

# Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven

Oktober 2019



Social- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1. Ledelsesresumé .....	3
2. Indledning.....	6
3. Data, afgrænsning og opmærksomhedspunkter .....	8
3.1 Data.....	8
3.2 Afgrænsning.....	8
3.3 Opmærksomhedspunkter.....	10
4. Kommunernes organisering og visitationspraksis.....	11
4.1 Organisering af det udførende led .....	11
4.2 Visitationspraksis og organisering af visitationen.....	14
4.3 Gråzoner til andre paragraffer .....	15
5. Modtagere af rehabilitering efter § 83a.....	17
6. Indsatser før og under rehabilitering efter § 83a .....	22
6.1 Hvilken rehabiliteringsindsats modtager borgerne? .....	22
6.2 Indsatser før rehabiliteringsforløb .....	25
7. Politisk fokus, opfølgning og kompetenceudvikling.....	28
7.1 Politisk fokus .....	28
7.2 Opfølgning.....	29
7.3 Kompetenceudvikling.....	30
8. Borgernes status efter rehabiliteringsforløb .....	32
8.1 Sådan måles status efter rehabiliteringsforløb.....	32
8.2 Andel helt selvhjulpne efter rehabilitering.....	33
8.3 Analyse af individkarakteristika .....	35
8.4 Sammenhængsanalyser og fremadrettede analysemuligheder.....	37

# 1. Ledelsesresumé

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 udførerdelen 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 datamæssige 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.

## 2. Indledning

Kommunerne har siden 2015 været forpligtet til, forud for vurderingen af en persons behov for hjemmepleje efter § 83 i serviceloven, at foretage en vurdering af, om borgeren vil kunne forbedre sin funktionsevne via et korterevarende tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, som kan være med til at nedsætte behovet for hjemmepleje. Disse rehabiliteringsforløb gives efter § 83a i serviceloven. De fleste kommuner arbejdede dog allerede inden lovens indførelse i et større eller mindre omfang rehabiliterende på ældreområdet.

Formålet med denne analyse er at bidrage med ny viden på et område, der særligt datamæssigt er relativt umodent. Der er ikke tidligere blevet gennemført større kvantitative benchmarkinganalyser baseret på detaljerede individdata på tværs af kommunerne på området. Tidligere analyser har enten primært fokuseret på effekten af rehabilitering med udgangspunkt i én eller få kommuner eller har fokuseret på, hvordan kommunerne har organiseret rehabiliteringsindsatsen mere overordnet<sup>1</sup>.

I analysen præsenteres en række centrale nøgletal om rehabilitering. Der sættes også fokus på, hvordan kommunerne har valgt at organisere sig i forhold til rehabiliteringsopgaven, hvordan der følges op på opgaveløsningen, og i hvilket omfang der er politisk fokus på rehabilitering. Ved at koble rehabiliteringsdata med andre datakilder undersøges det desuden, hvad der er gået forud for rehabiliteringsforløbene, og hvad status er efter rehabiliteringsforløbene. Der ses særligt på, hvor stor en andel af rehabiliteringsmodtagerne, der er helt selvhjulpne efter deres rehabiliteringsforløb, og hvilke individkarakteristika der har betydning for, om borgeren bliver helt selvhjulpne.

### **Hvad er rehabilitering?**

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Formålet med at iværksætte rehabiliteringsforløb efter § 83a i serviceloven er i forlængelse heraf at give borgere i målgruppen for hjemmepleje mulighed for at udvikle eller genvinde deres funktionsevne, og bidrage til en mere selvstændig hverdag for den enkelte borger med mere trykthed, selvhjulpnehed og uafhængighed til følge.

Det skal ske gennem et korterevarende og tidsafgrænset forløb, hvor der fastsættes individuelle mål for forløbet, og hvor der tages hensyn til borgerens egen motivation og ressourcer. Kommunerne skal i deres tilrettelæggelse af forløbet tænke helhedsorienteret (der kan være behov for en kombination af flere indsatser) og tværfagligt (det kan være relevant at inddrage flere forskellige faggrupper).

Konkret kan et rehabiliteringsforløb fx omfatte fysiske øvelser (fx træne gang eller balance), træning i daglige aktiviteter (fx bad, påklædning eller rengøring) eller oplæring i brug af hjælpemidler.

*Kilde: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark, MarselisborgCentret og Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet, Sundhedsstyrelsen.*

<sup>1</sup> Se eksempelvis litteraturgennemgangen "Rehabilitering på ældreområdet" fra 2017, der er udgivet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KORA.

Målgruppen for rehabilitering er de samme borgere, som kan få almindelig hjemmepleje efter § 83 i serviceloven. Det vil typisk være ældre borgere, der midlertidigt eller varigt har behov for personlig pleje eller praktisk hjælp i hjemmet. I analysen er der derfor alene fokus på ældre borgere på 65 år eller derover. Det sikrer, at analysen tager udgangspunkt i en så sammenlignelig gruppe som muligt.

Analysen bygger på et nyt datagrundlag indsamlet i 17 kommuner suppleret med individdata fra Danmarks Statistik<sup>2</sup>. Selvom analysen ikke baserer sig på data fra samtlige 98 kommuner, så vurderes analysens resultater alligevel at kunne bidrage med viden til alle kommuner, da der er tale om et relativt nyt dataområde. Samtidig giver analysen alle kommuner mulighed for at sammenligne sin egen rehabiliteringsindsats med kommunerne i analysen.

Det indsamlede datagrundlag består dels af et kvantitativt datasæt med ca. 12.000 observationer på individniveau indeholdende oplysninger om fx forløb, tid, indsatsstype og leverandør. Og dels af et kvalitativt datasæt baseret på interviews med relevante medarbejdere og ledere gennemført blandt alle 17 deltagerkommuner. Det kvalitative datasæt indeholder blandt andet oplysninger om kommunernes organisering, målgruppe, kompetenceudvikling og politisk fokus i forhold til rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Datasættene er indsamlet med udgangspunkt i aktiviteten i 2017.

I **kapitel 3** gennemgås analysens datagrundlag, de væsentligste afgrænsninger og opmærksomhedspunkter. I **kapitel 4** præsenteres kommunernes organisering og visitationspraksis i forhold til rehabilitering efter § 83a i serviceloven. I **kapitel 5** gennemgås det, hvem og hvor mange der modtager rehabilitering, samt hvad der kendetegner rehabiliteringsmodtagerne. Om borgerne har modtaget indsatser op til og under deres rehabiliteringsforløb undersøges i **kapitel 6**. I **kapitel 7** ses der på kommunernes politiske fokus på rehabilitering, opfølgning på resultater og kompetenceudvikling på området. Endelig undersøges modtagernes status efter rehabilitering i **kapitel 8** med fokus på, hvor mange der bliver helt selvhjulpne.

---

<sup>2</sup> De 17 kommuner er: Albertslund, Ballerup, Favrskov, Fredericia, Herning, Hjørring, Jammerbugt, Mariagerfjord, Nordfyns, Næstved, Randers, Skanderborg, Sønderborg, Tårnby, Vejen, Viborg og Aalborg.



## 3. Data, afgrænsning og opmærksomhedspunkter

I dette kapitel beskrives det datagrundlag, der ligger til grund for analysen, relevante afgrænsninger i forhold til opgørelsen af kommunernes rehabiliteringsindsats efter servicelovens § 83a, samt generelle opmærksomhedspunkter.

### 3.1 Data

Lovgivningen om rehabilitering efter § 83a i serviceloven blev indført den 1. januar 2015. Derfor er der tale om et relativt nyt og umodent dataområde, hvor der endnu ikke er etableret detaljerede registerdata på individniveau. Danmarks Statistik indsamlede og offentliggjorde i 2018 for første gang oplysninger om rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Oplysningerne viser indtil videre alene, hvor mange og hvem der har modtaget rehabilitering.

På den baggrund valgte Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed selv at indsamle et datagrundlag med flere oplysninger direkte fra kommunerne<sup>3</sup>. 17 kommuner har deltaget i dataindsamlingsprojektet.

Det indsamlede datagrundlag består dels af et kvantitativt datasæt med ca. 12.000 observationer indeholdende oplysninger om fx forløb, tid, indsatstype og leverandør på individniveau. Og dels af et kvalitativt datasæt baseret på interviews med relevante medarbejdere og ledere gennemført blandt alle 17 deltagerkommuner. Det kvalitative datasæt indeholder blandt andet oplysninger om kommunernes organisering, målgruppe, kompetenceudvikling og politisk fokus i forhold til rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Datasættene er indsamlet med udgangspunkt i aktiviteten i 2017. For enkelte kvantitative datapunkter har det ikke været muligt at indsamle data for alle kommuner. Blandt andet derfor fremgår alle 17 kommuner ikke af alle figurer og tabeller i analysen.

Udover det datagrundlag som Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed selv har indsamlet, så baserer analysen sig på øvrige registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik. Det er derfor muligt på en række områder at se, hvad der er gået forud for den enkelte borgers rehabiliteringsforløb, hvad der er sket efter rehabiliteringsforløbet, og hvilke individkarakteristika der kendetegner modtagerne af rehabilitering<sup>4</sup>.

### 3.2 Afgrænsning

Kommunerne kan arbejde rehabiliterende på forskellige måder og med forskellige målgrupper. I analysen fokuseres der på rehabilitering efter § 83a i serviceloven, som i mange kommuner også kaldes hverdagsrehabilitering. Når der fremadrettet refereres til rehabilitering, menes der dermed alene rehabilitering efter § 83a i serviceloven.

Med loven om rehabilitering skal kommunerne, forud for vurderingen af en persons behov for hjemmepleje efter § 83 i serviceloven, foretage en vurdering af, om personen vil kunne forbedre sin funktionsevne via et korterevarende, tidsafgrænset rehabiliteringsforløb med henblik på at nedsætte behovet for hjemmepleje efter § 83, stk. 1 i serviceloven. Rehabilitering er dermed tæt forbundet med § 83, stk. 1 i serviceloven, jf. boks 3.1 nedenfor.

---

<sup>3</sup> Implement Consulting Group har stået for dataindsamlingen. De indsamlede data er valideret og godkendt af de enkelte kommuner.

<sup>4</sup> I bilag 2: *Metode* fremgår en detaljeret oversigt over de datamodeller, der blev anvendt ved dataindsamlingen. Her er selve dataindsamlingsprocessen også beskrevet. I bilaget fremgår også en komplet liste over de anvendte variable og registrer fra Danmarks Statistik.

Efter § 83, stk. 1 i serviceloven skal kommunen tilbyde personlig pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice. I den resterende del af analysen vil hjælp efter § 83 i serviceloven blive refereret til som hjemmepleje uafhængigt af, om der er tale om personlig pleje eller praktisk hjælp. Madservice er ikke en del af analysen.

### Boks 3.1

#### Udvalgte uddrag af serviceloven om personlig pleje / praktisk hjælp og rehabilitering

##### § 83 stk. 1

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

- 1) personlig hjælp og pleje
- 2) hjælp til støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- 3) madservice

##### § 83 stk. 2

Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

##### § 83 stk. 3

Forud for vurderingen af behovet for hjælp efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen vurdere, om et tilbud efter § 83a vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83 stk. 1.

##### § 83 stk. 6

I forbindelse med afslutningen af et rehabiliteringsforløb efter § 83a skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83.

##### § 83a stk. 1

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.

##### § 83a 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.

##### § 83a 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.

##### § 83a 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.

Kilde: Retsinformation.dk

Rehabilitering kan ligesom hjemmepleje gives til alle aldersgrupper. I det indsamlede datagrundlag indgår rehabiliteringsforløb for alle aldersgrupper. I analysen fokuseres der alene på gruppen af ældre borgere på 65 år eller derover, som står for ca. 86 procent af de gennemførte forløb i de 17 kommuner. Det svarer til ca. 10.000 forløb. Antallet af forløb, der indgår i de forskellige figurer og tabeller, vil dog variere primært som følge af datamangel.

I datagrundlaget indgår samtlige rehabiliteringsforløb afsluttet i 2017. Forløb der blev startet op i 2016 og afsluttet i 2017 indgår dermed også i datagrundlaget. Omvendt indgår rehabiliteringsforløb, der blev startet op i 2017 og afsluttet i 2018, ikke i datagrundlaget. Afgrænsningen er valgt for, at der for alle rehabiliteringsforløb i datagrundlaget findes et starttidspunkt og et sluttidspunkt<sup>5</sup>.

Når kommunerne visiterer en borger til rehabilitering sker det typisk til specifikke ydelser eller pakker. For at øge sammenligneligheden på tværs af kommunerne, er der ved dataindsamlingen arbejdet med en forløbslogik, der kan ses som niveauet over ydelser og pakker afgrænset ved et start- og et sluttidspunkt. Nogle borgere har modtaget flere rehabiliteringsforløb, der er afsluttet i 2017. Hvordan der skelnes mellem flere forløb for samme borger er defineret ud fra den enkelte kommunes praksis<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Dataindsamlingen startede i 2. halvår 2018 og blev afsluttet i 1. kvartal 2019.

<sup>6</sup> Forløbslogikken er uddybet i bilag 2: *Metode*.

### 3.3 Opmærksomhedspunkter

#### Datamodenhed og sammenlignelighed

Ser man på datasiden, er der som nævnt tale om et relativt nyt område. Det har haft betydning for omfanget og detaljeringsgraden af de data, som det har været muligt at indsamle. På grund af datamodenhed er analysen primært deskriptiv. Det er dog vurderingen, at indholdet i analysen stadig er en væsentlig tilføjelse til de eksisterende analyser på området.

Rehabilitering er tæt knyttet til hjemmepleje, og der kan være et vist overlap til andre paragraffer fx vedligeholdelses- / genoptræning efter § 86 i serviceloven. Det kan påvirke datakvaliteten. Samtidig har kommunerne på sundheds- og ældreområdet i de senere år implementeret nye fagsystemer, der kan understøtte Fælles Sprog III. Overgangen fra et fagsystem til et andet og til Fælles Sprog III, kan ud fra et rent datamæssigt synspunkt være en udfordring<sup>7</sup>. Seks ud af de sytten kommuner, der har deltaget i dataindsamlingen, skiftede fagsystem i 2017. Fire kommuner svarede i forbindelse med de gennemførte interviews, at overgangen kan have betydning for deres data i 2017. Det er der taget højde for ved dataindsamlingen med henblik på at sikre størst mulig sammenlignelighed.

