forløb?

På tværs af kommunerne er der forskellige måder, hvorpå et § 83 a-forløb kan afsluttes. I mange kommuner afsluttes forløbet, når det vurderes, at borgeren er selvhjulpne eller har nået målene for forløbet. Andre gange er det borgerne selv, der kontakter kommunen om, at det ikke længere er nødvendigt med hjælp, da borgerne føler, de kan klare sig selv. I andre kommuner afsluttes forløbet, når den fastsatte tidsperiode for § 83 a-forløbet udløber. Efter forløbets afslutning er nogle borgere selvhjulpne og har ikke længere brug for hjælp. Andre borgere overgår til § 83-ydelser, hvis de vurderes at have behov herfor.

I dette afsnit tages der to underliggende temaer op, som er illustreret i nedenstående figur, og behandles i det følgende.



Hvordan afsluttes et forløb

I størstedelen af kommunerne afsluttes forløbet, når borgeren er selvhjulpne og ikke længere har brug for hjælp eller kan klare sig med fx et hjælpemiddel. Forløbet afsluttes ofte på baggrund af en vurdering fra de fagpersonener, som er involveret i forløbet, eller det kan være borgeren selv, der vurderer at være selvhjulpne og kontakter kommunen for at afslutte forløbet.

I størstedelen af kommunerne er det visitator, der afslutter borgeren efter en vurdering af, om borgeren er selvhjulpne. Det er ofte forløbskoordinatorens ansvar at samle op og sende informationer om borgeren til visitator, men det kan også være en hjælper eller terapeut, som afslutter borgeren og henvender sig til visitator. I samme omgang kan visitator træffe en eventuel afgørelse om, hvorvidt borgeren skal tildeles praktisk hjælp eller pleje efter § 83 eller andre ydelser.

I nogle kommuner afsluttes forløbet ved, at borgeren gennemfører nogle tests og udfylder spørgeskemaer. Dette er fx tilfældet i Frederiksberg Kommune, hvor borgeren ved afslutning af forløbet skal gennemføre den samme rejse-sætte-sig-test og EQ-5D, som ved opstart af forløbet, samt en vurdering af målopfyldelse. I Roskilde Kommune afsluttes forløbet ligeledes med de samme indledende test for at sikre, at den helhedsorienterede indsats har haft en effekt.

I de fleste kommuner afsluttes forløbet inden for den fastsatte tidsramme for § 83 a-forløb i den enkelte kommune. Men flere kommuner peger på, fx Kolding og Frederiksberg Kommune, at forløbet også kan afsluttes tidligere eller senere alt efter borgerens behov. Nogle kommuner afslutter dog forløbet, når det fastsatte tidsrum udløber. Vesthimmerlands Kommune benytter denne tilgang, hvor borgere afsluttes efter et otte ugers forløb eller revideres.

Efter afslutningen af § 83 a-forløb

Efter afslutning af forløbet er nogle borgere blevet selvhjulpne og behøver ikke længere hjælp fra kommunen. Andre kan have brug for yderligere hjælp og får tilkendt § 83-ydelser, hvis der ikke er potentiale for at blive selvhjulpne, mens nogle får afslag på § 83-ydelser.

I flere kommuner tilbydes borgerne systematisk at kunne deltage i relevante frivillige aktiviteter, når rehabiliteringsforløbet er afsluttet. I fx Kolding, Roskilde, Frederiksberg og Hjørring Kommune, tilbyder man borgeren i afslutningen af forløbet at deltage i andre frivillige tilbud i kommunen og tilbud i frivilligt regi, for derved at sikre, at borgeren får mulighed for en relevant aktivitet, også når forløbet afsluttes. Der kan fx være tale om stoleyog, tilknytning til aktivitetscenter eller træning/motionshold. Bliver de i kommunen opmærksomme på fx ensomhed eller andet, hvor der er et andet tilbud i kommunen, foreslår de borgeren at deltage i dette tilbud, så borgeren ikke bare afsluttes, men kan fortsætte i et andet tilbud efter § 83 a-forløbets afslutning. I Kolding Kommune har man fx igangsat tiltaget "Det fælles skub" til ensomme ældre, hvor en aktivitetsmedarbejder hen imod slutningen af forløbet følger borgeren hen til en aktivitet de første gange, for at han/hun bliver tryk ved det og lettere kan fortsætte med aktiviteten efter afslutningen af forløbet.

3.7 § 83 a-forløb, der ikke gennemføres

I casekommunerne er der også spurgt ind til, hvad der sker ift. personer, der afviser at deltage i et § 83 a-forløb og personer, der afbryder et § 83 a-forløb.

Kommunerne fremhæver som det første, at de ikke i særlig høj grad oplever, at borgere ikke ønsker at opstarte i et § 83 a-forløb, eller at de afbryder forløbet før tid.

Lovgivningen på området

For nogle borgere vil årsagerne til den nedsatte funktionsevne samt tyngden og kompleksiteten af borgernes udfordringer have en sådan karakter, at det ikke vil være realistisk at igangsætte et rehabiliteringsforløb. Disse borgere skal tilbydes anden relevant hjælp, der modsvarer behovet.

Flere af kommunerne fremhæver, at hvis borgeren ikke kan overtales til at deltage i et § 83 a-forløb, er de nødt til at visitere borgeren ud fra det foreliggende grundlag. Det samme gør sig gældende for borgere, der afbryder deres forløb, inden forløbet er afsluttet, og stadig ikke er selvhjulpne.

Kommunesurveyen viser i forlængelse heraf, at i 45 pct. af kommunerne gennemføres mellem 80 og 100 pct. af forløbene. Derudover svarer 25 pct. af kommunerne, at der gennemføres mellem 70 og 80 pct. af forløbene. Det står således tydeligt, at der kun er tale om få borgere, der ikke gennemfører deres § 83 a-forløb.

Når borgerne til gengæld fravælger § 83 a-forløbet, fremhæver casekommunerne, at det skyldes manglende motivation. Det fremhæves også, at det især er svært at motivere revisiterede borgere, som tidligere har modtaget rengøring. Kommunerne oplever dog ikke, at det er et problem, at de ikke kan tvinge det igennem.

