

Bilag 2: Metode

Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven



Social- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.simb.dk

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

Indhold

1. Udvalgelse af kommuner til dataindsamling.....	3
2. Dataindsamling	5
2.1 Baggrund.....	5
2.2 Dataindsamlingsproces og validering.....	5
2.3 Kvantitative data på individniveau.....	6
2.3.1 Datamodel.....	7
2.3.2 Afgrænsninger.....	8
2.3.3 Udfordringer i forbindelse med dataindsamlingen	9
2.3.4 Opmærksomhedspunkter ved sammenligninger.....	10
2.4 Kvalitative data gennem interviews	12
2.4.1 Kvalitativ datamodel.....	13
3. Registerdata fra Danmarks Statistik.....	19
4. Mål for borgernes status efter rehabiliteringsforløb og regressionsanalyse	22
4.1 Udfordringer ved at etablere mål for borgernes status efter rehabiliteringsforløb	22
4.2 Operationalisering af selvhjulpenhed	23
4.3 Modelspecifikationer.....	27
4.4 Opmærksomhedspunkter ved regressionsanalyse.....	28

1. Udvalgelse af kommuner til dataindsamling

Analysen er baseret på et kvantitativt og kvalitativt datasæt indsamlet i 17 kommuner suppleret med anden registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik. Kommunerne er blevet valgt ud fra en række objektive udvælgelseskriterier om kommunernes ældreområde. Det er gjort for at øge repræsentativiteten af analysens resultater for alle landets kommuner.

Udvælgelseskriterierne tager udgangspunkt i, at deltagerkommunerne skal ligge indenfor "normalområdet" på tre udvalgte nøgletal (se boks 1.1), at deltagerkommunerne skal have en høj dækningsgrad i de relevante registrer på Danmarks Statistik og i videst muligt omfang have implementeret Fælles Sprog III ved udgangen af 2. kvartal 2018.

Boks 1.1

Nøgletalsbaserede udvælgelseskriterier:

- Andel 65+ årige indbyggere i forhold til samlet indbyggertal i 2017
- Socioøkonomisk indeks i 2017.
- Nettodriftsudgifter til pleje og omsorg (5.32.32) og forebyggende indsatser (5.32.33) pr. 67+ årige i 2017

Herudover har det været et hensyn i udvælgelsen, at der blandt deltagerkommunerne er et par større kommuner. Og det er forsøgt at skabe en så jævn geografisk fordeling som muligt. Kriterierne og udvælgelsen af deltagerkommunerne er gennemført af Implement Consulting Group i samarbejde med Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. I tabel 1.1 nedenfor fremgår deltagerkommunerne i analysen, samt deres regionale placering.

Tabel 1.1**Deltagerkommuner i analysen "Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven"**

Deltagerkommune	Region
Albertslund	Region Hovedstaden
Ballerup	Region Hovedstaden
Favrskov	Region Midtjylland
Fredericia	Region Syddanmark
Herning	Region Midtjylland
Hjørring	Region Nordjylland
Jammerbugt	Region Nordjylland
Mariagerfjord	Region Nordjylland
Nordfyns	Region Syddanmark
Næstved	Region Sjælland
Randers	Region Midtjylland
Skanderborg	Region Midtjylland
Sønderborg	Region Syddanmark
Tårnby	Region Hovedstaden
Vejen	Region Syddanmark
Viborg	Region Midtjylland
Aalborg	Region Nordjylland

Det har været frivilligt for kommunerne, om de ville deltage i dataindsamlingen eller ej. Der er blevet sendt invitationer ud til 37 kommuner, hvorfor lidt over halvdelen altså har valgt at takke nej til at deltage i analyseprojektet.

Der kan være mange årsager til, at nogle kommuner har valgt at takke nej til at deltage. Man kan forestille sig, 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 (Læs mere om betydningen af Fælles Sprog III og nye fagsystemer i afsnit 2.3.4).

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 gennemlæsningen af analysen.

Som det fremgår af analysen, er der blandt de deltagende kommuner stor forskel på, hvordan rehabiliteringsopgaven løses. I den forbindelse skal det nævnes, at der er en forholdsvis stor variation i, hvor mange individer der har modtaget et rehabiliteringsforløb på tværs af kommunerne. I nogle kommuner vil resultaterne derfor basere sig på et relativt lille datagrundlag.