Ved dataindsamlingen har der generelt været fokus på at gennemføre en ensartet og stringent proces for at sikre sammenligneligheden på tværs af kommunerne. Samtidigt har de deltagende kommuner alle godkendt deres eget data, efter at data er blevet valideret og eventuelt tilpasset den tværgående datamodel.

På den baggrund vurderes det, at data er sammenligneligt på tværs af kommunerne, selvom der for enkelte datapunkter er særlige udfordringer. Disse er uddybet i bilag 2: *Metode*, ligesom det vil fremgå ved de enkelte figurer/tabeller, hvis det er tilfældet. Det skal dog også nævnes, at datakvaliteten generelt på rehabiliteringsområdet må forventes at blive bedre fremadrettet, hvilket vil øge analysemulighederne på området.

#### Repræsentativitet

I det indsamlede datagrundlag indgår 17 ud af landets 98 kommuner. De dækker tilsammen knap 20 procent af befolkningen. I udvælgelsen af de deltagende kommuner, er der lagt vægt på spredning i fx befolkningsstørrelse, socioøkonomi og geografi. Herudover har det været et hensyn i rekrutteringen, at de deltagende kommuner i videst muligt omfang kontinuerligt har indberettet data på ældreområdet til Danmarks Statistik.

Det kan ikke udelukkes, at de kommuner, der har valgt at deltage i dataindsamlingen, er blandt dem, hvor implementeringen af Fælles Sprog III og nyt fagsystem er gået mest problemfrit ud fra et datamæssigt perspektiv. Derudover kan de kommuner, der har valgt at deltage, måske have et særligt fokus på rehabilitering. Begge dele kan skabe en form for selektionsbias, som kan have betydning for i hvor høj grad, det er muligt at generalisere på baggrund af resultaterne i analysen. Det skal man være opmærksom på ved gennemlæsning af analysen.

Som det vil fremgå af analysen, er der stor variation i, hvor mange borgere der har modtaget rehabilitering. Tallene for nogle kommuner vil derfor basere sig på et relativt lille datagrundlag.

---

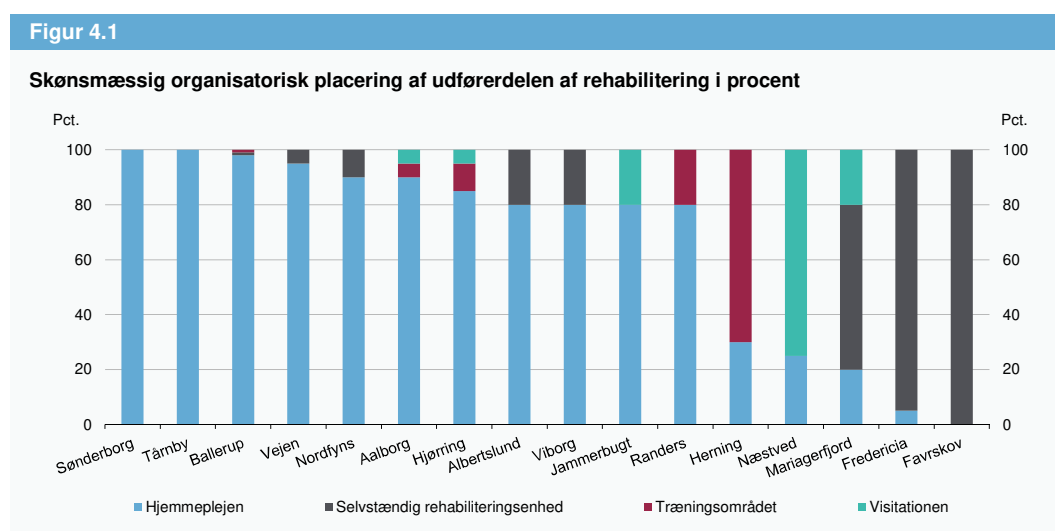
<sup>7</sup> I den dataindsamlingen blev igangsæt, blev der gennemført en foranalyse af datakvaliteten i forhold til rehabilitering. Analysen viste, at det ville være muligt at etablere et sammenligneligt datagrundlag på tværs af kommuner. Foranalysen kan læses på [www.SIMB.dk](http://www.SIMB.dk).

## 4. Kommunernes organisering og visitationspraksis

### 4.1 Organisering af det udførende led

Der er i lovgivningen ingen faste rammer for, hvordan den enkelte kommune skal udføre rehabilitering efter § 83a i serviceloven – udover at udførelsen skal være helhedsorienteret og tværfaglig. Det kan på den baggrund konstateres, at kommunerne har valgt mange forskellige organiseringsformer på området<sup>8</sup>.

Selvom kommunerne har valgt mange forskellige organiseringsformer ses nogle fællestræk på tværs af kommunerne. I flertallet af kommunerne er udførerdelen hovedsageligt organisatorisk placeret i selve hjemmeplejen eller alternativt i en selvstændig rehabiliteringsenhed (der dog også kan være forankret i hjemmeplejen), jf. figur 4.1. I nogle få kommuner er en større eller mindre del af rehabiliteringsindsatsen organisatorisk placeret som en del af træningsområdet. I Næstved Kommune har man valgt at placere en stor del af udførerdelen i tilknytning til visitationen, hvor Næstved Kommune har en gruppe rehabiliteringsterapeuter, der indgår i udførelsen af rehabiliteringsforløbene.



Anm.: Procentsatserne er skønsmæssige og skal ses som et udtryk for, hvor udførerdelen er placeret – og hvis den er delt, hvordan fordelingen er mellem de forskellige enheder. Skønnene er foretaget af den enkelte kommune selv. Fx kan en kommune have en gruppe terapeuter ansat i et selvstændigt team, der udfører en del af kommunens rehabiliteringsindsats samtidig med, at en anden del af rehabiliteringsindsatsen bliver udført af personale i hjemmeplejen. Da der er tale om skøn, så er fordelingerne ikke nødvendigvis et udtryk for en præcis fordeling af fx ressourcer eller forløb. Skanderborg har ikke kunnet opgøre den organisatoriske placering af udførerdelen på det detaljeringsniveau, som vises i figur 4.1. Derfor fremgår Skanderborg ikke af figuren.

Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

I de 15 kommuner, hvor hele eller dele af udførerdelen er placeret i hjemmeplejen, udføres rehabiliteringsindsatsen oftest som en integreret del af arbejdet i de hjemmeplejegrupper, der også leverer hjemmepleje. Det er således tilfældet for 13 af de 15 kommuner. De to andre kommuner svarer, at de har dedikerede grupper i hjemmeplejen, der står for rehabiliteringsforløbene<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Det findes også i rapporten "Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83a" udarbejdet af Rambøll på vegne af Sundheds- og Ældreministeriet i 2017

<sup>9</sup> I analysen vil der løbende fremgå resultater og forklaringer, der ikke er vist direkte i en figur eller tabel, men som alene omtales i tekst. Disse resultater og forklaringer er baseret på kommunernes svar i de interviews, som Implement Consulting Group har gennemført med alle de deltagende kommuner.

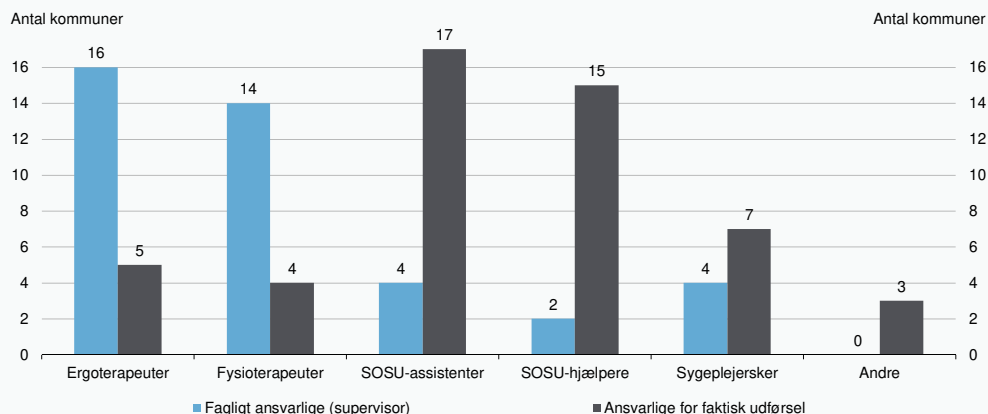
At udførerdelen oftest er placeret i hjemmeplejen kommer også til udtryk ved, at det primært er social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, der står for den faktiske udførelse af rehabiliteringen, jf. figur 4.2. Figur 4.2 viser også, at det næsten ligeså ofte er en terapeut, der har det overordnede faglige ansvar for de enkelte rehabiliteringsforløb. Terapeuter fungerer således ofte som en form for supervisor eller forløbskoordinator.

Billedet er dog ikke entydigt – således er terapeuter også i nogle kommuner ansvarlige for den faktiske udførelse, mens social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter også kan være fagligt ansvarlige for rehabiliteringsforløb i enkelte kommuner. Ligeledes ses det også af figur 4.2, at flere kommuner involverer sygeplejersker eller andre personalegrupper i rehabiliteringsindsatsen. Det viser, at kommunerne arbejder tværfagligt, men at der er forskel på, i hvilket omfang man gør det på tværs af kommunerne.

Der er en tendens til, at kommunernes organiseringsform har betydning for, hvilke personalegrupper der har det faglige ansvar, og hvilke personalegrupper der står for den faktiske udførelse. I de kommuner, hvor terapeuterne eksempelvis står for den faktiske udførelse, er en stor andel af udførerdelen placeret i en selvstændig rehabiliteringsenhed eller på træningsområdet. Mens det særligt er i kommuner med selvstændige rehabiliteringsenheder, at social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter kan have et fagligt ansvar for rehabiliteringsforløb.

Figur 4.2

#### Ansvarlige medarbejdergrupper i udførerdelen



Anm.: Figuren er baseret på to forskellige spørgsmål fra datamodellen. Svarkategorien "Andre" er lavet ud fra kategorierne "pædagoger", "øvrige" og "ikke formelt defineret".

Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

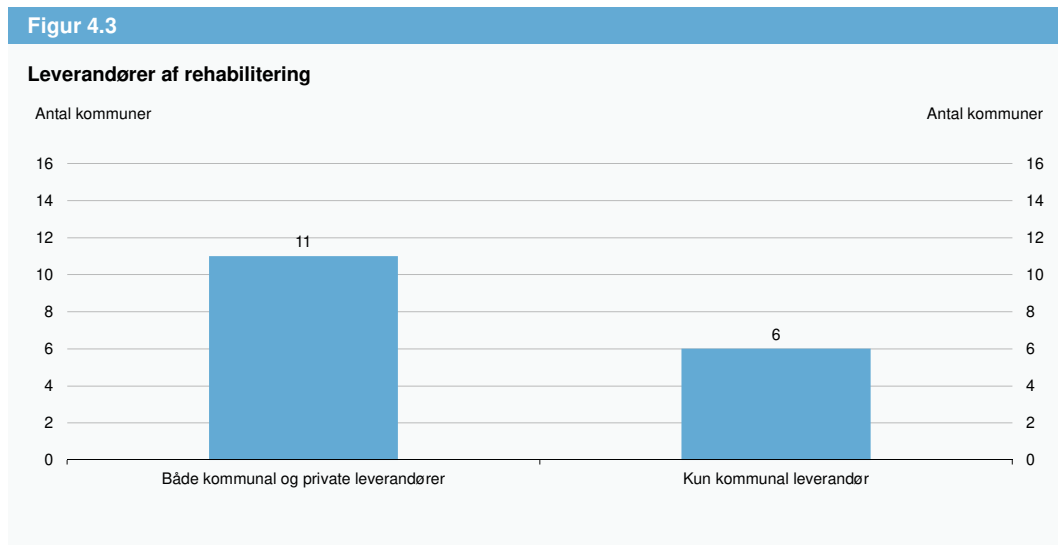
#### Private leverandører af rehabilitering

Modsat hjemmepleje er der ikke en såkaldt fritvalgsordning i forhold til rehabilitering, hvor borgerne skal kunne vælge mellem flere forskellige leverandører. Figur 4.3 nedenfor viser, at 11 ud af de 17 adspurgte kommuner alligevel har en aftale om rehabilitering med en eller flere private leverandører udover egen kommunal leverandør.

I nogle kommuner benyttes de private leverandører kun i spidsbelastningsperioder eller kun til borgere, der i forvejen modtager hjemmepleje fra den private leverandør. Det kommer til udtryk ved, at andelen af forløb leveret af private leverandører, blandt de kommuner der har disse, varierer fra under 2 procent til næsten 25 procent.

I gennemsnit blev ca. 12 procent af rehabiliteringsforløbene i kommunerne med private leverandører leveret af private leverandører i 2017. Selvom man har en aftale med en eller flere private leverandører på rehabiliteringsområdet, så bliver langt de fleste rehabiliteringsforløb altså stadig leveret af den kommunale leverandør.

6 kommuner har kun en kommunal leverandør. 2 ud af disse 6 kommuner svarer, at de gerne vil have private leverandører til at levere rehabilitering på sigt. De kommuner, der både har en kommunal og private leverandører, vil alle gerne holde fast i den konstruktion.