4. BORGERNES PERSPEKTIV PÅ § 83 A-FORLØB

I dette kapitel behandles borgernes perspektiv. Herunder vil der være fokus på borgernes tilfredshed og deres oplevelse af inddragelse i forløbet. Der tages udgangspunkt i 108 besvarelser i en telefonisk borgersurvey samt 26 dybdegående borgerinterviews og 24 observationer af forløb, som blev gennemført i forbindelse med casebesøgene i de otte casekommuner. Resultaterne fra borgersurveyen kan ses samlet i bilag 3.

Karakteristika for borgere, der har besvaret borgersurveyen

De borgere, der besvarede spørgeskemaet, er i gennemsnit 77 år, hvor den yngste er 43 år og den ældste er 100 år. Blandt dem var ca. en fjerdedel mænd og tre fjerdedele kvinder. Fordelingen mellem mænd og kvinder afspejler, at flere kvinder modtager rehabiliteringsforløb samt at kvinderne i højere grad er villige til at deltage i undersøgelsen. Omkring halvdelen af respondenterne er nyvisiteret, mens den anden halvdel tidligere havde modtaget hjemmehjælp. For de nyvisiterede og tidligere modtagere af hjemmehjælp ses der ikke nogen betydelige forskelle i besvarelserne.

4.1 Borgernes oplevelse af inddragelse og tilfredshed

Størstedelen af borgerne (78 pct.) oplever i høj eller i meget høj grad, at rehabiliteringsforløbet har passeret til deres behov. I de gennemførte interviews peger flere borgere også på, at fagpersonerne har hjulpet med at finde løsninger, som gør hverdagen nemmere og har tilpasset hjælpen deres behov.

En borgers oplevelse af rehabiliteringsforløbet

”Der har været en ergoterapeut, som har observeret og hjulpet med, hvad der kan gøre hverdagen nemmere. Jeg har fx fået hjælpemidler, som gør det nemmere at komme over dørrin. Har også fået ny rollator, strømpepåsætter, tåvasker og et handicapvenligt toilet m.m. En sygeplejerske har stået for pillerne, hvilket er blevet ændret løbende, så det tilpasses behov. Er kommet, når der var behov for ny medicin. De var helt fantastiske til at hjælpe med at blive selvhjulpne, og jeg har også fået skub af fysioterapeuten i forløbet – jeg har grinet af det og er glad for at være kommet så langt. De har presset lidt på, og det har fungeret rigtig fint. De har motiveret.”

En mindre del (7 pct.) af borgerne oplever, at forløbet i mindre grad har passeret til deres behov. Dette er der også eksempler på i interviewene, hvor der bl.a. er borgere, som peger på, at fagpersonerne kommer på tidspunkter af dagen, som passer dårligt ind i borgerens hverdag. Det kan fx være i forbindelse med hjælp til strømpepåsætning eller hjælp til medicinering, hvor nogle borgere fx oplever at vente længe på hjælpen. Derudover peger enkelte borgere på, at de ikke oplever, at de aktiviteter, de skal udføre sammen med fagpersonen, giver mening for dem.

En borgers oplevelse af, at forløbet i mindre grad passer til behov

”Jeg får hjælp til støvsugning og gulvvask. Personalet har også snakket om stolegymnastik. De vil også gerne gå en tur med mig, men det gør jeg selv, når jeg har lyst. De skal ikke bestemme, om jeg skal gå en tur.”

Fastsættelse af mål for forløbet

På tværs af kommunerne svarer over halvdelen af borgerne, at de har været inddraget i fastsættelsen af mål for rehabiliteringsforløbet (55 pct.) eller selv har fastsat målet (5 pct.). Derimod oplever 22 pct., at det var fagpersonen, der fastsatte deres mål og 19 pct. svarer *ved ikke*. Der fin-

des dog ingen betydelige forskelle mellem borgerens oplevelse af, hvem der har fastsat målet, og deres tilfredshed med forløbet.

I de gennemførte interviews peger flere borgere på, at der har været opstillet realistiske mål for deres forløb, og at de selv har haft et ønske om at nå disse mål. Derudover anvendes der ofte delmål i forlængelse af de overordnede mål, hvilket borgerne oplever kan gøre, at målene bliver mere overskuelige, når man ikke skal kunne det hele på en gang, og man kan se progression, efterhånden som delmålene nås.

Derudover peger ca. hver femte borger på, at fagpersonen satte målet for forløbet. Flere af de interviewede borgere fortæller, at målet blev sat ved, at fagpersonen kom med et forslag til et mål, og at borgeren syntes, dette mål lød fornuftigt.

En borgers oplevelse af arbejdet med mål

"Målet er at komme tilbage til udgangspunktet, hvor jeg kun fik rengøringshjælp. Jeg opstillede selv målet, og de kom med forslag til, hvordan vi kunne komme derhen. Målet er fint. I starten virkede det lidt uoverskueligt, men så er det godt med delmål. Målet virker realistisk. Vi krydser gradvist listen med delmål af, og indtil videre har vi krydset to ud af seks delmål af."

Inddragelse af borgerne i forløbet og hjælp til at klare flere ting i hverdagen selv

Størstedelen af borgerne (65 pct.) peger på, at forløbet har hjulpet dem til at klare flere ting selv i hverdagen. Samtidig oplever omkring otte ud af ni borgere, at de er blevet inddraget og lyttet til undervejs i forløbet.

En borgers oplevelse af forløbet

"Generelt er jeg meget glad for forløbet. Det er den rigtige vej at gå. Man bliver set som et menneske, og forløbet er fleksibelt. Det kan eksempelvis være udmattende med al træningen, så hvis jeg har haft brug for at sove længe en gang imellem, så får jeg lov til det."

Ni ud af ti borgere oplever at blive mødt med respekt af medarbejderne og oplever samtidig, at medarbejderne i høj grad inddrager dem i forløbet. Generelt peger borgerne på, at de er glade for de medarbejdere, der kommer i hjemmet. Flere borgere peger samtidig på, at de har fået et godt forhold til de medarbejdere, der kommer meget i hjemmet.