I det indsamlede datagrundlag står Aalborg Kommune for en meget stor andel af observationerne. Det fremgår også af tabellerne i bilag 1: *Kommunespecifikke nøgletal*. Derfor er der i selve analysen anvendt uvægtede gennemsnit, hvor hver kommunes resultat vægter lige meget. Det er valgt for at gøre gennemsnittene mere repræsentative for den gennemsnitlige kommune.

2. Dataindsamling

2.1 Baggrund

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 fået rehabilitering i kommunen.

På den baggrund valgte Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed selv at indsamle et bredere dækkende datagrundlag, med flere detaljerede oplysninger om rehabiliteringsindsatsen, direkte fra kommunerne. Implement Consulting Group har på vegne af Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed stået for dataindsamlingen.

Dataindsamlingen har til formål at belyse kommunernes brug af rehabilitering efter servicelovens § 83a både kvantitativt og kvalitativt. Derudover har det været et selvstændigt delmål med dataindsamlingen at samle detaljerede tværkommunale data, der er mulige at sammenligne og kan bruges til at beskrive kommunernes brug af rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Formålet med dataindsamlingen har dermed ikke været at lave et effektstudie af rehabilitering. Det afspejles i det analysedesign, som dataindsamlingen er foretaget med udgangspunkt i.

I dataindsamlingen er der både blevet indsamlet kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data er på individniveau og har til formål at beskrive varigheden af § 83a forløb, intensiteten i form af visiteret tid, hovedformålet med indsatsen samt leverandøren af indsatsen. Derudover gør de kvantitative data på individniveau det muligt at koble de indsamlede data med øvrige individdata fra Danmarks Statistik. Datasættene er indsamlet med udgangspunkt i 2017 blandt de 17 deltagerkommuner. De kvalitative data har til formål at beskrive kommunernes praksis, organisering, politisk fokus med mere i forhold til rehabilitering efter § 83a i serviceloven.

Dataindsamlingen blev igangsat på baggrund af en foranalyse, der blev gennemført i foråret 2018. Foranalysen kan findes på Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenheds hjemmeside www.simb.dk. Foranalysen viste, at det er muligt at gennemføre en valid dataindsamling, der kan belyse området. I foranalysen er der blandt andet fokus på kommunernes implementering af Fælles Sprog III, der også var i gang i 2017, de datamæssige muligheder og begrænsninger, samt organiseringen af rehabiliteringsindsatsen.

2.2 Dataindsamlingsproces og validering

Udgangspunktet for dataindsamlingsprocessen har været at skabe et valideret tværkommunalt sammenligneligt datasæt. Derudover har det været en forudsætning, at dataindsamlingen blev foretaget på et tilstrækkeligt detaljeret niveau, for at data efterfølgende har kunnet bruges til at vise de eventuelle forskelle, der måtte være i fx kommunernes opgaveløsning og prioritering i forhold til rehabilitering. Derfor er dataindsamlingsprocessen blevet gennemført ensartet og stringent på tværs af alle de deltagende kommuner¹.

¹ Store dele af dette kapitel bygger på Implement Consulting Groups dokumentation af dataindsamlingsprocessen.

Selve dataindsamlingsprocessen kan overordnet set beskrives ved følgende fem trin:

- 1) *Datamodeller sendes til kommunen*: En oversigt over de relevante kvantitative datapunkter blev sendt til kommunen, således at kommunen kunne begynde sit dataudtræk. Derudover blev den kvalitative datamodel sendt til kommunen forud for interviews.
- 2) *Halvdagsbesøg i kommunen*: Datamodellerne blev gennemgået og udfyldt af kommunen i samarbejde med Implement Consulting Group ved et halvdagsbesøg. Ved samme besøg blev der også gennemført interviews med udgangspunkt i den kvalitative datamodel.
- 3) *Datavalidering*: Implement Consulting Group validerede det modtagne data ved analyse af nøgletal og fordelinger. Ved uoverensstemmelser tog Implement Consulting Group kontakt til kommunen.
- 4) *Datagodkendelse*: Det validerede data blev sendt tilbage til kommunen, for at de kunne validere og godkende det endelige datagrundlag.
- 5) *Dataoverdragelse*: Da alle deltagende kommuner havde godkendt deres data, blev datagrundlagene overdraget til Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. Individoplysningerne blev helt konkret sendt til Danmarks Statistik, hvor Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed arbejder med data i det lukkede forskningsmiljø.