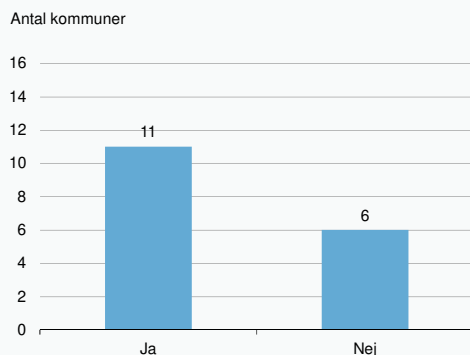
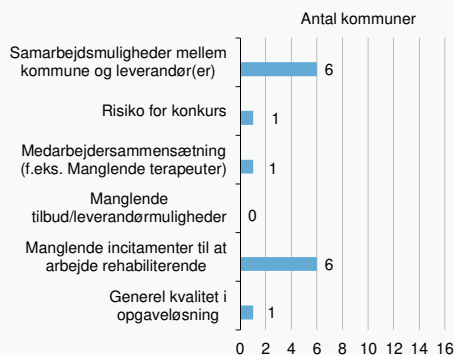


Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

Flere kommuner oplever, at der kan være forskellige barrierer for at bruge private leverandører, jf. figur 4.4 nedenfor. Det gælder også for flere af de kommuner, der har private leverandører af rehabilitering. De to barrierer som flest kommuner peger på er:

- *Manglende incitament til at arbejde rehabiliterende:* Flere kommuner peger på, at der er et mismatch i incitamentsstrukturen mellem den private leverandørs interesser, og det at arbejde rehabiliterende. Konkret oplyser nogle kommuner, at det kan være en udfordring at få afsluttet rehabiliteringsforløbene hos de private leverandører.
- *Samarbejdsmulighederne mellem kommunen og de private leverandører:* Det kan være en udfordring at arbejde tværorganisatorisk, give borgerne en helhedsorienteret indsats og arbejde udviklende med borgerens plan og mål, hvis borgeren har forskellige leverandører af forskellige ydelser. Flere kommuner har eksempelvis ugentlige møder om rehabilitering, hvor de private leverandører ikke nødvendigvis deltager.

På trods af dette er der dog som nævnt ingen af de kommuner, der benytter private leverandører, der har tilkendegivet, at de vil bevæge sig væk fra denne praksis.

**Figur 4.4****Oplever barrierer for at bruge private leverandører til levering af rehabiliteringsforløb****Figur 4.5****Typer af barrierer for at bruge private leverandører**

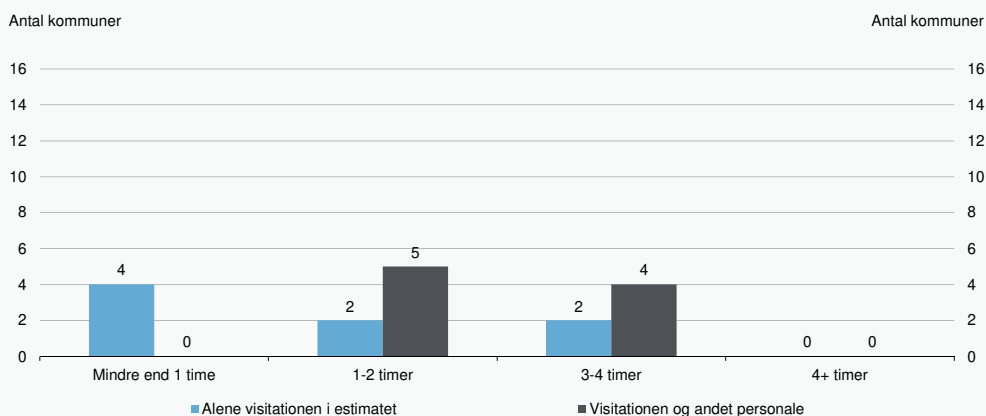
Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

## 4.2 Visitationspraksis og organisering af visitationen

Ligesom der er forskel på, hvordan kommunerne vælger at løse den udførende del af rehabiliteringsopgaven, så er der også forskel på, hvordan kommunerne løser visitationsdelen.

I forhold til kommunernes visitationspraksis er der dog det fællestræk blandt kommunerne, at man ikke automatisk sorterer bestemte grupper eller typer af borgere fra ved visitationen til rehabilitering. I stedet tager man alene udgangspunkt i, hvad visitationen fagligt vurderer ud fra den enkelte borgers behov, funktionsevne og vurderede potentiale. Således er eksempelvis både borgere, der ikke får hjemmepleje, og borgere der i forvejen får hjemmepleje, i målgruppen for rehabilitering i alle 17 kommuner, hvilket også følger af lovgivningen.

Det varierer hvor meget tid, der i gennemsnit bruges på hver enkelt visitation på tværs af kommunerne, jf. figur 4.6 nedenfor. Tidsforbruget hænger til dels sammen med, om visitationen involverer andet personale, end dem der er ansat i visitationen eller ej. Det gør man i 9 ud af de 17 kommuner. Det er i så fald primært terapeuter, der involveres.

**Figur 4.6****Antal kommuner fordelt efter, hvor mange timer der i gennemsnit bruges på udredning og bevilling af et rehabiliteringsforløb**

Anm.: Enkelte steder har man udredningsforløb. Der er ikke umiddelbart en sammenhæng mellem det at have udredningsforløb og resultaterne i figur 4.6. Læs mere om udredningsforløb i kapitel 5.

Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

I fire kommuner definerer man i forbindelse med visitationen, udover den visiterede tid og formål, også det nærmere indhold af, hvad der rent faktisk skal ske ved selve udførelsen af rehabiliteringen. I de resterende kommuner fastsætter visitationen alene den visiterede tid, og det overordnede formål med forløbet, hvorefter det udførende led selv definerer det nærmere indhold, inden for de rammer visitationen har sat.

I de fire kommuner, hvor indholdet defineres mere specifikt af visitationen, er den anvendte tid ved visitationen af et rehabiliteringsforløb lidt højere i gennemsnit, end i de øvrige kommuner. Det betyder, at man i nogle kommuner løser opgaver i visitationen, som i andre kommuner løses i den udførende del.

### 4.3 Gråzoner til andre paragraffer

I denne analyse er der fokus på rehabilitering efter § 83a i serviceloven. I nogle kommuner vil man mere overordnet sige, at man arbejder rehabiliterende i hele ældreplejen uafhængigt af, hvilken indsatsstype borgeren modtager, og om dette fx sker i hjemmet eller på en midlertidig eller permanent plads. Det at arbejde rehabiliterende er derfor ikke nødvendigvis knyttet til § 83a i serviceloven alene.

Som tidligere beskrevet, er der et tæt samspil mellem rehabilitering efter § 83a i serviceloven og hjemmepleje. Men selve indholdet i et rehabiliteringsforløb efter § 83a i serviceloven kan i nogle situationer også ligne eksempelvis vedligeholdelses- eller genoptræning efter § 86 i serviceloven eller § 140 i sundhedsloven. Det medfører, at der kan opleves gråzoner mellem rehabilitering efter § 83a i serviceloven og andre paragraffer.

Tabel 4.1 nedenfor viser, at flest kommuner oplever gråzoner mellem rehabilitering og hjemmepleje. Det gælder både for visitationen og udførerdelen. I forhold til visitationen kan der fx opleves gråzonetilfælde mellem rehabilitering og hjemmepleje, når en borger, som ikke i forvejen modtager hjemmepleje, bliver udskrevet fra et sygehus. Her har kommunen i første omgang begrænset viden om borgerens mulighed for at blive rehabiliteret, mens behovet for hjælp kan være til stede fra



første dag efter udskrivelsen. I forhold til selve udførerdelen, kan der opleves gråzoner mellem hjemmepleje og rehabilitering, hvis det er samme personale, der står for begge indsatser.

Flere kommuner peger også på, at de oplever gråzoner mellem rehabilitering og vedligeholdelses- eller genoptræning efter § 86 i serviceloven. Det gør sig særligt gældende i forhold til udførerdelen. Det kan også hænge sammen med, at det kan være de samme medarbejdere, der både udfører rehabilitering og vedligeholdelses- eller genoptræning. Nogle kommuner peger også på, at det kan være svært for den udførende medarbejder at se, hvorfor visitationen har valgt at visitere til rehabilitering fremfor fx vedligeholdelsestræning eller omvendt.

Der er næsten ingen kommuner, der oplever gråzoner mellem rehabilitering og genoptræning efter § 140 i sundhedsloven. Når borgere udskrives fra et sygehus og skal modtage genoptræning efter § 140 i sundhedsloven, kræver det, at der følger en genoptræningsplan udarbejdet af sygehuset med til kommunen. Denne regel kan forklare, hvorfor kommunerne sjældent oplever gråzonetilfælde mellem rehabilitering og § 140 i sundhedsloven.

Det er vigtigt at understrege, at det ikke nødvendigvis er et problem for kvaliteten af de ydelser borgeren modtager, om kommunen oplever gråzoner mellem rehabilitering og andre paragraffer eller ej. I stedet kan det have betydning for fx kommunernes visitationspraksis, hvilket kan påvirke omfanget af rehabilitering, der gives efter § 83a i serviceloven på tværs af kommunerne. Det kan skabe datamæssige udfordringer. I bilag 2: *Metode* er de datamæssige udfordringer ved det indsamlede datagrundlag beskrevet. Heraf fremgår det også, hvorfor datagrundlaget vurderes at være sammenligneligt på tværs af kommunerne.

**Tabel 4.1**

**Antal kommuner der oplever gråzoner til andre paragraffer**

	I visitationen	I udførelsen
§ 83a og § 83	7 ud af 17	9 ud af 17
§ 83a og § 86	4 ud af 17	8 ud af 17
§ 83a og SUL § 140	1 ud af 17	2 ud af 17

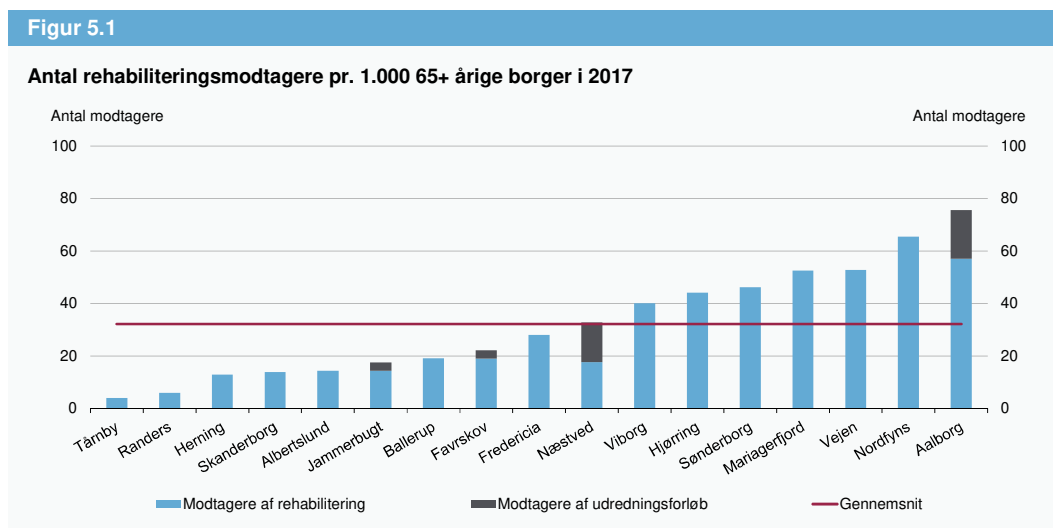
Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

## 5. Modtagere af rehabilitering efter § 83a

Figur 5.1 viser, at der er stor spredning i antallet af modtagere af rehabilitering pr. 1.000 65+ årige borgere blandt de 17 kommuner. 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 (tallene er inklusiv udredningsforløb – læs mere om udredningsforløb nedenfor).

De store forskelle kan blandt andet skyldes forskelle i demografiske og socioøkonomiske rammevilkår. Hvis kommunen har en tungere befolkningsgruppe, må det have en betydning for, hvor mange der har brug for hjemmepleje og den vej igennem, hvor mange der kommer i betragtning til rehabilitering efter § 83a i serviceloven.

Forskellene kan også være et udtryk for, at kommunerne har forskellig visitationspraksis. Det 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 har fokus på og sætter rehabiliteringsforløb i gang på baggrund af. Endeligt kan forskellene også være et udtryk for forskelle i serviceniveau, eller de gråzoner nogle kommuner oplever til andre paragraffer jf. afsnit 4.3 ovenfor.



Anm.: Fire kommuner har såkaldte udredningsforløb. Antallet af borgere der alene har modtaget et udredningsforløb er markeret med grå søjler. Gennemsnittet markeret ved den vandrette røde streg er uvægtet. I denne figur indgår udredningsforløb i gennemsnittet.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fire ud af de sytten kommuner arbejder med det, der under en fællesbetegnelse kan kaldes for udredningsforløb. Udredningsforløb er helt korte ydelser af 1 til 3 timers varighed samlet set. Formålet med udredningsforløbene er at øge kendskabet til borgerens funktionsevneniveau, potentielle, og hvis muligt hurtigt at give borgeren et løft, så borgeren alene kan nøjes med et udredningsforløb for at blive helt eller delvist selvhjulpne. Udredningsforløbene kan derfor betragtes som en mellemting mellem udredningen i forbindelse med visitationen og et egentligt rehabiliteringsforløb.

Da udredningsforløbene har en anden karakter end "normale" rehabiliteringsforløb, vil udredningsforløbene ikke fremgå af de kommende tal, figurer og tabeller i den resterende del af analysen,

udover altså i figur 5.1 ovenfor. Det er valgt for at sikre den størst mulige sammenlignelighed på tværs af kommunerne<sup>10</sup>.

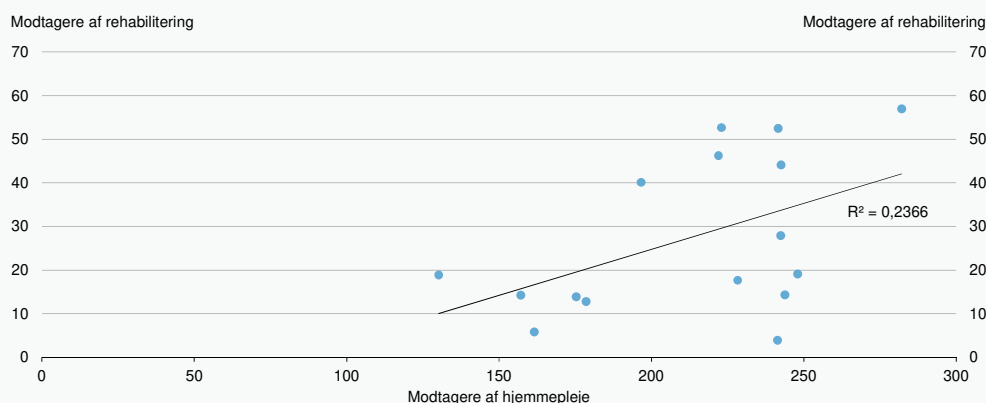
Rehabiliteringsmodtagerne kan godt modtage flere forskellige rehabiliteringsforløb. Hvis en borger har flere forløb på et år, kan det fx være, fordi borgerens funktionsevne har ændret sig pludseligt. På tværs af kommunerne afsluttede rehabiliteringsmodtagerne dog kun 1,1 forløb i gennemsnit i 2017. Det typiske er derfor, at borgerne kun modtager et rehabiliteringsforløb.