En borgers oplevelse med en fagperson

"Jeg er glad for fysioterapeuten. Det er godt, at han spørger ind, og han har en rar og behagelig måde at være på. Jeg føler mig tryk, og han lytter til mig. Han vil måske nok gå hurtigt nok frem, men det er godt, at han presser mig. Det siger min datter også. Jeg skal bare presse dig, mor, så kan du jo godt."

Flere borgere peger på, at det er godt, at fagpersonerne presser på, så de rykker tættere på selvhjulpethed. Enkelte oplever dog, at dette pres kan blive for stort, og at de bliver presset ud i situationer, som deres funktionsnedsættelse hindrer dem i at udføre.

Borger, som oplevede at blive presset for langt i forløbet

En mandlig borger på 56 år får hjælp til rengøring hver 14. dag. Han har en rygsygdom og har svært ved at gå og stå i lang tid ad gangen. I starten af forløbet blev han afprøvet ift. rengøring, hvor han oplevede, at han blev presset for langt. Han fortæller således: *"Jeg knækkede sammen i ryggen undervejs i forløbet... De blev ved med at sige, jeg selv skulle prøve, selvom jeg ikke kunne."*

Efterfølgende blev forløbet tilpasset borgerens fysiske formåen og han var generelt tilfreds med det samlede forløb og især de terapeuter, der har været inde over forløbet.

Ændring i livskvalitet som følge af den rehabiliterende indsats

En stor del af borgerne (60 pct.) oplever, at deres livskvalitet er blevet bedre som følge af den rehabiliterende indsats. Samtidig svarer en fjerdedel, at deres livskvalitet hverken er blevet bedre eller dårligere. Borgerne peger på, at dette skyldes, at de oplever en dårligere livskvalitet som følge af den funktionsnedsættelse, der ligger til grund for rehabiliteringsforløbet, men at dette ikke skyldes den rehabiliterende indsats i sig selv.

Tilfredshed med forløbet

Ni ud af ti borgere, der har været i et § 83 a-forløb, har overordnet været tilfredse. Generelt peger borgerne på, at selvom der har været nogle ting undervejs i forløbet, som de ikke har været tilfredse med, har de overordnet fået den hjælp, de havde brug for. Yderligere peger en stor del af de interviewede borgere på, at de ville anbefale det forløb, de har haft, til andre i samme situation.

Det kritikpunkt, flest borgere peger på, er, at der kommer mange forskellige personer i hjemmet, hvilket kan være en udfordring. Det kan både gøre det svært at holde styr på de forskellige faggrupper, der kommer, og samtidig kan borgerne opleve, at de skal fortælle deres historie forfra, hver gang der kommer en ny person i hjemmet.

Borgers oplevelse af mange involverede fagpersoner

"Det er svært, når der kommer nogen, man ikke rigtig ved, hvem er. Så kommer der en sygeplejerske, hjemmeplejen og rengøring. Det kan være svært at holde styr på alle de mennesker, der kommer."

4.2 Forskelle mellem kommuner

Generelt er der ikke den store forskel på tilfredsheden mellem kommunerne. Dog er der en mindre forskel mellem kommunerne i forhold til borgernes oplevelse af målsætningen for forløbet.

I de fleste kommuner oplevede borgerne at være involveret i målsætningen, men i nogle kommuner var der omkring en tredjedel af borgerne, som ikke vidste, om der var sat mål for deres forløb. Denne forskel kan skyldes, at der er mange forskellige tilgange til målsætning på tværs af kommunerne, og dette kan have en indflydelse på, i hvor høj grad borgerne føler sig inddraget.

Overordnet set placerer kommunerne sig forholdsvis ens på langt de fleste parametre med forholdsvis små variationer. Det er dog vigtigt at tage højde for, at der er forholdsvis få respondenter fra hver af de otte kommuner (se metodebilag for en mere uddybende beskrivelse af datagrundlaget).

BILAG 1: METODENOTAT

Undersøgelsen bygger på en analyse af input fra følgende datakilder:

Kommunesurvey om praksis i § 83 a-forløb: Der er gennemført en landsdækkende survey blandt visitations- eller myndighedsafdelinger for hjemmehjælp. Fokus i spørgeskemaet var på omfanget af § 83 a-forløb, vurdering af behov, organisering og inddragelse af forskellige faggrupper, retningslinjer for målsætning og brugen af private leverandører. I alt har 65 kommuner besvaret. Resultaterne kan ses samlet i bilag 2.

Survey målrettet borgere som har modtaget et § 83 a-forløb i de otte casekommuner:

Der er gennemført en survey med borgere fra hver af de otte casekommuner, der har været/er i et § 83 a-forløb. Disse borgere blev interviewet telefonisk. I alt har 108 borgere deltaget i surveyen. Hver kommune har sendt kontaktinformationer på omkring 20 borgere, som inden for de seneste måneder har modtaget eller afsluttet et rehabiliteringsforløb efter § 83 a. Kommunerne er blevet bedt om at udvælge borgere, som er forskellige steder i deres forløb samt borgere der nyligt har afsluttet et forløb. Der er dermed primært tale om borgere, som har været i et § 83 a-forløb i perioden fra december 2016 til februar 2017.

Herefter har Rambøll ringet rundt til borgerne og indsamlet svar på survey. Antal besvarelser fra borgere fordelt på de otte casekommuner kan ses i nedenstående tabel:

Kommune	Antal respondenter
Frederiksberg	10
Hjørring	18
Kolding	12
Nyborg	8
Roskilde	18
Struer	13
Vesthimmerland	11
Aalborg	18
I alt	108

Casebesøg i otte særligt udvalgte kommuner: Rambøll har gennemført otte dybdegående casestudier for at afdække praksis i brugen af § 83 a både fra det kommunale perspektiv og fra et borgerperspektiv i otte udvalgte kommuner. De otte kommuner er Struer, Roskilde, Aalborg, Vesthimmerland, Nyborg, Frederiksberg, Kolding og Hjørring Kommuner. I kommunerne er der gennemført følgende aktiviteter:

Systematisk gennemgang af kommuners arbejdsgange forbundet med § 83 a

Kommunerne har i forbindelse med casebesøget fremsendt materiale i form af arbejdsbeskrivelser for § 83 a eller om rehabilitering generelt. Dette materiale er anvendt til at give konsulenten en forståelse af kommunernes praksis inden casebesøget. Derudover er de gennemgået i forbindelse med afrapporteringen.

