

Ledelsesresumé

Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven

Den 1. januar 2015 blev lovgivningen om rehabilitering efter § 83a i serviceloven indført. Målet med rehabilitering er, at borgerne bedre skal kunne klare sig selv. På den måde kan borgerne først og fremmest få et mere selvstændigt og aktivt liv. Samtidig er rehabiliteringsindsatsen også vigtig i en tid, hvor et stigende antal ældre sætter den kommunale hjemmepleje under pres.

I analysen har vi undersøgt, hvordan kommunerne har valgt at løse rehabiliteringsopgaven efter § 83a i serviceloven. Analysen baserer sig på et nyt datagrundlag indsamlet i 17 kommuner. Analysen viser blandt andet, at der er forskel på, hvordan kommuner rent organisatorisk løser opgaven, hvor mange rehabiliteringsforløb den enkelte kommune gennemfører, og hvad forløbene består af.

Analysen bidrager med ny viden på et område som fylder mere og mere, men hvor der ikke tidligere er gennemført større kvantitative benchmarkinganalyser baseret på detaljerede individdata på tværs af kommuner. Det vurderes derfor, at analysens resultater er relevante for alle kommuner at forholde sig til. Alle kommuner får således et grundlag for at sammenligne egne nøgletal og egen organisering, visitationspraksis og opfølgning mv. med de 17 kommuner, der indgår i analysen.

Målgruppen for rehabilitering er de samme borgere, som kan få almindelig hjemmepleje efter § 83 i serviceloven. I analysen er der dog alene fokus på ældre borgere på 65 år eller derover.

Stort politisk fokus – men begrænset opfølgning

Analysen viser, at kommunerne har et særligt politisk fokus på rehabilitering efter § 83a i serviceloven. I flertallet, men ikke i alle kommunerne, har man defineret et eller flere mål for rehabiliteringsindsatsen efter § 83a i serviceloven. Der er primært tale om borgerrettede eller økonomiske mål, men der er ikke et entydigt billede af, hvilke mål kommunerne har opstillet for området. Selvom flere kommuner har opstillet økonomiske mål, så har kun knapt halvdelen af disse kommuner indarbejdet de økonomiske mål direkte i budgettet.

Analysen viser også, at det er de færreste kommuner, der følger op på deres fastsatte mål og generelt bruger nøgletal om rehabilitering som ledelsesinformation til ledere og politikere. Kommunerne peger i analysen på, at det blandt andet skyldes mangel på data. Ikke desto mindre ser der ud til at være et potentiale for at øge brugen af ledelsesinformation på rehabiliteringsområdet. Det kunne gøre området mere gennemsigtigt og styrke styringsgrundlaget.

Forskel på organisering og visitationspraksis – men bredt kompetenceløft

Der er i lovgivningen ingen faste rammer for, hvordan kommunerne skal udføre rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Det kan konstateres, at kommunerne har valgt mange forskellige organiseringsformer på området. Der er dog fundet følgende fællestræk:

- Organisatorisk er udførerdelen hovedsageligt placeret i hjemmeplejen som en integreret del af de hjemmeplejegrupper, der også leverer almindelig hjemmepleje efter § 83 i serviceloven. Alternativt er udførerdelen organisatorisk placeret i en selvstændig rehabiliteringsenhed eller på træningsområdet.
- Oftest er det SOSU-personale, der står for udførelsen, mens det næsten ligeså ofte er en terapeut, der har det overordnede faglige ansvar for rehabiliteringsforløbene. Der er en tendens til, at kommunernes organiseringsform har betydning for, hvilke personalegrupper der står for

udførelsen, og hvilke personalegrupper der har det faglige ansvar. Hvis en stor andel af udførelsen fx er placeret i en selvstændig rehabiliteringsenhed eller på træningsområdet, er det ofte en terapeut, der står for den faktiske udførelse.

Analysen viser, at der er forskel på, hvor meget tid der i gennemsnit bruges på hver enkelt visitation. I nogle kommuner anvendes under 1 time pr. visitation, mens andre kommuner bruger mellem 3 til 4 timer. Tidsforbruget hænger til dels sammen med, om visitationen involverer andet personale, end dem der er ansat i visitationen eller ej. Det er i så fald primært terapeuter, der involveres.

Der er også forskel på, om man ved visitationen definerer det nærmere indhold af, hvad der rent faktisk skal ske ved selve udførelsen af rehabiliteringen, eller om visitationen blot fastsættes tid og overordnet formål. Det betyder, at man i nogle kommuner løser opgaver i visitationen, som i andre kommuner løses i den udførende del.

Det er ikke det samme, om man som medarbejder skal arbejde ud fra en rehabiliterende tankegang eller en rent kompenserende tankegang. Det er derfor vigtigt, at ledelsen sikrer, at medarbejderne har de rette kompetencer. I flertallet af kommunerne er der blevet gennemført målrettet kompetenceudvikling for en bred gruppe af medarbejdere – herunder både i den udførende del og i visitationen.

Stor spredning i antal og sammensætning af rehabiliteringsmodtagere

Analysen viser, at antallet af rehabiliteringsmodtagere pr. 1.000 65+ årige varierer fra 9,1 blandt kommunerne i 1. kvartil til 61,5 blandt kommunerne i 4. kvartil (Disse to tal er inklusiv udredningsforløb - læs mere om udredningsforløb i kapitel 5). Der er en tendens til, at kommuner med mange rehabiliteringsforløb også har mange hjemmeplejemodtagere. Den gennemsnitlige visiterede tid pr. rehabiliteringsforløb er ca. 23 timer, men varierer fra 5 til 72 timer. I gennemsnit varede et rehabiliteringsforløb lidt over 58 dage, og den gennemsnitlige visiterede tid pr. uge var lidt under 3 timer.