I designet af dataindsamlingsprocessen er der, udover sammenlignelighed, blevet lagt vægt på validering. Derfor er der i flere af de forskellige trin indbygget en form for validering for at sikre høj datakvalitet i både den kvalitative og kvantitative datamodel. Kommunerne har også selv haft fokus på høj validitet, hvorfor nogle kommuner fx har suppleret valideringen ved opslag i konkrete borgerjournaler for at sikre sig, at de data, der er registreret i deres omsorgssystemer, generelt er valide.

I det følgende beskrives de konkrete datamodeller nærmere.

2.3 Kvantitative data på individniveau

Indsamlingen af kvantitative data på individniveau har til formål at etablere et datasæt, der indeholder sammenlignelige oplysninger om kommunernes faktiske brug af rehabilitering efter § 83a i serviceloven på individniveau.

Som beskrevet ovenfor, så er rehabilitering efter § 83a i serviceloven relativt nyt. Det har haft betydning for omfanget og detaljeringsgraden af det data, som det har været muligt at indsamle. Det er der taget højde for ved udarbejdelsen af den kvantitative datamodel.

Udviklingen af datamodellen er gennemført i et samarbejde mellem Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed og Implement Consulting Group. Derudover er datamodellen blevet afprøvet i to kommuner, inden den blev sendt ud til alle deltagerkommunerne.

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

På den baggrund vurderes datagrundlaget at være sammenligneligt på tværs af kommuner, selvom der for enkelte datapunkter er særlige udfordringer, jf. afsnit 2.3.3 og 2.3.4.

2.3.1 Datamodel

I tabel 2.1 nedenfor fremgår de syv datapunkter, der tilsammen har udgjort den kvantitative datamodel. De syv datapunkter er, i det omfang det har kunnet lade sig gøre for den enkelte kommune, blevet udfyldt for alle afsluttede rehabiliteringsforløb efter § 83a i serviceloven i 2017.

Tabel 2.1

Kvantitativ datamodel

Datapunkt	Beskrivelse
CPR-nummer	Borgerens CPR-nummer
Forløbsnummer	Forløbsnummeret for den pågældende borger i 2017. Forløbene er afgrænset af kommunernes enkeltvise viden om registreringspraksis i forhold til start- og sluttidspunkter for ydelser.
Start og slutdato	Start og slutdato for det pågældende forløb. Det svarer til startdatoen for den første ydelse og slutdatoen for den sidste ydelse, som borgeren modtager i et forløb.
Samlet tid	Det samlede antal minutter borgeren er visiteret til i forløbet.
Personalegruppe	Samlet tid fordelt på personalegrupper (Hjemmepleje eller terapeuter)*
Leverandør	Samlet tid fordelt på hhv. kommunal og privat leverandør
Indsatsstype	Samlet tid fordelt på forløbets hovedformål: Det vil sige enten praktisk hjælp, personlig pleje eller begge dele.

Anm: Der er ikke indhentet data for andre personalegruppers tidsforbrug fx sygeplejersker.
Kilde: Implement Consulting Group

Som supplement til de syv datapunkter i datamodellen indeholder det endelige kvantitative datasæt også en række variable, der uddyber indholdet af de syv datapunkter præsenteret i tabel 2.1 ovenfor. Disse supplerende variable gør det muligt at identificere, hvilke forløb der er sammenlignelige, og hvor det ikke har været muligt at levere oplysningerne for den enkelte kommune. De supplerende variable er beskrevet i tabel 2.2 nedenfor.