Fokusgruppeinterviews med ledere involveret i § 83 a-forløb

Formålet har været at afdække ledelsens syn på et ideal § 83 a-forløb i kommunen. Fokusområderne i interviewet har været organisering, tilrettelæggelse af forløbet, sikring af tværfaglig tilgang, praksis i forhold til fastsættelse af mål og karakteristika for forløb, som ikke gennemføres. Deltagerne i interviewene har typisk været ledere af hjemme- og sygeplejen, visitationen, myndighed, træningsenheden, bevillingsenheden samt konsulenter og projektledere på implementerin-

gen og initiativer i forbindelse med § 83 a. Deltagerne har varieret mellem kommunerne, både ift. organisering og kommunernes størrelse.

Workshop med centrale medarbejdere og ledere

På workshoppen blev der gennemgået en borgerrejse over et § 83 a-forløb. Deltagerne til workshoppen har som udgangspunkt været repræsentanter for hjemme- og sygeplejen, terapeuter, visitationen, koordinatore, leder af myndighed, faglige konsulenter, repræsentant for den private hjemmepleje, teamledere. Dette blev gjort for at indhente viden om medarbejdernes praksis på området. I gennemgangen af borgerrejsen har vi gennemgået faserne i et forløb fra visitation, udredning, målsætning, målrettede indsatser og opfølgning til afslutningen af forløbet. Under hver fase er det blevet gennemgået, hvilke aktører der er involveret og deres rolle.

Observationsstudier af § 83 a-forløb

Der er gennemført to til fire observationsstudier i hver kommune, hvilket har resulteret i 24 observationer af § 83 a-forløb i alt. Praktisk er observationsstudierne foregået sådan, at konsulenten har fulgtes med en terapeut eller en medarbejder fra hjemmeplejen rundt på besøg hos borgere, der enten opstartede et forløb eller var i et forløb. Disse observationer har givet et dybere indblik i, hvordan der arbejdes med § 83 a i praksis ude i borgernes hjem.

Dybdegående interviews med borgere

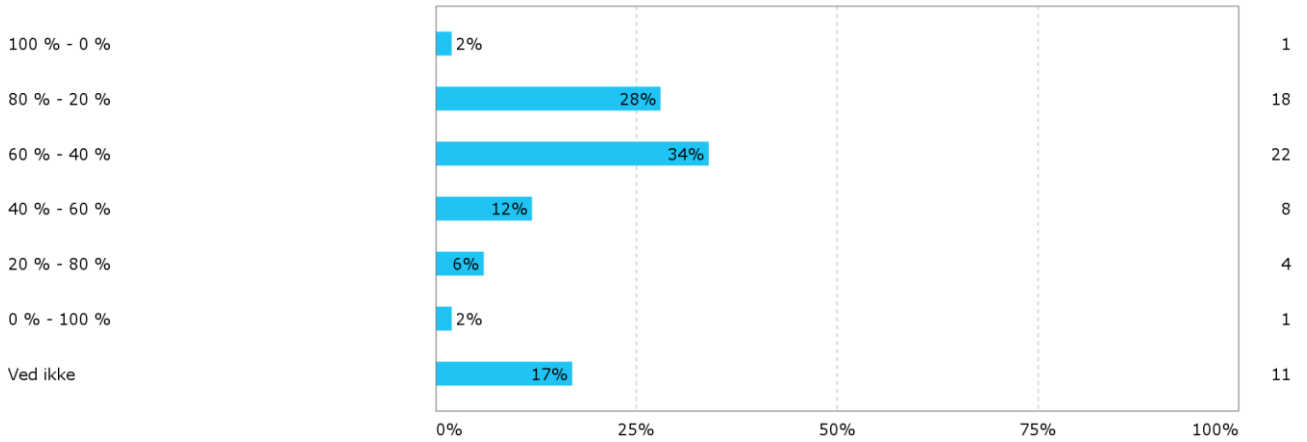
Der er gennemført tre til fire interviews i hver af de otte kommuner, hvilket har resulteret i 26 dybdegående borgerinterviews med borgere i eget hjem. Interviewene har været ca. 30 minutter, hvor fokus har været på borgernes oplevelser og erfaringer med rehabiliteringsforløbet, og hvordan de er blevet inddraget undervejs fx i forhold til fastlæggelse af målsætning. Respondenter til borgerinterviews og observationsstudier er blevet udpeget af de otte kommuner.

Inddragelse af følgegruppe: Der er nedsat en ekstern følgegruppe bestående af Ældre Sagen, Sundhedsstyrelsen, Danske Ældreråd, Alzheimerforeningen, KL, FOA, DSR, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, DE, KA Pleje og DI. Følgegruppen er kommet med faglige input til undersøgelsen og sparring i forhold til relevant viden på området.