I figur 5.2 nedenfor er det undersøgt, om der umiddelbart kan genfindes en sammenhæng mellem antallet af rehabiliteringsmodtagere og antallet af hjemmeplejemodtagere på kommuneniveau. Der er generelt en tendens til, at kommuner med mange rehabiliteringsmodtagere også har mange hjemmeplejemodtagere. Den positive sammenhæng mellem antallet af hjemmeplejemodtagere og antallet af rehabiliteringsmodtagere skal formentlig ses i lyset af, at kommunernes serviceniveau og socioøkonomi både har betydning for antallet af rehabiliteringsmodtagere og for antallet af hjemmeplejemodtagere.

Umiddelbart kunne man have en forestilling om, at kommuner med mange rehabiliteringsmodtagere, alt andet lige, ville have færre hjemmeplejemodtagere relativt set, da rehabilitering handler om at gøre borgerne helt eller delvist selvhjulpne i forhold til hjemmepleje. Om denne sammenhæng rent faktisk findes kan ikke udledes af figur 5.2, da det fx ikke er muligt at se, hvor mange modtagere af hjemmepleje kommunerne ville have haft, hvis de ikke havde rehabiliteret en del af borgerne, og om antallet af hjemmeplejemodtagere fx er faldet i forhold til tidligere år. Det skal dog nævnes, at man i andre studier har fundet, at rehabilitering kan sænke behovet for hjemmepleje<sup>11</sup>.

Figur 5.2

#### Sammenhæng mellem antal modtagere af rehabilitering pr. 1.000 65+ årige borger og antal modtagere af hjemmepleje pr. 1.000 65+ årige borger i 2017



Anm.: Nordfyns indgår ikke i ovenstående figur på grund af visse problemer med hjemmeplejedata hos Danmarks Statistik.  
Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### Sammensætning af rehabiliteringsmodtagere

I tabel 5.1 nedenfor ses syv nøgletal om rehabiliteringsmodtagernes individkarakteristika. For alle nøgletallene ses en vis spredning mellem kommunerne. Det skal formentlig også forklares ved, at

<sup>10</sup> Der er ikke en systematik i, hvilke kommuner der har udredningsforløb, og hvilke kommuner der har mange eller få "normale" rehabiliteringsforløb. Det taler for, at det ikke påvirker sammenligneligheden væsentligt på tværs af kommuner, når der ses bort fra udredningsforløbene i analysen.

<sup>11</sup> Se fx "Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner" fra 2017, der er udgivet af SFI(nu VIVE) eller "Træning som hjælp. Økonomievaluering" fra 2012, der er udgivet af KORA (nu VIVE).

der er forskel på kommunernes visitationspraksis, serviceniveau og hvilken demografisk og socio-økonomisk sammensætning, der er i den enkelte kommune.

Tabellen viser eksempelvis, at lidt over en tredjedel af rehabiliteringsmodtagerne er mænd, men at andelen varierer fra ca. 28 procent i Herning Kommune til 42 procent i Ballerup Kommune. Tabellen viser også, at gennemsnitsalderen på rehabiliteringsmodtagerne er ca. 80 år, men at gennemsnitsalderen varierer med over 4 år fra den kommune med det laveste gennemsnit til den kommune med det højeste gennemsnit.

Andelen af rehabiliteringsmodtagere med demens varierer fra ca. 10 procent i Nordfyns Kommune til ca. 1 procent i Mariagerfjord Kommune. Andelen af rehabiliteringsmodtagere med KOL og diabetes varierer ligeledes mellem kommunerne. I gennemsnit har 17-18 procent af rehabiliteringsmodtagerne disse diagnoser. Tallene indikerer, at der er relativt stor forskel på, hvor "syg" man kan være for at modtage et rehabiliteringsforløb på tværs af kommuner<sup>12</sup>.

De forskellige nøgletal hænger på mange måder sammen med hinanden. Eksempelvis er der en negativ sammenhæng mellem rehabiliteringsmodtagernes gennemsnitlige alder og andelen af rehabiliteringsmodtagere, der er mænd. Omvendt er der positiv sammenhæng mellem andelen af mænd og andelen med KOL. Derfor vil der i tabel 5.1 være en tendens i, hvordan kommunerne ligger på tværs af nøgletallene.

---

<sup>12</sup> I bilag 2: *Metode* er afgrænsningen af de forskellige sundhedsindikatorer beskrevet i detaljer. Heraf fremgår det også, at Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed ikke har adgang til Lægemiddelregistret. Det gør, at det ikke har været muligt at identificere alle med demens, diabetes og KOL, men alene dem der har haft en kontakt til sygehusvæsenet indenfor de sidste 10 år.

Tabel 5.1

## Individkarakteristika for rehabiliteringsmodtagerne i 2017

Kommune	Gennemsnitlig alder	Andel mænd, pct.	Andel enlige, pct.	Andel med psykiatrisk diagnose, pct.	Andel med KOL, pct.	Andel med diabetes, pct.	Andel med demens, pct.
Albertslund	77,0	41,4	74,3	-	25,7	25,7	-
Ballerup	79,5	41,9	66,0	2,6	19,9	20,9	-
Favrskov	80,8	31,9	60,7	4,3	18,4	15,3	4,9
Fredericia	79,7	35,1	66,7	6,7	15,1	16,5	2,8
Herning	81,4	27,8	74,6	4,8	14,4	17,2	2,9
Hjørring	80,6	34,4	65,8	4,7	17,7	16,0	2,7
Jammerbugt	79,6	38,1	69,0	-	11,9	15,1	-
Mariagerfjord	79,8	33,1	68,0	3,6	21,2	16,5	1,3
Nordfyns	80,6	36,6	66,5	5,7	16,9	18,1	9,5
Næstved	81,1	35,9	73,2	2,7	19,5	17,1	1,7
Randers	79,5	33,0	77,7	6,3	12,5	10,7	4,5
Skanderborg	81,0	39,3	68,3	5,5	16,6	18,6	4,1
Sønderborg	80,8	32,3	66,7	3,1	15,1	15,9	3,0
Tårnby	80,1	38,7	77,4	-	16,1	29,0	-
Vejen	79,9	38,0	59,2	6,6	19,4	17,9	4,2
Viborg	80,8	37,9	69,6	3,1	18,7	14,4	3,7
Aalborg	80,3	36,2	70,4	4,3	16,7	14,7	3,3
<b>Minimum</b>	<b>77,0</b>	<b>27,8</b>	<b>59,2</b>	<b>2,6</b>	<b>11,9</b>	<b>10,7</b>	<b>1,3</b>
<b>Maksimum</b>	<b>81,4</b>	<b>41,9</b>	<b>77,7</b>	<b>6,7</b>	<b>25,7</b>	<b>29,0</b>	<b>9,5</b>
<b>Gennemsnit</b>	<b>80,1</b>	<b>36,0</b>	<b>69,1</b>	<b>4,6</b>	<b>17,4</b>	<b>17,6</b>	<b>3,7</b>

Anm.: Opgørelsen er lavet uden borgere, der alene har modtaget et udredningsforløb. Der er tale om et uvægtet gennemsnit. "-" betyder, at oplysningen ikke vises af diskretionshensyn. I bilag 2: *Metode* er operationaliseringen af de fire sundhedsindikatorer uddybet.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Sammenlignes de gennemsnitlige individkarakteristika for rehabiliteringsmodtagerne med de tilsvarende gennemsnit for hjemmeplejemodtagere på 65 år eller derover, ses det, at modtagerne af rehabilitering generelt er yngre og oftere har en samlever, jf. tabel 5.2.

Tabel 5.2

## Individkarakteristika fordelt på grupper af 65+ årige i 2017

Kommune	Gennemsnitlig alder	Andel mænd, pct.	Andel enlige, pct.	Andel med psykiatrisk diagnose, pct.	Andel med KOL, pct.	Andel med diabetes, pct.	Andel med demens, pct.
Rehabilitering	80,1	36,0	69,1	4,6	17,4	17,6	3,7
Hjemmepleje	80,9	34,7	71,3	6,9	16,3	16,4	6,2
Indbyggere	74,3	46,4	38,3	3,1	6,8	8,8	2,4

Anm.: Opgørelsen om rehabilitering er lavet uden borgere, der alene har modtaget et udredningsforløb. Tallene om rehabilitering er et gennemsnit for de 17 kommuner, der indgår i analysen, og er identisk med gennemsnittet i tabel 5.1. Tallene for "hjemmepleje" og "indbyggere" er også beregnet på baggrund af de 17 kommuner, som et uvægtet gennemsnit.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er ikke den store forskel på andelen af hjemmeplejemodtagere med KOL og diabetes og andelen af rehabiliteringsmodtagere med KOL og diabetes. Det indikerer, at KOL og diabetes ikke har afgørende betydning for, om en borger vurderes egnet til et rehabiliteringsforløb eller ej.

Omvendt er andelen af rehabiliteringsmodtagere med demens eller en psykiatrisk diagnose noget lavere, end andelen af hjemmeplejemodtagere med demens eller en psykiatrisk diagnose. Det indikerer, at borgere med demens eller psykiatriske diagnoser generelt vurderes til at have et mindre rehabiliteringspotentiale, end borgere der ikke har disse diagnoser. Således kan borgere med store kognitive udfordringer have vanskeligere ved at lære de ting, som rehabilitering sigter imod<sup>13</sup>.

Tabel 5.2 viser overordnet set, at modtagere af rehabiliteringsforløb på nogle parametre adskiller sig fra hjemmeplejemodtagere generelt. Det kan forklares med, at der er forskel på, hvad der skal til for at blive visiteret til henholdsvis hjemmepleje og rehabilitering. I forhold til rehabilitering skal kommunerne således foretage en individuel vurdering af, om den enkelte borger har et potentiale for at blive rehabiliteret eller ej. Det skaber en anden form for selektion i forhold til de borgere, der er visiteret til hjemmepleje.

Ikke overraskende viser tabel 5.2 også, at modtagerne af rehabilitering generelt ligger højere på de forskellige nøgletal i forhold til alle kommunernes indbyggere på 65 år eller derover.

---

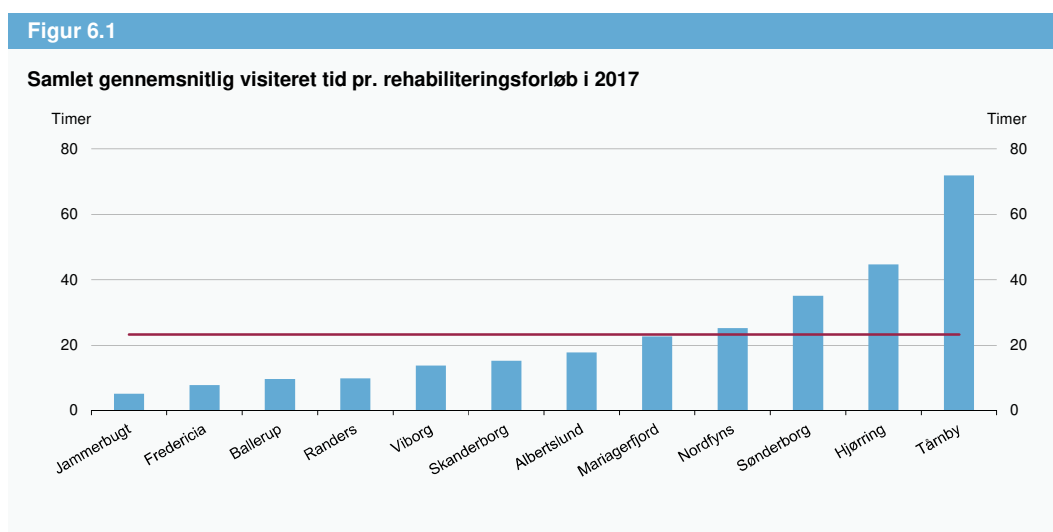
<sup>13</sup> Se fx "Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner" fra 2017, der er udgivet af SFI(nu VIVE).

## 6. Indsatser før og under rehabilitering efter § 83a

### 6.1 Hvilken rehabiliteringsindsats modtager borgerne?

Figur 6.1 viser den samlede gennemsnitlige visiterede tid pr. rehabiliteringsforløb, det vil sige den tid, der i gennemsnit bruges fra rehabiliteringsforløbet startes op til det afsluttes. Den gennemsnitlige visiterede tid pr. rehabiliteringsforløb er ca. 23 timer, men timetallet varierer fra 5 til 72 timer blandt de tolv kommuner, det har været muligt at opgøre et sammenligneligt tidsforbrug for<sup>14</sup>.

Tårnby Kommune har den højeste gennemsnitlige visiterede tid pr. rehabiliteringsforløb. Tårnby Kommune havde dog kun 32 rehabiliteringsforløb i 2017, hvorfor kommunens gennemsnit i højere grad påvirkes af størrelsesordenen af de enkelte forløb end de øvrige kommuner.



Anm.: Gennemsnittet markeret ved den vandrette røde streg er uvægtet. Albertslund har såkaldte multisyddelser, hvor der ikke visiteres tid til. Forløb med multisyddelser er sorteret fra i ovenstående opgørelse. Udredningsforløb er sorteret fra. Næstved, Favrskov, Aalborg, Vejen og Herning fremgår ikke af figuren, da de ikke vurderes at være sammenlignelige med de øvrige kommuner i forhold til visiteret tid på baggrund af det indsamlede datagrundlag. Se også fodnote nedenfor.