Forskellene på tværs af kommunerne kan skyldes rammevilkår, visitationspraksis, serviceniveau eller gråzoner (flere kommuner i analysen peger på, at de oplever gråzoner til andre paragraffer ved visitationen og udførelsen af rehabilitering fx i forhold til § 86 i serviceloven). Det underbygges af, at der er relativt stor forskel på sammensætningen af rehabiliteringsmodtagerne, når der ses på en række individkarakteristika. Fx varierer gennemsnitsalderen med over 4 år og andelen af rehabiliteringsmodtagere med KOL ca. 14 procentpoint på tværs af kommunerne.

Der er en tendens til, at de kommuner, der har flest borgere i rehabilitering, også i gennemsnit visiterer mere tid pr. rehabiliteringsforløb. Begge dele påvirkes af kommunernes serviceniveau og visitationspraksis. Tendensen kan skyldes, at der kan være forskel på, hvornår man anser en borger for at have et potentiale for at forbedre sin funktionsevne – eller hvilke potentialer man fokuserer på og sætter rehabiliteringsforløb i gang på baggrund af. Jo flere borgere man anser for at have et rehabiliteringspotentiale, jo "tungere" vil disse borgere alt andet lige være i gennemsnit.

Borgere modtager ofte indsatser op til rehabiliteringsforløb

I analysen er det undersøgt, om der er en tendens i, hvilke indsatser borgerne har modtaget op til deres rehabiliteringsforløb. Analysen viser at:

- Lidt over halvdelen af rehabiliteringsforløbene er med borgere, der ikke modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet. Det betyder omvendt også, at lidt under halvdelen modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet. Tallene dækker dog over store kommunale variationer. Det kan blandt andet hænge sammen med, om kommunen har gennemført en større

revisitation blandt hjemmeplejemodtagerne, og hvor god kommunen mere generelt er til følge op på borgernes udvikling.

- De borgere, der modtog hjemmepleje inden deres rehabiliteringsforløb, får stort set alle også hjemmepleje under rehabiliteringsforløbet. Det gør sig ikke på samme måde gældende for de borgere, der ikke modtog hjemmepleje før deres rehabiliteringsforløb.
- Rehabiliteringsmodtagerne har ofte haft en indlæggelse på et sygehus op til deres rehabiliteringsforløb. Det gælder særligt for borgere, der ikke modtog hjemmepleje inden.
- Rehabiliteringsmodtagerne har i gennemsnit et stigende antal kontakter til praksissektoren op til deres rehabiliteringsforløbs begyndelse. Det stigende antal kontakter til praksissektoren, og det at rehabiliteringsmodtagerne ofte har haft en indlæggelse umiddelbart op til deres rehabiliteringsforløb, indikerer, at starten på et rehabiliteringsforløb ofte følger efter en forværring af borgerens sundhedstilstand.

Undersøgelse af borgernes status efter rehabilitering

Formålet med rehabilitering efter § 83a i serviceloven er at forbedre borgerens funktionsevne. Det er derfor oplagt at opgøre borgernes status efter deres rehabiliteringsforløb. Der er dog en række data-mæssige og metodiske udfordringer, der gør, at det i denne analyse kun har været muligt at opgøre, hvor stor en andel af borgerne, der efter deres rehabiliteringsforløb er helt selvhjulpne. Det vil sige, at de ikke modtager nogen form for hjemmepleje efter rehabilitering. Det at være helt selvhjulpne er et upræcist mål for kommunernes rehabiliteringsindsats, da rehabilitering også ofte handler om at gøre borgeren delvist selvhjulpne. Det vurderes dog, at det fortsat er interessant at se på, hvor stor andelen af helt selvhjulpne er på tværs af kommunerne.

Analysen af andel helt selvhjulpne viser blandt andet at:

- Der er relativt stor forskel på, hvor stor en andel af rehabiliteringsmodtagerne der bliver helt selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb på tværs af kommunerne.
- Borgere, der ikke modtog hjemmepleje inden deres rehabiliteringsforløb, bliver oftere helt selvhjulpne efter deres rehabiliteringsforløb end borgere, der modtog hjemmepleje inden deres rehabiliteringsforløb. Meget tyder altså på, at en del borgere bliver "vendt i døren".
- De kommunale forskelle i andelen af borgere, der bliver helt selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb, kan handle om kommunens egen indsats og kvaliteten af indsatsen, men det kan også handle om forskelle i visitationspraksis og rammevilkår. I forhold til sidstnævnte viser en regressionsanalyse, at kvinder og borgere med en højere indkomst oftere bliver helt selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb, end mænd og borgere med en lavere indkomst. Omvendt bliver borgere med en høj alder og forskellige former for helbredsmæssige udfordringer (fx diabetes og KOL) oftere ikke helt selvhjulpne.

Analysen har taget et første skridt i forhold til at tilvejebringe detaljerede data, der muliggør sammenligninger på tværs af kommuner. Fremadrettet er det relevant at sætte fokus på, om der kan udvikles et mere præcist mål for resultatet af kommunernes rehabiliteringsindsats, ligesom det er relevant med detaljerede data for flere kommuner, så det i højere grad bliver muligt at undersøge sammenhængen mellem kommunernes rehabiliteringsindsats og visitationspraksis, politisk opfølgning mv. Det forventes, at data om rehabilitering styrkes i takt med, at flere kommuner implementerer Fælles Sprog III fuldt ud.