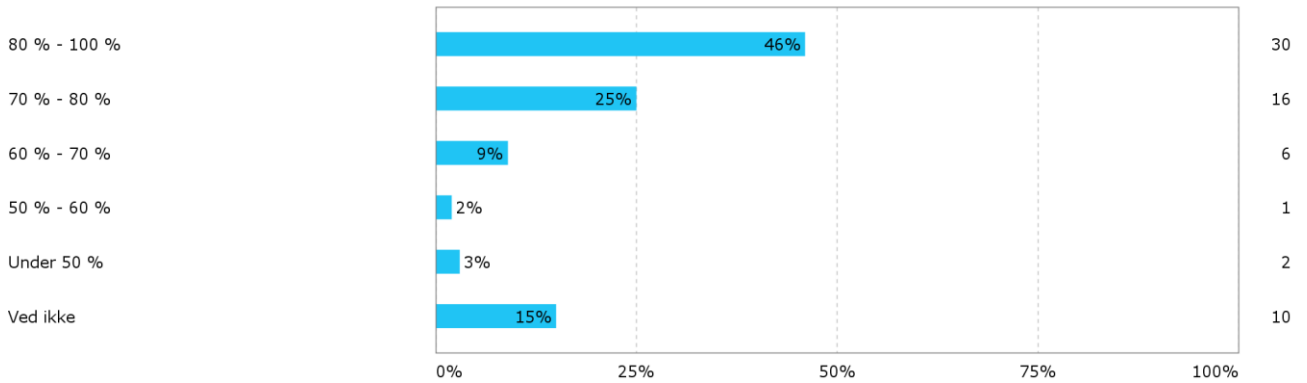
BILAG 2: RESULTATER FRA KOMMUNESURVEY

Hvor stor en andel af de samlede § 83 a visitationer er henholdsvis borgere som ikke modtager hjælp og støtte efter § 83 (nye visitationer) eller borgere som i forvejen modtager hjælp og støtte efter § 83 (revisitationer)?

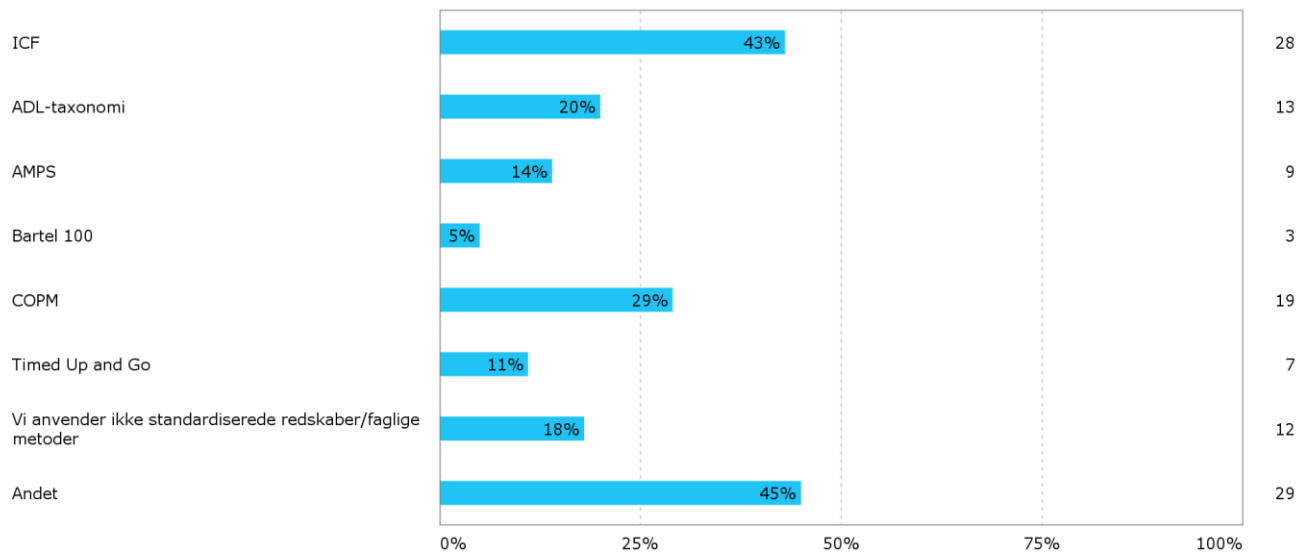
Nye visitationer – Revisitationer



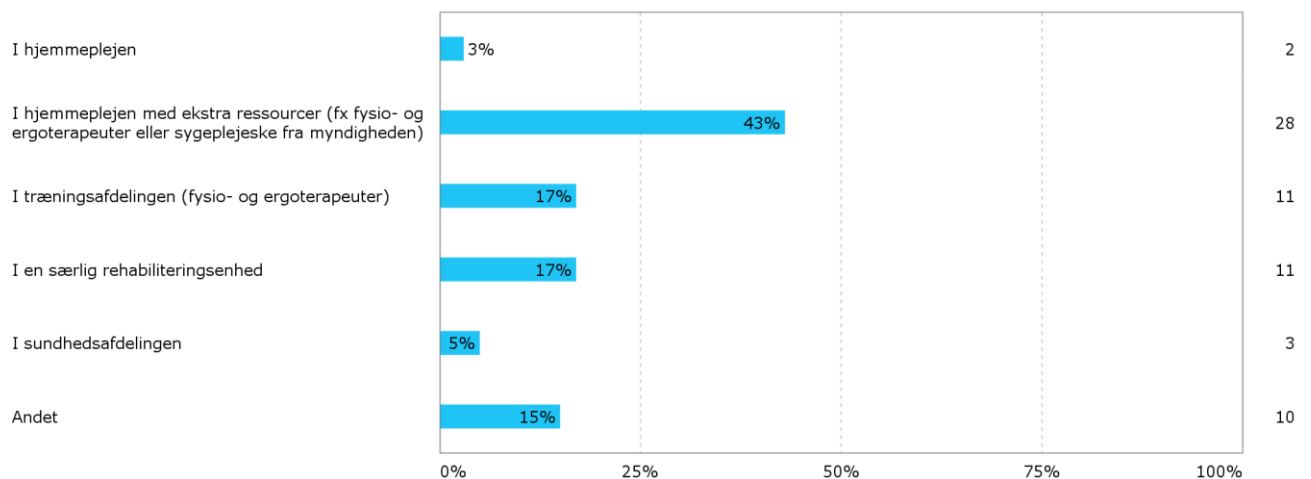
Hvor stor en andel af borgerne gennemfører deres § 83 a-forløb?