Kilde: Egen dataindsamling og egne beregninger.

Den gennemsnitlige visiterede tid påvirkes af kommunernes serviceniveau og visitationspraksis, der kan variere betydeligt på tværs af kommunerne. Det kan som nævnt tidligere fx skyldes, at der kan være forskel på, hvornår man anser en borger for at have et potentiale for at forbedre sin funktions-ejne – eller hvilke potentialer man jager og sætter rehabiliteringsforløb i gang på baggrund af.

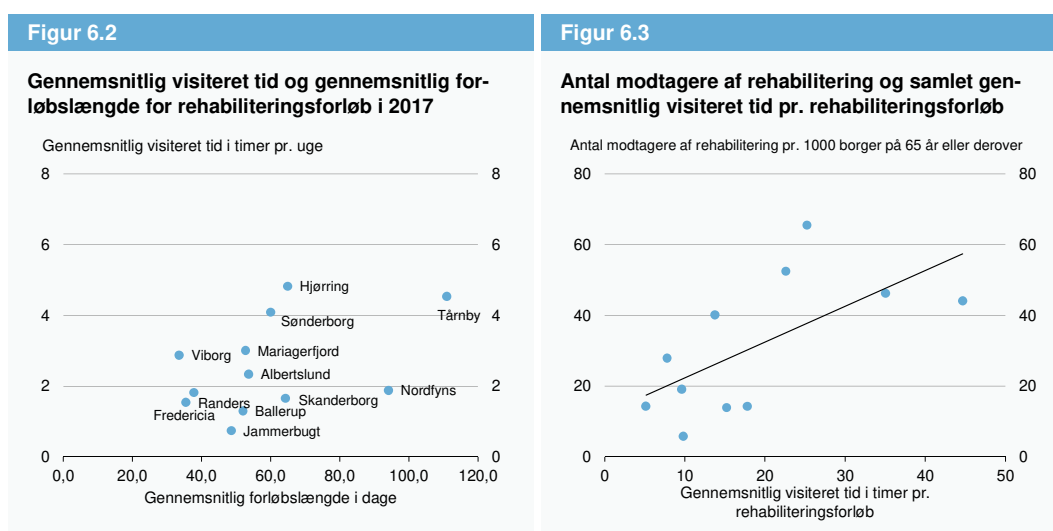
Den samlede gennemsnitlige visiterede tid kan opdeles i gennemsnitlig visiteret tid pr. uge og gennemsnitlig forløbslængde. En høj samlet gennemsnitlig visiteret tid kan således både være drevet af en høj gennemsnitlig visiteret tid pr. uge, af et meget langt rehabiliteringsforløb eller af begge dele. I gennemsnit varede et rehabiliteringsforløb lidt over 58 dage, og den gennemsnitlige visiterede tid pr. uge var lidt under 3 timer.

<sup>14</sup> Der har været visse udfordringer ved at danne et sammenligneligt datapunkt for visiteret tid på tværs af kommunerne. Det skyldes dels, at det i mange kommuner er vanskeligt at opgøre den tid, som terapeuterne bruger på de enkelte rehabiliteringsforløb, hvis terapeuterne er involveret i den faktiske udførelse. Og det skyldes dels, at ren hjemmeplejetid i nogle kommuner tæller med i opgørelsen af visiteret tid til rehabilitering, mens man i andre kommuner kan adskille de to ting. De tolv kommuner, der fremgår af figur 6.1, er udvalgt, da de vurderes at være sammenlignelige. Læs mere om sammenlignelighed af data i bilag 2: *Metode*.

Man kunne forestille sig, at man i nogle kommuner prioriterer korte intensive rehabiliteringsforløb med en høj gennemsnitlig visiteret tid pr. uge og en kort forløbslængde, mens man i andre prioriterer mindre intensive, men længere rehabiliteringsforløb. I så fald ville der være en negativ sammenhæng mellem visiteret tid pr. uge og forløbslængde.

Figur 6.2 viser, at der er eksempler på kommuner, hvor både forløbslængden og den gennemsnitlige visiterede tid pr. uge er relativt høj eller lav. Der ser således ud til at være en positiv og ikke en negativ sammenhæng mellem den gennemsnitlige visiterede tid og den gennemsnitlige forløbslængde. Det er også en del af forklaringen på den store spredning i figur 6.1 ovenfor.

Sammenhængen mellem den gennemsnitlige visiterede tid og den gennemsnitlige forløbslængde skal dog tages med forbehold for, at figuren kun er baseret på tolv observationer. Således er der også kommuner, hvor borgeren i gennemsnit får relativt lidt tid hver uge men over lang tid.



Anm.: Albertslund har såkaldte nultidsydelse, hvor der ikke visiteres tid til. Forløb med nultidsydelse er sorteret fra i ovenstående figurer. Udredningsforløb er sorteret fra. Næstved, Favrskov, Aalborg, Vejen og Herning fremgår ikke af figurerne, da de ikke vurderes at være sammenlignelige med de øvrige kommuner i forhold til visiteret tid. Tårnby er udeladt af figur 6.3, da de i denne betragtes som en outlier. Bemærk at figurerne kun baserer sig på op til 12 observationer.  
 Kilde: Egen dataindsamling og egne beregninger.

I figur 6.3 ovenfor er antallet af rehabiliteringsmodtagere pr. 1000 borger på 65 år eller derover sammenholdt med den samlede gennemsnitlige visiterede tid pr. rehabiliteringsforløb. Figuren viser, at der er en positiv sammenhæng. Det vil sige, at der er en tendens til, at de kommuner der har flest borgere i rehabilitering også i gennemsnit visiterer mere tid til deres rehabiliteringsforløb.

Sammenhængen skal formentlig også ses i lyset af, at både kommunernes serviceniveau, visitationspraksis og socioøkonomi har betydning for antallet af rehabiliteringsmodtagere og den tid, der visiteres pr. rehabiliteringsforløb. I forhold til visitationspraksis kan det fx hænge sammen med vurderingen af, hvornår man anser en borger for at have et rehabiliteringspotentiale. Jo flere borgere man anser for at have et rehabiliteringspotentiale, jo "tungere" vil disse borgere alt andet lige være i gennemsnit – og jo mere tid vil der som følge deraf blive visiteret til rehabilitering.

**Rehabiliteringsforløb fordelt på indsatsstype**

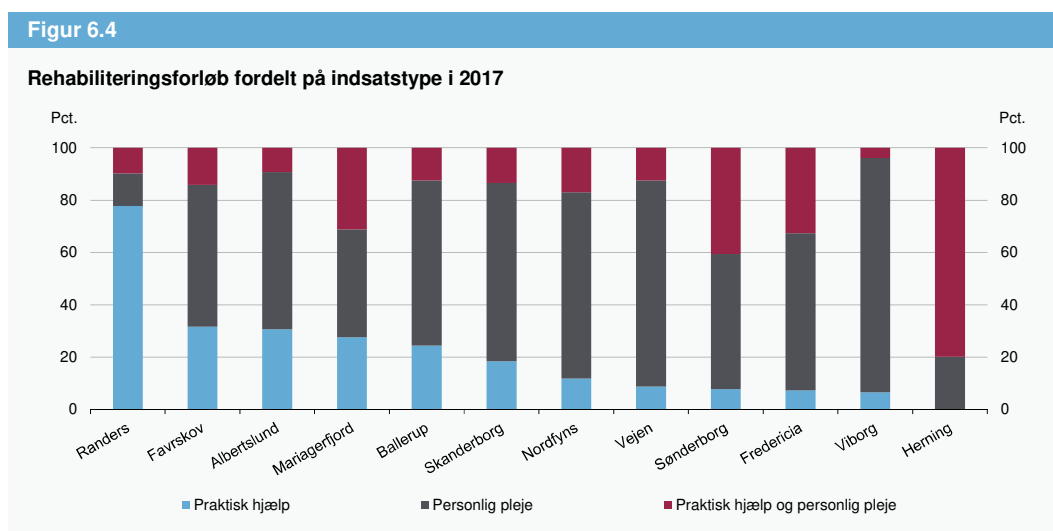
Ligesom hjemmepleje så kan rehabilitering gives til praktisk hjælp eller personlig pleje. I langt de fleste kommuner er det personlig pleje, der fylder mest i kommunernes rehabiliteringsindsats, jf.



figur 6.4 nedenfor. Således var kun ca. hver femte rehabiliteringsforløb alene rettet mod praktisk hjælp i 2017.

Umiddelbart kunne man have en forestilling om, at rehabilitering oftest var målrettet praktisk hjælp, da borgere, der alene har brug for denne ydelsesform, alt andet lige må forventes at have et højere funktionsevneniveau, end borgere der har brug for personlig pleje. Og på den måde være nemmere at gøre helt eller delvist selvhjulpne. Det kan derfor virke overraskende, at andelen af forløb rettet mod praktisk hjælp ikke er højere.

Det, at der sættes relativt få rehabiliteringsforløb i gang, hvor fokus alene er på praktisk hjælp, kan muligvis skyldes, at borgerne er mere motiverede for at blive helt eller delvist selvhjulpne i forhold til de ydelser, der hører ind under personlig pleje, end de ydelser der hører ind under den praktiske hjælp. Det kan muligvis også skyldes, at personlig pleje generelt er dyrere, hvorfor der kan være et incitament fra kommunens side til at fokusere på den personlige pleje fremfor praktisk hjælp. Det er dog ikke muligt at undersøge disse forklaringer yderligere ud fra det indsamlede datagrundlag.



Anm.: Alle kommuner har ikke indberettet indsatsstype. Derfor fremgår alle 17 kommuner ikke af figuren.  
Kilde: Egen dataindsamling og egne beregninger.

#### Andre ydelser under rehabiliteringsforløb

Rehabiliteringsmodtagerne kan godt modtage andre ydelser fra kommunen under deres rehabiliteringsforløb. Det kan fx være tilfældet i forhold til hjemmepleje, hvis borgeren vurderes at kunne blive helt eller delvist selvhjulpne på et område men ikke på et andet. Det kan også være tilfældet, hvis kommunen har foretaget en revisitation af en borger, der i forvejen modtog hjemmepleje, og i den forbindelse vurderes egnet til et rehabiliteringsforløb for én eller flere af de ydelser, borgeren modtager, men ikke alle.

Tabel 6.1 nedenfor viser, at langt de fleste, der modtager et rehabiliteringsforløb, får en form for hjemmepleje under forløbet. Det samme gør sig gældende i forhold til hjemmesygepleje. Tabellen viser også, at nogle borgere modtager vedligeholdelses- eller genoptræning efter § 86 i serviceloven samtidigt med rehabilitering. Tallene i tabellen bygger på de indsamlede rehabiliteringsdata, mens data om de andre ydelser er hentet fra Danmarks Statistik.

Der er meget stor forskel på, om borgerne modtager hjemmepleje og/eller vedligeholdelses- eller genoptræning samtidigt med deres rehabiliteringsforløb på tværs af kommunerne. Resultatet kan

være et udtryk for forskelle i praksis, politiske prioriteringer, organisering, eller om kommunen har gennemført en større revisitation af borgerne eller ej. Resultatet kan også være et udtryk for data-mæssige udfordringer. Således kan et meget stort overlap eksempelvis være et udtryk for, at rehabiliteringsforløb i kommunernes systemer både fremstår som hjemmeplejeforløb og rehabiliteringsforløb. Omvendt kan et meget lavt overlap være et udtryk for, at en kommune konverterer alle hjemmeplejeydelser til rehabiliteringsydelser, når et rehabiliteringsforløb startes op. Hvis det er tilfældet, kan det skabe slør i resultaterne og påvirke sammenligneligheden på tværs af kommunerne. Derfor skal niveauerne og forskellene i tabel 6.1 fortolkes med forsigtighed.

**Tabel 6.1**

**Andel rehabiliteringsforløb, hvor borgeren har modtaget andre ydelser under forløbet i procent**

Kommune	Hjemmepleje	Hjemmesygepleje	Genoptræning og vedligeholdelsestræning
Albertslund	81,8	72,0	18,2
Ballerup	86,6	72,2	23,9
Favrskov	87,7	74,4	10,3
Fredericia	56,4	53,9	-
Herning	93,4	86,1	20,5
Hjørring	77,8	-	-
Jammerbugt	-	-	-
Mariagerfjord	88,2	-	34,5
Nordfyns	-	-	21,9
Næstved	94,5	78,5	90,7
Randers	75,2	52,7	28,6
Skanderborg	88,3	84,0	23,9
Sønderborg	70,4	80,3	17,4
Tårnby	-	-	-
Vejen	86,3	78,5	78,0
Viborg	88,3	88,4	10,4
Aalborg	90,3	73,2	8,2
<b>Minimum</b>	<b>56,4</b>	<b>52,7</b>	<b>8,2</b>
<b>Maksimum</b>	<b>94,5</b>	<b>88,4</b>	<b>90,7</b>
<b>Gennemsnit</b>	<b>83,2</b>	<b>74,5</b>	<b>29,7</b>

Anm.: (-) indikerer at nøgletallet ikke kan beregnes på grund af manglende data eller diskretionshensyn. Opgørelsen er baseret på data på månedsniveau. Opgørelsen er derfor ikke helt præcis. Dette er uddybet i bilag 2: *Metode*.

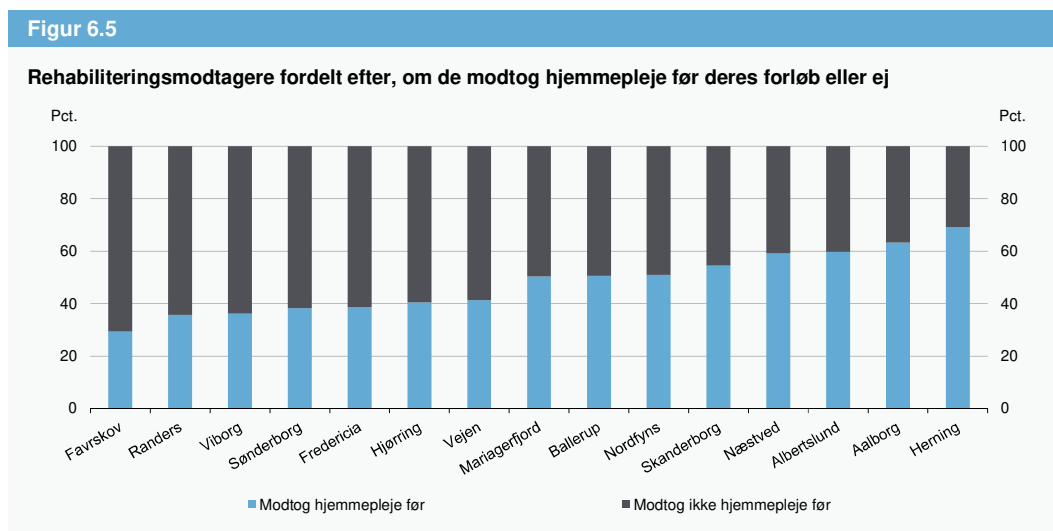
Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 6.2 Indsatser før rehabiliteringsforløb

Modtagere af rehabilitering kan både være borgere, der modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet, og borgere der ikke modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet. De borgere, der i forvejen modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet, får stort set også alle sammen hjemmepleje under rehabiliteringsforløbet. Det gør sig ikke på samme måde gældende for borgere, der ikke modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet.

I gennemsnit var lidt over halvdelen af de påbegyndte rehabiliteringsforløb med borgere, der ikke modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet. Gennemsnittet dækker dog over en pæn spredning på tværs af kommunerne, jf. figur 6.5 nedenfor.

Andelen af rehabiliteringsmodtagere, der modtog hjemmepleje før rehabilitering, kan blandt andet blive påvirket af, om den enkelte kommune i den undersøgte periode gennemførte en større revisitation, og hvor god den enkelte kommune mere generelt er til følge op på den enkelte borgers udvikling.



Anm.: Tårnby og Jammerbugt er ikke inkluderet i figuren som følge af mangel på hjemmeplejedata.  
 Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Når en borger henvender sig til kommunen for at blive visiteret til hjemmepleje, er der forud for henvendelsen ofte for nyligt sket en begivenhed i borgerens liv, der påvirker borgerens evne til at klare sig selv. Det kan fx være, at borgeren har oplevet et pludseligt fald i sit funktionsevneniveau.

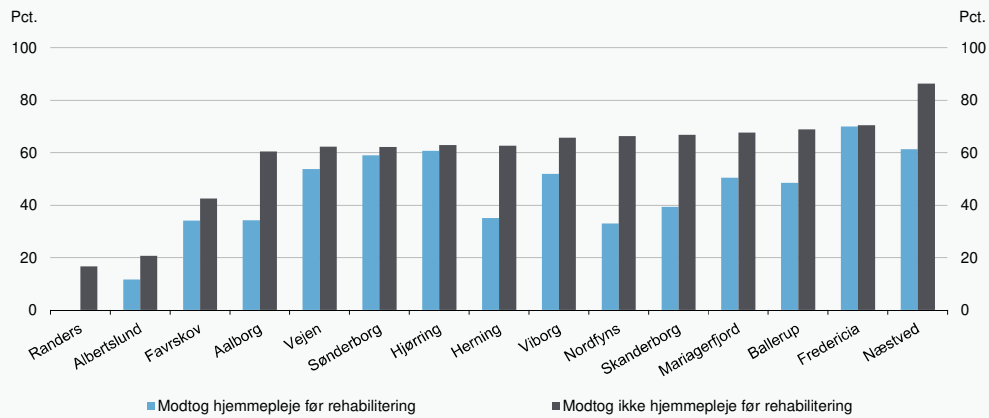
Figur 6.6 nedenfor viser, at borgere, der begynder på et rehabiliteringsforløb, ofte har haft en indlæggelse på et sygehus inden for to måneder før rehabiliteringsforløbets begyndelse<sup>15</sup>. Det gælder særligt for borgere, der ikke modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet.

Det er dog ikke muligt ud fra figur 6.6 håndfast at konkludere, at den enkelte borger, der har haft en indlæggelse på et sygehus inden for to måneder før rehabiliteringsforløbets begyndelse, af den grund modtog et rehabiliteringsforløb. Men figuren underbygger ikke desto mindre forestillingen om, at rehabiliteringsmodtagerne ofte har oplevet et fald i deres funktionsevneniveau forud for deres rehabiliteringsforløb.

<sup>15</sup> En indlæggelse defineres som tidsmæssigt sammenhængende ophold på ét eller flere sygehuse af mindst 12 timers varighed. Læs mere om definitionen i Bilag 2: *Metode*.

Figur 6.6

Andel rehabiliteringsforløb, hvor modtageren har haft en indlæggelse indenfor to måneder før forløb



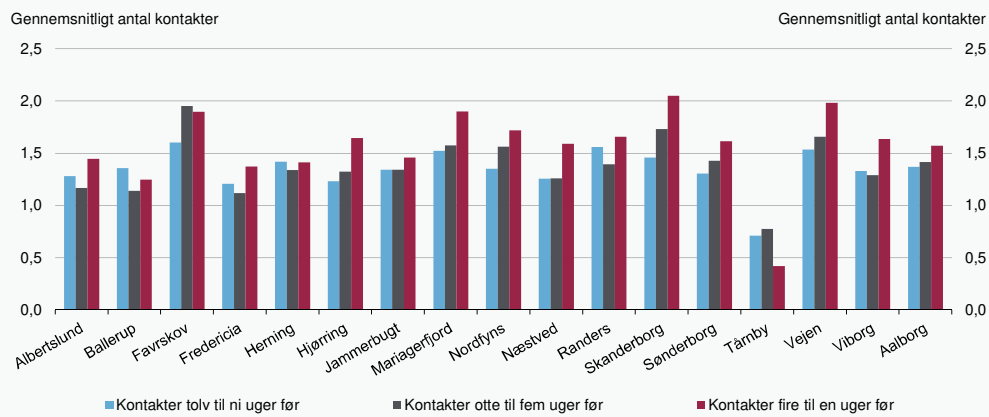
Anm.: Opgørelsen er lavet ud fra ophold på både psykiatriske og somatiske sygehuse. Der er dog meget få, der har haft en indlæggelse på et psykiatrisk sygehus. Tårnby og Jammerbugt er ikke inkluderet i figuren som følge af mangel på hjemmeplejedata.  
Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

En anden indikator for borgernes helbredsudvikling, op til deres rehabiliteringsforløb, er antallet af kontakter til praksissektoren. Da de fleste har flere kontakter til praksissektoren end til sygehuset, er det muligt at tydeliggøre en tendens i borgernes udvikling. Det er gjort i figur 6.7 ved at betragte borgernes gennemsnitlige kontakter til praksissektoren i månederne op til rehabiliteringsforløbenes begyndelse.

Figur 6.7 viser, at borgerne, der modtog et rehabiliteringsforløb i 2017, generelt havde et stigende antal kontakter til praksissektoren op til rehabiliteringsforløbets begyndelse. Tendensen genfindes i næsten alle kommuner inden for den begrænsede tidsperiode, som er undersøgt her.

Figur 6.7

Gennemsnitligt antal kontakter til praksissektoren før rehabiliteringsforløb



Anm.: Opgørelsen indeholder alene fysiske kontakter i form af almindelig konsultation, sygebesøg og andre fysiske kontakter.  
Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 7. Politisk fokus, opfølgning og kompetenceudvikling

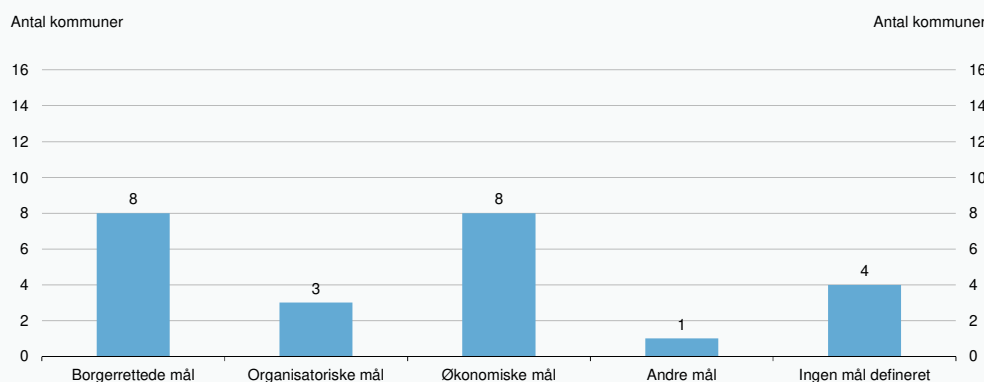
### 7.1 Politisk fokus

I hovedparten af de adspurgte kommuner opleves et særligt politisk fokus på rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Det skyldes blandt andet, at der for borgerne er en række gevinster forbundet med at blive mere selvhjulpne, eksempelvis øget livskvalitet og mere selvbestemmelse over eget liv. Samtidig kan rehabilitering være en af løsningerne på kommunernes udfordring med et stigende antal ældre, da vellykket rehabilitering bliver anset for på sigt at kunne frigøre ressourcer til andre opgaver.

Ligesom det mere overordnede politiske fokus, er det også relevant at se på, om kommunerne har defineret mål for kommunens egen overordnede indsats i forbindelse med § 83a i serviceloven. Således kan målsætninger være med til at sætte retningen for en given indsats herunder, hvad der skal prioriteres og hvordan. I tretten af de sytten kommuner har man defineret et eller flere mål i forbindelse med rehabilitering efter § 83a i serviceloven.

Figur 7.1

#### Definerede mål for kommunens egen overordnede indsats i forbindelse med rehabilitering efter § 83a i serviceloven



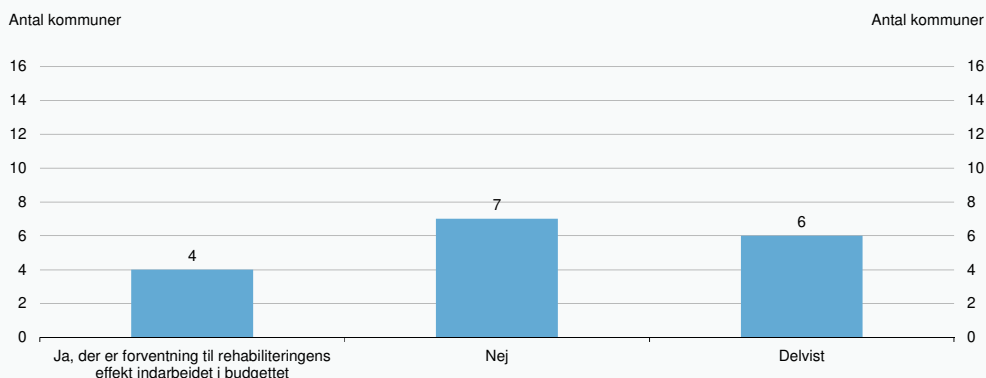
Anm.: Figur 7.1 er baseret på to forskellige spørgsmål i spørgeguiden. Fem kommuner har defineret flere forskellige mål for deres egen § 83a indsats. Fire kommuner har ikke defineret nogle mål. Derfor summer søjlerne ikke til 17.

Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

Figur 7.1 viser, at kommunerne primært har defineret borgerrettede eller økonomiske mål. Mere konkret peger nogle kommuner fx på:

- at de har sat sig mål for, hvor mange borgere der skal igennem et rehabiliteringsforløb.
- at deres rehabiliteringsforløb skal bidrage til, at borgerne får et mere selvstændigt, meningsfuldt og aktivt liv.
- at man med rehabilitering skal kunne håndtere flere ældre for de samme ressourcer.
- at man skal kunne se en faglig udvikling af nye og nuværende medarbejdere ift. rehabilitering.

Der er ikke et entydigt billede af, hvilke mål kommunerne opstiller for området. Nogle kommuner fokuserer mest på de økonomiske potentialer ved rehabilitering, andre kommuner fokuserer på borgerrettede mål, og nogle kommuner arbejder med flere forskellige målsætninger. Men der er altså også kommuner, som tilsyneladende slet ikke har opstillet overordnede mål for deres egen rehabiliteringsindsats.

**Figur 7.2****Er der antagelser om, at de strategiske/politiske mål forbundet med § 83a vil have en budgetvirkning?**

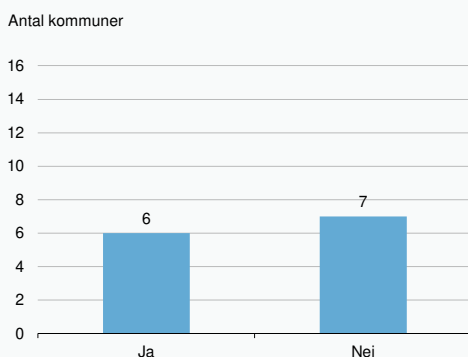
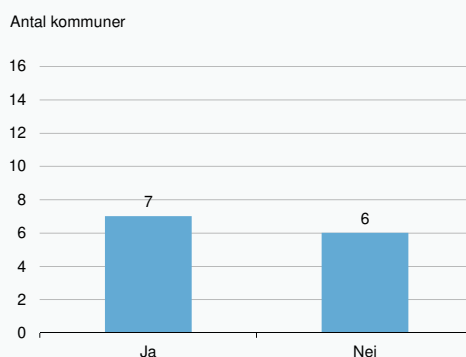
Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

Selvom otte kommuner peger på, at de har formuleret økonomiske mål for rehabiliteringsindsatsen, er der kun fire af de otte kommuner, som har budgetteret med en økonomisk effekt af rehabilitering, jf. figur 7.2.

Blandt de kommuner, der har svaret, at der delvist er en antagelse om, at der vil være en budgetvirkning af de strategiske / politiske mål, nævner flere, at der er en implicit forståelse af, at der kan opnås en positiv økonomisk gevinst gennem rehabilitering, men at den ikke er indarbejdet i budgettet. Det kan også være tilfældet, selvom kommunen ikke har defineret et egentligt økonomisk mål for kommunens egen overordnede rehabiliteringsindsats.