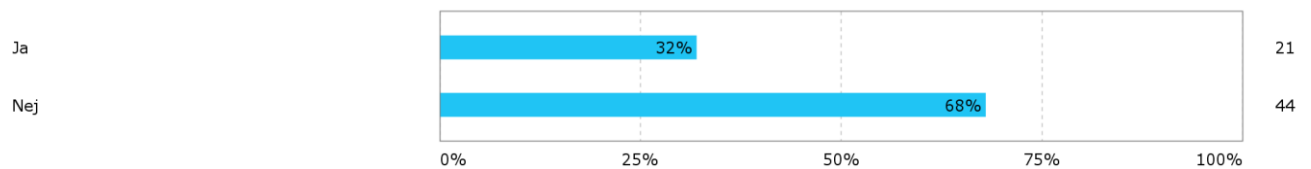
Hvilke redskaber/faglige metoder benytter I til at afdække borgeres funktionsniveau i forbindelse med § 83 a-forløb?



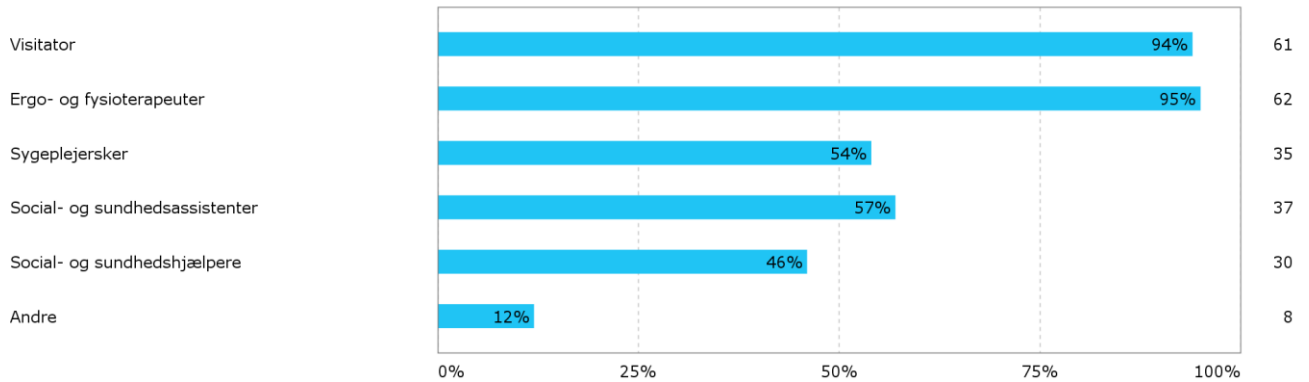
Hvor har I placeret varetagelsen af § 83 a-forløb organisatorisk?



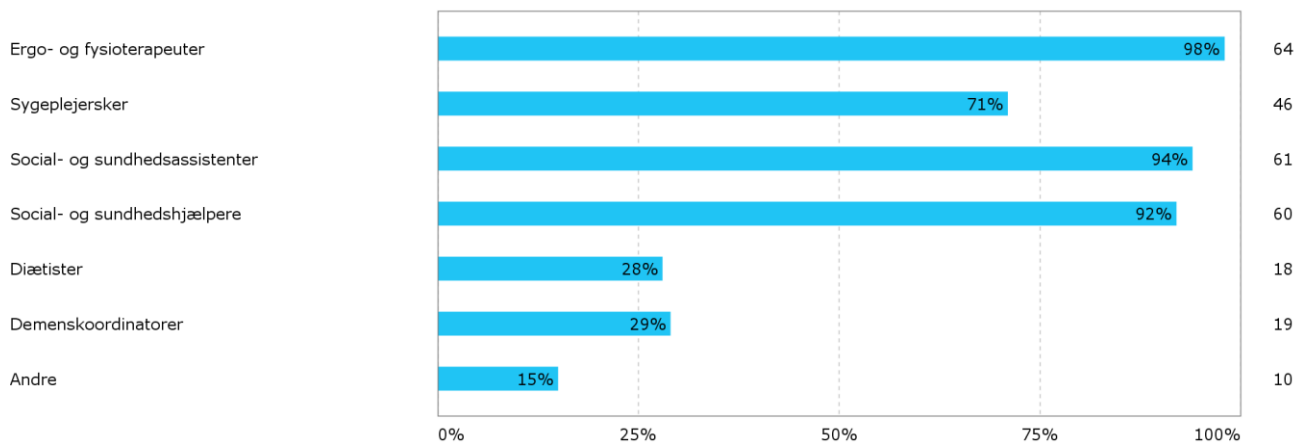
Har I organiseret § 83 a som pakkeforløb opdelt efter borgerens funktionsniveau?



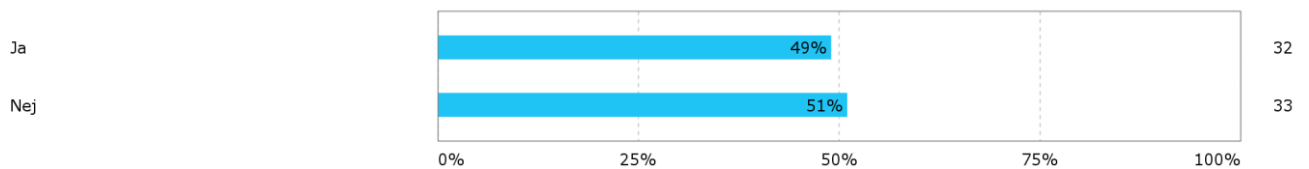
Hvilke faggrupper inddrages i udredningen af et § 83 a-forløb? (sæt gerne flere krydser)



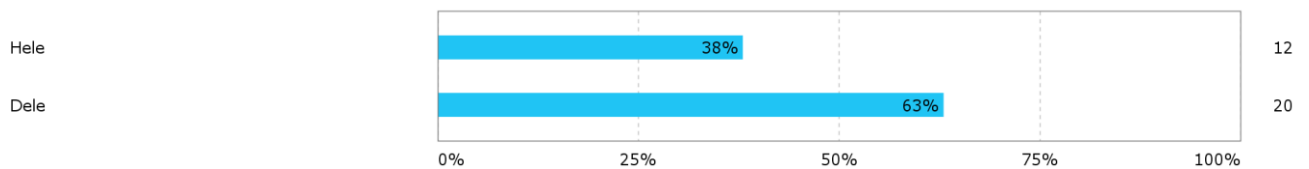
Hvilke faggrupper inddrages i gennemførelsen af et § 83 a-forløb? (sæt gerne flere krydser)