## 7.2 Opfølgning

Selvom tretten kommuner har svaret, at de har defineret mål i forbindelse med deres rehabiliteringsindsats, så er der kun seks kommuner, som løbende følger op på målene jf. figur 7.3.

**Figur 7.3****Bliver der løbende fulgt op på de strategiske/politiske mål forbundet med § 83a?****Figur 7.4****Udgør mangel på data en forhindring for opfølgningen på de strategiske/politiske mål forbundet med § 83a?**

Anm: I figurerne indgår alene de 13 kommuner, der har defineret mål i forbindelse med rehabilitering efter § 83a i serviceloven.  
Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.

Figur 7.4 ovenfor viser, at flere kommuner mener, at mangel på data er en forhindring for at følge op på de overordnede fastsatte mål for rehabilitering. Dette skal som tidligere nævnt formentlig ses i lyset af, at rehabilitering er et relativt nyt område, og at der er et tæt samspil med andre ydelser, så det kan være svært at isolere rehabiliteringsindsatsen.

I tabel 7.1 nedenfor er der spurgt ind til, om forskellige centrale nøgletal eksisterer, og om de bruges ledelsesmæssigt og politisk. Den første kolonne i tabel 7.1 viser, at der er stor forskel på, om de forskellige nøgletal eksisterer på tværs af kommunerne. Få kommuner har nøgletal om borgertilfredshed, sagsbehandlingstid, udgifter på forløbsniveau og for progression. Omvendt har flertallet af kommunerne nøgletal for visiteret tid, varighed af forløb og borgers resultat af forløbet.

Samlet set viser tabellen dog, at der eksisterer relativt få nøgletal. Tabellen viser også, at meget få kommuner bruger nøgletallene ledelsesmæssigt og i endnu mindre grad rent politisk, selvom nøgletallene eksisterer. Der ser altså umiddelbart ud til at være et potentiale for at øge brugen af ledelsesinformation på rehabiliteringsområdet, som kunne gøre området mere gennemsigtigt og styrke styringsgrundlaget.

**Tabel 7.1**

**Opfølgning på baggrund af nøgletal om rehabilitering efter § 83a i serviceloven**

Nøgletal	Antal kommuner, hvor nøgletallet eksisterer	Antal kommuner, hvor nøgletallet bruges ledelsesmæssigt	Antal kommuner, hvor nøgletallet bruges politisk
Borgers resultat efter endt forløb	10	4	3
Før og efter mål (progression af borger)	6	3	2
Udgifter til forløb	7	5	2
Varighed af forløb	12	7	4
Sagsbehandlingstid ifbm. bevilling af § 83a	2	1	1
Visiteret tid	16	12	9
Borgertilfredshed	1	1	1
Øvrige	3	2	1

Anm.: Tallene angiver hvor mange kommuner, der har svaret ja.  
 Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 7.3 Kompetenceudvikling

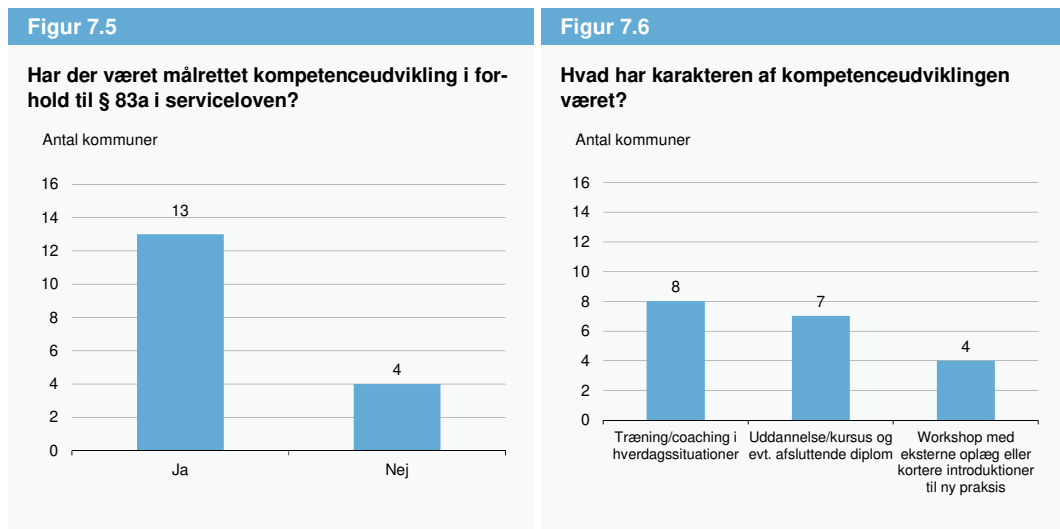
Der er forskel på, hvordan man som medarbejder skal arbejde ud fra en rehabiliterende tankegang i forhold til en rent kompenserende tankegang. Det er formentlig også en af årsagerne til, at man i mange kommuner har valgt at involvere flere forskellige medarbejdergrupper i rehabiliteringsindsatsen.

Det er vigtigt at ledelsen sikrer, at de medarbejdere, der er involveret i kommunens rehabiliteringsindsats, har de rette kompetencer. Hvilke medarbejdergrupper det er relevant at kompetenceudvikle, og hvad fokus i kompetenceudviklingen skal være, afhænger af, hvordan den enkelte kommune har organiseret sin rehabiliteringsindsats. Overordnet set kan man dog sige, at der er god grund til at sætte fokus på kompetenceudvikling af både mere erfarne medarbejdere og nye medarbejdere, hvilket også skal ses i lyset af den relativt høje personaleomsætning, der typisk er på ældreområdet i kommunerne.

13 ud af de 17 kommuner svarer, at der er blevet gennemført målrettet kompetenceudvikling i forhold til rehabilitering jf. figur 7.5 nedenfor. Herudover kan der dog også i alle 17 kommuner have været anden kompetenceudvikling, der ikke direkte har været målrettet rehabilitering, men som kan bruges i det rehabiliterende arbejde.

Figur 7.6 viser, at kompetenceudviklingen i de fleste kommuner har bestået af en form for træning i hverdagsituationer gennem fx sidemandsoplæring eller deciderede uddannelser/kurser.

Generelt viser undersøgelsen også, at hovedparten af de kommuner, der har lavet kompetenceudvikling målrettet rehabilitering, har gjort det for alle de medarbejdergrupper, der er involveret i kommunens rehabiliteringsindsats, herunder både terapeuter og social- og sundhedspersonale. Der har dermed været tale om et bredt kompetenceløft på tværs af medarbejdergrupper i mange kommuner.



Anm.: I figur 7.6 til højre har det været muligt for kommunerne at vælge flere svarmuligheder. I spørgeguiden fremgår svarmuligheden "andet" også. Denne er udeladt, da ingen kommuner har peget på kategorien.

Kilde: Egen dataindsamling gennem interviews.



## 8. Borgernes status efter rehabiliteringsforløb

### 8.1 Sådan måles status efter rehabiliteringsforløb

I denne analyse er der fokus på at afdække og vise forskelle i rehabiliteringsindsatsen på tværs af kommuner. Det er derfor vigtigt at understrege, at det ikke ud fra denne analyse er muligt at drage generelle konklusioner om effekten af rehabilitering i en videnskabelig og evidensbaseret forstand. Dette afspejles også i selve designet af denne analyse, hvor der eksempelvis ikke er arbejdet med en interventions- og kontrolgruppe med henblik på at gennemføre et randomiseret kontrolleret forsøg.

Selvom der ikke er tale om et effektstudie, er det fortsat interessant at se på, hvad rehabiliteringsmodtagernes status er, efter de har afsluttet deres rehabiliteringsforløb. Det vil der, ud fra en deskriptiv tilgang, derfor være fokus på i de kommende afsnit. Der er dog en række udfordringer forbundet med at måle borgernes status efter deres rehabiliteringsforløb i praksis.

Generelt gælder det eksempelvis, at borgerne pludseligt kan opleve et fald i deres funktionsevneniveau fx på grund af sygdom uafhængigt af rehabiliteringsforløbet. Et rehabiliteringsforløb kan derfor i princippet godt være en succes, selvom borgeren ikke får mindre hjemmeplejetid eller går op i hjemmeplejetid efterfølgende. Vi ved således ikke, hvad borgerens funktionsevneniveau ville have været, hvis borgeren ikke havde modtaget rehabilitering. Det skaber en udfordring i forhold til at isolere resultat af rehabiliteringsforløbene.

Det er en udfordring specifikt for de borgere, der modtog hjemmepleje før deres rehabiliteringsforløb, at det ikke har været muligt at indsamle detaljerede data om, hvilke ydelser borgeren bliver rehabiliteret for. Der findes heller ikke detaljerede data om, hvilke hjemmeplejeydelser borgeren eventuelt modtager før og efter sit rehabiliteringsforløb. Udfordringen gør det særligt vanskeligt at måle borgernes status efter rehabilitering, hvis borgerne modtog hjemmepleje inden deres rehabiliteringsforløb, da det ikke kan afgøres præcist, om typen af rehabilitering, som borgeren har modtaget, hænger sammen med typen af hjemmepleje, som borgeren modtog før sit rehabiliteringsforløb og eventuelt modtager efterfølgende.

Ovenstående udfordringer gør, at borgernes status efter rehabilitering ikke måles ud fra, om borgernes visiterede tid til hjemmepleje har ændret sig efter rehabiliteringsforløbene.

Vi har i stedet valgt at opgøre borgernes status efter deres rehabiliteringsforløb, som andelen der bliver *helt selvhjulpne* efter deres rehabiliteringsforløb. Borgere er defineret som "helt selvhjulpne", hvis de ikke modtager hjemmepleje efter deres rehabiliteringsforløb.

Andelen af borgere, der bliver helt selvhjulpne efter deres rehabiliteringsforløb, er under de givne omstændigheder nok det mest "rene" mål, der kan etableres for borgernes status efter deres rehabiliteringsforløb. Der er dog tale om et groft mål, der ikke er så præcist, som man kunne ønske sig. Eksempelvis indfanger det netop ikke, at nogle borgere måske nok modtager hjemmepleje efter deres rehabiliteringsforløb, men til gengæld er blevet mere selvhjulpne, end de ellers ville have været, hvis de ikke havde modtaget et rehabiliteringsforløb. Man skal derfor være varsom med at drage håndfaste konklusioner på baggrund af dette mål alene.

På trods af forbeholdene, er det alligevel vurderingen, at kommunerne ud fra en ren deskriptiv tilgang vil have gavn af at vide, hvor stor en andel der bliver helt selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb sammenlignet med andre kommuner.

Udover at borgeren efter et rehabiliteringsforløb - ud fra det valgte mål - enten kan være blevet helt selvhjulpne eller modtage hjemmepleje, så kan der også være sket en række andre ting i borgerens liv, der gør det mindre eller helt uvæsentligt at betragte, om borgeren er blevet helt selvhjulpne eller ej efter rehabilitering. Det kan eksempelvis være tilfældet, hvis borgeren har oplevet en forværring i sin helbredsituation umiddelbart efter rehabiliteringsforløbets afslutning.

Derfor er rehabiliteringsforløb frasorteret, hvis borgeren er død kort tid efter rehabiliteringsforløbets afslutning, hvis borgeren er flyttet indenfor to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning (det kan fx være tilfældet, hvis borgeren er flyttet i plejebolig), eller hvis borgeren har haft en indlæggelse indenfor to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Dette og øvrige metodiske valg er uddybet i bilag 2: *Metode*, hvor antallet af frasorterede forløb også fremgår.

I metodebilaget er udfordringerne ved at finde et godt mål for borgernes status efter rehabilitering også uddybet. Og i bilaget findes desuden en detaljeret beskrivelse af, hvordan "andel helt selvhjulpne" er defineret og afgrænset mere præcist.

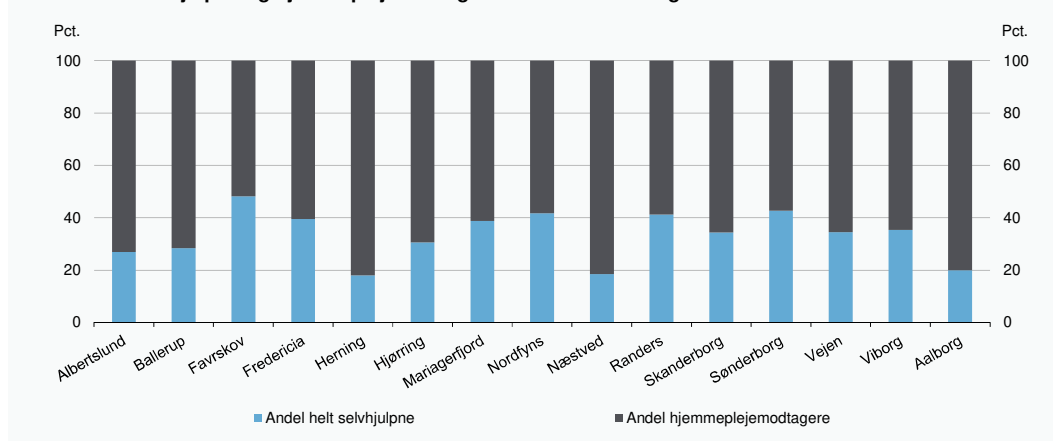
## 8.2 Andel helt selvhjulpne efter rehabilitering

Om borgeren er blevet helt selvhjulpne eller modtager hjemmepleje måles som et punktnedslag to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning.

I figur 8.1 nedenfor er andelen af borgere, der er blevet helt selvhjulpne, og andelen der modtager hjemmepleje efter deres rehabiliteringsforløb, opgjort. I gennemsnit bliver cirka hver tredje helt selvhjulpne, mens to tredjedele modtager hjemmepleje efter deres rehabiliteringsforløb. Figuren viser også, at der er relativt stor forskel på, hvor stor en andel af den enkelte kommunes borgere, der bliver helt selvhjulpne efter rehabilitering.

Figur 8.1

Andel helt selvhjulpne og hjemmeplejemodtagere efter rehabiliteringsforløb



Anm.: Det har ikke været muligt at inkludere alle 17 kommuner i opgørelsen. Det skyldes dels diskretions hensyn og dels manglende hjemmeplejedata. Udredningsforløb indgår ikke i figuren. Det kan potentielt påvirke andelen, der bliver helt selvhjulpne for de kommuner, der arbejder med udredningsforløb.

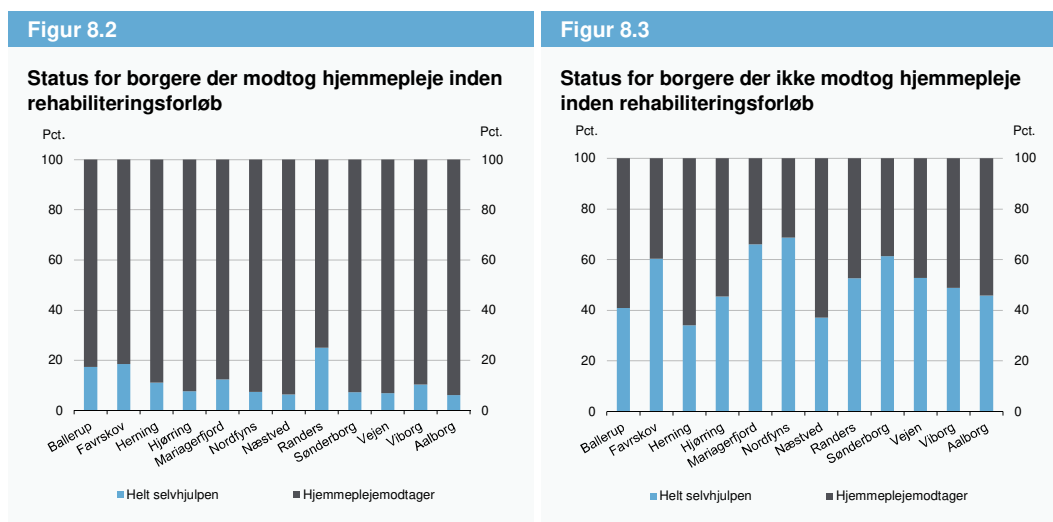
Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forskellene i figur 8.1 kan hænge sammen med forskelle i kvaliteten af kommunernes egen rehabiliteringsindsats, men de kan også være et udtryk for forskelle i den lokale visitationspraksis. Det gælder både i forhold til rehabilitering og hjemmepleje.

Der må forventes at være forskel på den gennemsnitlige funktionsevne mellem borgere, der modtog hjemmepleje før rehabilitering, og borgere, der ikke modtog hjemmepleje før rehabilitering. Derfor er det relevant at skelne mellem disse to grupper, når andelen af borgere, der er blevet helt selvhjulpne efter rehabilitering, opgøres.

Figur 8.2 og figur 8.3 nedenfor viser, at der er en markant større andel af de borgere, der ikke modtog hjemmepleje inden rehabilitering, der bliver helt selvhjulpne efterfølgende, i forhold til borgere der modtog hjemmepleje inden rehabilitering. Meget tyder altså på, at en del borgere bliver "vendt i døren". Denne tendens går på tværs af alle kommunerne. Det kan hænge sammen med, at de borgere, der ikke modtog hjemmepleje før deres rehabiliteringsforløb, har oplevet et pludseligt fald i deres funktionsevneniveau, som det kan være nemmere at genopbygge, sammenlignet med de borgere, hvor funktionsevnetabet har været mere langsomt fremadskridende, og som har modtaget hjemmepleje op til forløbet.

I gennemsnit var ca. 11 procent af de borgere, der modtog hjemmepleje inden rehabilitering helt selvhjulpne efterfølgende, mens lidt over 50 procent af de borgere, der ikke modtog hjemmepleje inden rehabilitering, var helt selvhjulpne efter rehabilitering.



Anm.: Det har ikke været muligt at inkludere alle 17 kommuner i opgørelserne. Det skyldes dels diskretionshensyn og dels manglende hjemmeplejedata.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 8.3 Analyse af individkarakteristika

Det er relevant at undersøge, om nogle af de kommunale forskelle i andelen af borgere, der bliver helt selvhjulpne efter rehabilitering, kan forklares af forskelle i kommunernes socioøkonomiske og demografiske rammevilkår.

Med udgangspunkt i en logistisk regressionsanalyse er der identificeret en række individkarakteristika, der er fundet betydende for sandsynligheden for, om en borger bliver helt selvhjulpne efter rehabilitering, jf. tabel 8.1 nedenfor<sup>16</sup>.

Af tabellen ses det, at kvinder og borgere med en højere indkomst oftere bliver helt selvhjulpne end mænd og borgere med en lavere indkomst. Omvendt har borgere med en høj alder og forskellige former for helbredsmæssige udfordringer (fx diabetes og KOL) mindre sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne, i forhold til borgere med en lavere alder og borgere der ikke har disse forskellige former for helbredsmæssige udfordringer.

Om borgeren modtog hjemmepleje før sit rehabiliteringsforløb har også betydning for sandsynligheden for, om borgeren bliver helt selvhjulpne efter rehabilitering. Det antydes også af figur 8.2 og 8.3 ovenfor. Det er faktisk den variabel, der forklarer mest i modellen. Det kan forklares ved, at det ikke er muligt at kontrollere fuldt ud for borgerens funktionsevne, hvorfor det at have modtaget hjemmepleje før rehabilitering fortsat er en proxy for borgerens funktionsevne.

---

<sup>16</sup> Udover de variable, der er fundet betydende og som fremgår af tabel 8.1, er betydningen af en række andre forklarende variable ligeledes blevet testet herunder antallet af kontakter til praksissektoren. Disse er dog alle udeladt, da de enten ikke er robuste eller har en gennemsnitlig marginal effekt tæt på nul.

**Tabel 8.1**

**Regressionsanalyse af sammenhængen mellem sandsynligheden for at blive helt selvhjulpne og en række specifikke variable**

Variabel	Retning	Fortolkning
Hjemmepleje før rehabiliteringsforløb	-	Borgere, der modtog hjemmepleje før deres rehabiliteringsforløb, har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne i forhold til borgere, der ikke modtog hjemmepleje før deres rehabiliteringsforløb.
Køn (Kvinder ift. mænd)	+	Kvinder bliver oftere helt selvhjulpne end mænd.
Alder	-	Alder har en negativ betydning for sandsynligheden for at blive helt selvhjulpne. Der er en eksponentiel sammenhæng mellem alder og sandsynligheden for at blive helt selvhjulpne. Det er således først, når borgerne er 85 år eller derover, at alder for alvor får betydning for sandsynligheden for at blive helt selvhjulpne.
Enlig	-	Enlige har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne end ikke-enlige.
Indkomst	+	Borgere med en indkomst på over 300.000 kroner årligt bliver oftere helt selvhjulpne i forhold til borgere, der har en indkomst på under 300.000 kroner årligt.
Privat negativ begivenhed	-	Borgere, der for nyligt har oplevet en negativ begivenhed i nærmeste familie, har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne i forhold til borgere, der ikke har oplevet en negativ begivenhed for nyligt.
Bil	+	Borgere, der havde bil året før rehabiliteringsforløbet, bliver oftere helt selvhjulpne end personer uden bil året før. Variablen bil er medtaget, da den anses for at være en proxy for borgerens funktionsevneniveau.
KOL	-	Borgere med KOL har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne end borgere uden KOL.
Demens	-	Borgere med demens har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne end borgere uden demens.
Psykiatrisk diagnose	-	Borgere med en psykiatrisk diagnose har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne, end borgere uden en psykiatrisk diagnose.
Alvorlig sygdom	-	Borgere, der har eller har haft en alvorlig sygdom, har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne, end borgere der ikke har haft en alvorlig sygdom.
Ældre medicinsk patient	-	Ældre medicinske patienter har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne i forhold til borgere, der ikke er defineret som ældre medicinske patienter.
Indlæggelse under rehabiliteringsforløb	-	Borgere, der har en indlæggelse under deres rehabiliteringsforløb, har en lavere sandsynlighed for at blive helt selvhjulpne i forhold til borgere, der ikke har en indlæggelse under deres rehabiliteringsforløb.
Indsatstype - Rehabilitering (Personlig pleje eller uoplyst ift. praktisk hjælp)	-	Borgere der rehabiliteres for praktisk hjælp bliver oftere helt selvhjulpne end borgere, der rehabiliteres for personlig pleje, eller hvor indsatstypen er ukendt.

Anm.: Se bilag 2: *Metode* for en mere detaljeret variabelbeskrivelse samt regressionstabel. Alvorlig sygdom er defineret ud fra Charlsons Comorbidity Index. Dog er KOL og diabetes udeladt, da disse indgår i modellen for sig selv. Ligeledes indgår demens heller ikke i variabelen psykiatrisk diagnose, da den indgår selvstændigt i modellen.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Udover de individkarakteristika der fremgår af tabel 8.1, så peger flere kommuner på, at borgerens egen personlige motivation for at deltage i et rehabiliteringsforløb også har betydning for, om borgeren bliver helt selvhjulpne eller ej. Det er derfor også et parameter, som nogle kommuner arbejder med at påvirke, og som derfor også kan afspejle kommunernes indsats. Det har dog ikke været muligt at tage højde for borgerens motivation i analysen.

Som tidligere beskrevet, så er andelen af borgere, der bliver helt selvhjulpne efter rehabilitering et upræcist mål for kommunernes rehabiliteringsindsats. Samtidigt er målet ikke dækkende for det samlede billede af kommunernes rehabiliteringsindsats. Derfor vurderes det ikke at være hensigts-

mæssigt at udregne, om den enkelte kommune klarer sig bedre eller dårligere end forventet på baggrund af kommunernes rammevilkår i denne analyse. Tanken har i stedet været at undersøge forskellige individkarakteristikas betydning for at blive helt selvhjulpne blandt den samlede gruppe af kommuner i analysen.

Det skal bemærkes, at de præsenterede individkarakteristika ovenfor langt fra forklarer hele variationen mellem kommunerne. Rammevilkår kan altså ikke alene forklare, hvorfor nogle kommuner har en højere andel helt selvhjulpne end andre kommuner.

#### *Betydningen af andre faktorer for borgerens forløb*

Udover de præsenterede individkarakteristika i tabel 8.1, så er betydningen af flere forskellige variable om borgerens forløb undersøgt efter kontrol for individkarakteristika.

Undersøgelsen viser, at jo mere tid man samlet set har modtaget under sit rehabiliteringsforløb, jo større er sandsynligheden for at modtage hjemmepleje efter rehabilitering, og dermed ikke være helt selvhjulpne. Det samme gør sig gældende, hvis borgeren har modtaget hjemmesygepleje eller genoptræning/vedligeholdelsestræning under rehabiliteringsforløbet<sup>17</sup>.

Betydningen af disse tre variable skal formentlig ses som et udtryk for, at de alle giver en indikation af borgerens behov for hjælp, og dermed også bliver et udtryk for borgerens funktionsevne.

Selvom der tages højde for, hvor meget tid borgeren samlet set har modtaget i sit rehabiliteringsforløb, og om borgeren har modtaget hjemmesygepleje eller genoptræning/vedligeholdelsestræning under rehabiliteringsforløbet, er der fortsat en stor del af variationen mellem kommunerne, der ikke er forklaret, i forhold til hvor stor en andel af den enkelte kommunes rehabiliteringsmodtagere der bliver helt selvhjulpne.

## 8.4 Sammenhængsanalyser og fremadrettede analysemuligheder

Udover at undersøge betydningen af de ovenstående faktorer om borgerens forløb, kunne det også have været interessant at undersøge, om der er en sammenhæng mellem de kommuner, hvor en høj andel bliver helt selvhjulpne efter kontrol for individkarakteristika og en række andre variable om kommunernes opgaveløsning vedrørende rehabilitering. Det underbygges ikke mindst af, at rammevilkår langt fra ser ud til at forklare alle forskellene mellem kommunerne.

Det kunne derfor være interessant at undersøge, om der på kommuneniveau er en sammenhæng mellem borgernes status efter rehabiliteringsforløbene, og hvor mange der modtager rehabiliteringsforløb. På samme måde kunne det være interessant at undersøge, om der er en sammenhæng mellem borgernes status efter rehabiliteringsforløbene og kommunernes organisering, politiske fokus, kompetenceudvikling mv. i forhold til rehabilitering.

Disse sammenhængsanalyser er imidlertid fravalgt her af flere årsager. For det første er andelen, der bliver helt selvhjulpne, som nævnt et upræcist mål for kommunernes indsats, og det vil være problematisk at evaluere eksempelvis kommunernes organiseringsmodeller ud fra dette mål alene.

---

<sup>17</sup> Som det fremgår af afsnit 6.1, så er der visse udfordringer med data om hjemmesygepleje og genoptræning / vedligeholdelsestræning. Derfor baserer undersøgelsen af disse to variables betydning for sandsynligheden for at blive helt selvhjulpne sig på en mindre population, end regressionsanalysen præsenteret i tabel 8.1.

For det andet ville sammenhængsanalyserne reelt skulle gennemføres på kommuneniveau, og da der kun indgår 17 kommuner i analysen, er det for spinkelt et grundlag til at udlede mere generelle konklusioner om sammenhænge.

Analysen har haft til formål at bidrage med ny viden om kommunernes rehabiliteringsindsats efter § 83a i serviceloven. Det er gjort gennem en større og omfattende analyse af rehabilitering på tværs af 17 kommuner. Ovennævnte forhold viser dog, at der er flere fokusområder, som det vil være relevant at arbejde videre med fremadrettet for at styrke analysemulighederne yderligere.

For det første er det relevant at tilvejebringe mere detaljerede data og for flere kommuner. Det vil gøre det muligt at lave endnu mere detaljerede analyser for flere kommuner. Det er vurderingen, at mulighederne på datasiden bliver bedre, når alle kommuner har implementeret Fælles Sprog III fuldt ud.

For det andet er det relevant at sætte endnu mere fokus på, om man kan etablere et mere fyldestgørende mål for rehabiliteringsmodtagernes status efter deres rehabiliteringsforløb. Det kan være med til at muliggøre en egentlig benchmarkinganalyse af kommunernes rehabiliteringsindsats, hvor der tages højde for forskelle i rammevilkår.