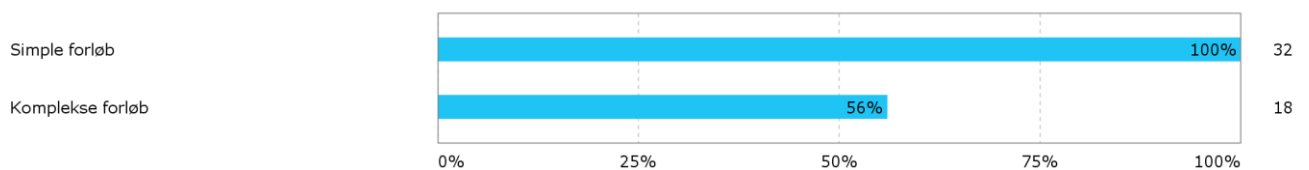
Benytter I private aktører til at varetage § 83 a-forløb?



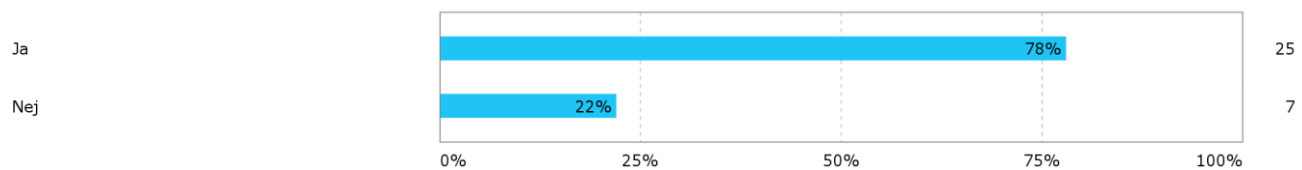
Varetager de private aktører hele eller dele af § 83 a-forløbene?



Hvilken type af § 83 a-forløb varetager de private aktører typisk? (marker gerne flere)



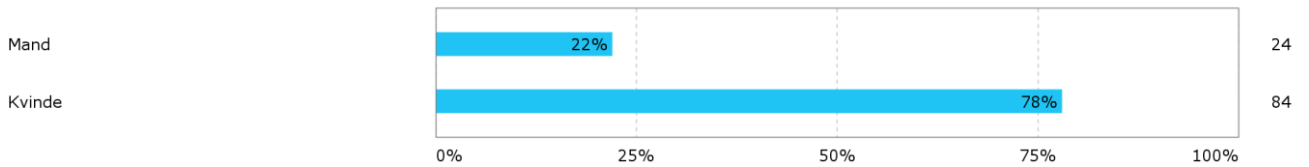
Har borgeren frit valg mellem kommunens eget tilbud og forskellige private aktører i forhold til § 83 a-forløb?



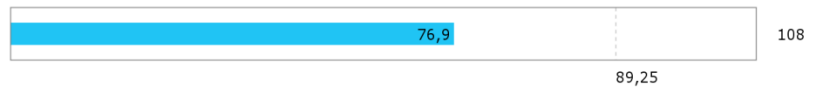
BILAG 3: BORGERSURVEY

108 svar i alt fordelt på følgende: 10 Frederiksberg, 18 Hjørring, 12 Kolding, 8 Nyborg, 18 Roskilde, 13 Struer, 11 Vesthimmerland, 18 Aalborg

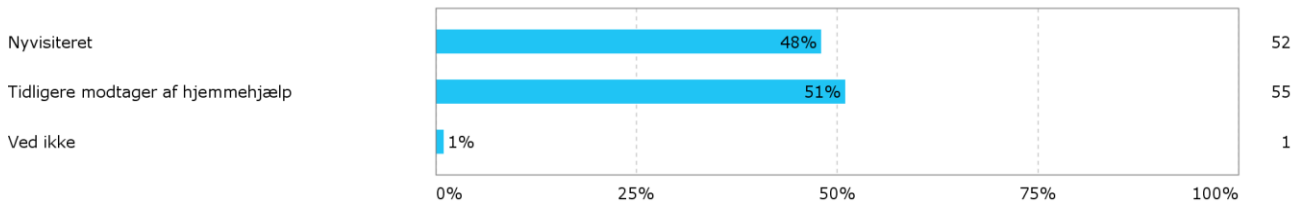
Køn?



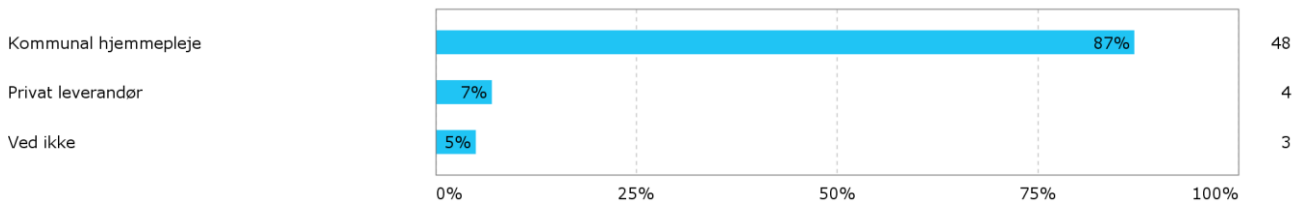
Alder?



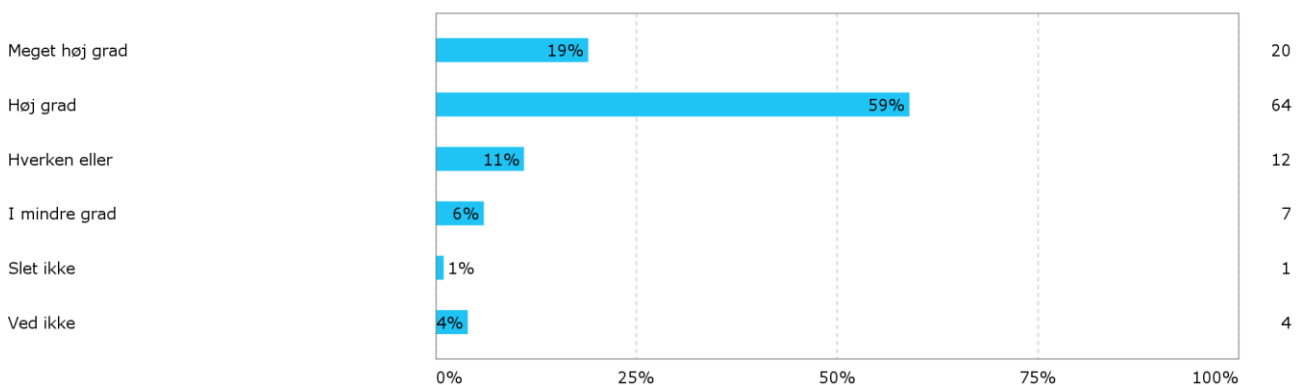
Var den rehabiliterende indsats første gang du modtog hjemmehjælp eller har du tidligere modtaget hjemmehjælp?



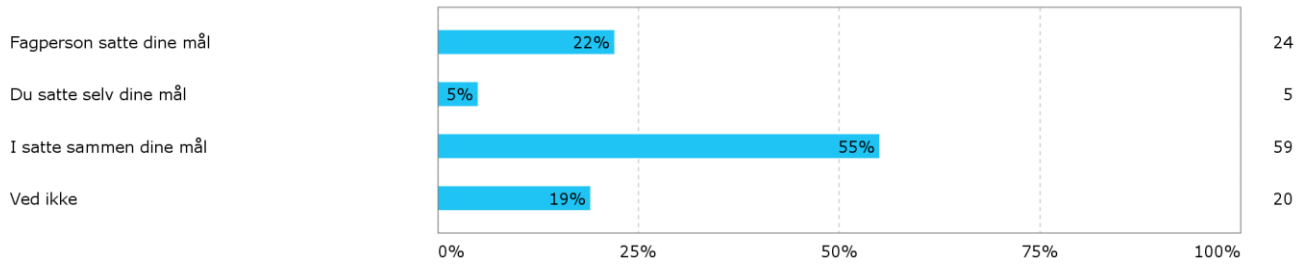
Modtager du hjemmehjælp fra den kommunale hjemmepleje eller fra en privat leverandør?



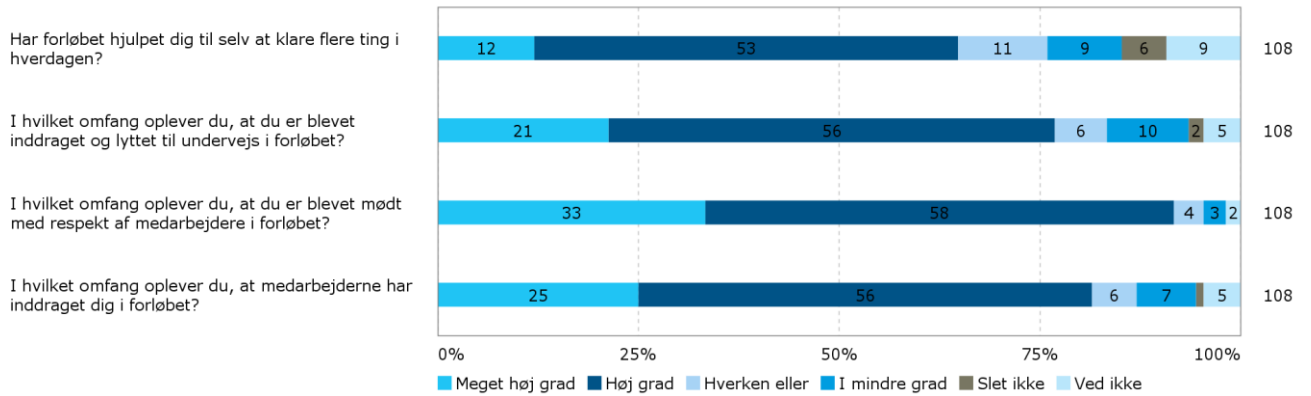
I hvilken grad oplever du, at det rehabiliteringsforløb du har fået passer til dine behov?



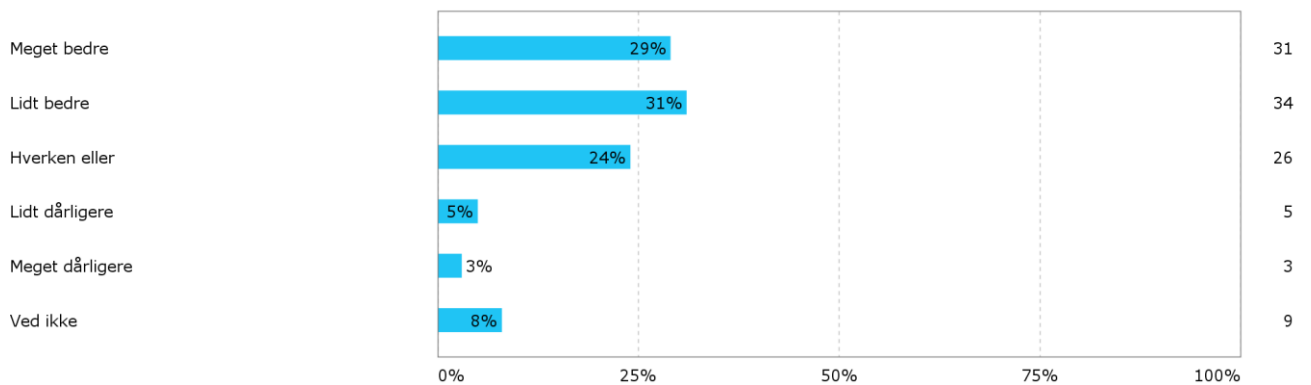
Hvem fastsatte hvilke mål der skulle være for dit forløb?



Spørgsmål om forløb



Har din livskvalitet ændret sig som følge af den rehabiliterende indsats?



Hvor tilfreds er du overordnet med det rehabiliterende forløb?