Tabel 2.2

Kvantitativ datamodel – supplerende datapunkter

Datapunkt	Beskrivelse
Indsatsstype Ukendt	Indikator for hvorvidt indsatsens hovedformål (praktisk hjælp, personlig pleje eller begge dele) i det pågældende forløb har været ukendt eller ej.
Terapeut samlet tid	Indikator for hvorvidt den samlede tid inkluderer visiteret tid til terapeuter eller ej. I en række kommuner leverer terapeuter rehabilitering efter § 83a i serviceloven, men disse ydelser visiteres der ikke altid tid til.
Estimeret samlet tid	Indikator for hvorvidt den samlede tid er estimeret kvalitativt. Det gælder for udredningsforløb, der ikke er visiteret tid til. Den kvalitative estimering er foretaget af den eller de fagpersoner, der har ansvaret for disse forløb.
Udredningsforløb	Indikator for hvorvidt forløbet er helt, delvist eller slet ikke et udredningsforløb.
Udredningsforløb tid	Det samlede antal minutter, der er visiteret til udredningsforløb.
Nultidsydelse	Indikator for hvorvidt en eller flere af de underliggende ydelser har været en multidsydelse. Det vil sige, at der er leveret en ydelse, men det er ikke kendt, hvor længe denne ydelse har varet.

Kilde: Implement Consulting Group

2.3.2 Afgrænsninger

Ved dataindsamlingen er der truffet en række valg og afgrænsninger, som har betydning for, hvordan det endelige kvantitative datagrundlag ser ud. I det følgende beskrives disse afgrænsninger og valg nærmere.

Afgrænsning af rehabilitering efter § 83a i serviceloven

I kommunerne arbejder man rehabiliterende på mange forskellige måder og på forskellige områder. I denne analyse er der alene fokus på rehabilitering efter § 83a i serviceloven, og det kommunerne har valgt at registrere som § 83a forløb. Dette fokus gør, at der ud fra lovgivningen er en naturlig afgrænsning af, hvad rehabilitering i denne analyse er.

Afgrænsningen har den klare fordel, at kommunerne selv i langt højere grad kan genkende deres egne tal og resultater. Og det giver en større indsigt i den enkelte kommunes faktiske opgaveløsning. Det skal nævnes, at der er sket en vis tilpasning af kommunernes eget data, for at det har kunnet passe ind i den generiske datamodel. Tilpasningerne er foretaget i samarbejde med kommunerne selv og er godkendt af dem.

Afgrænsninger i tid

Dataindsamlingen er afgrænset til kun at indeholde forløb, der blev afsluttet i 2017. Dermed indgår rehabiliteringsforløb, der blev startet op i 2016 og afsluttet i 2017 også i datagrundlaget. I princippet kunne datasættet også indeholde forløb startet op før 2016 og afsluttet i 2017. Så lange forløb har ingen af kommunerne dog haft. Rehabiliteringsforløb, der blev startet op i 2017 og afsluttet i 2018, indgår omvendt ikke i datagrundlaget.

Afgrænsningen er valgt for, at der for alle rehabiliteringsforløb i datagrundlaget indgår et starttidspunkt og et sluttidspunkt².

Rehabiliteringsforløbene er, jf. nedenfor, blevet konstrueret på baggrund af underliggende ydelser og deres start- og sluttidspunkt. Et forløb består derfor af mindst én ydelse, men kan også være dannet på baggrund af flere ydelser. Der er derfor tilfælde, hvor et forløb starter i 2016 og slutter i 2017 og består af flere underliggende ydelser. I dette tilfælde er alle ydelser medtaget, selvom enkelte ydelser starter og slutter i 2016, så længe at mindst én af ydelserne går ind i 2017.

Særligt fokus på afgrænsningen af forløb

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/pakker afgrænset ved et start- og et sluttidspunkt. Ved at arbejde med forløb fremfor ydelser og pakker øges sammenligneligheden på tværs af kommuner, idet det er en fælles detaljeringsgrad. Hvis man eksempelvis sammenlignede ydelser i én kommune med pakker i en anden kommune, vil det fremstå som en ikke meningsfyldt sammenligning. På samme måde kan ydelser og pakker være indholdsmæssigt grupperet forskelligt på tværs af kommuner, hvilket også vil give en lav grad af sammenlignelighed.

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 efter dialog med kommunen, der fx har fastsat start- og slutdatoen for alle deres egne forløb. Der kan være

² Dataindsamlingen startede i 2. halvår 2018 og blev afsluttet i 1. kvartal 2019.

forskel på tværs af kommuner i, hvornår et forløb anses for at være afsluttet. Det handler dels om, hvordan man rent systemteknisk registrerer data i den enkelte kommune, og dels handler det om, hvordan man har indrettet rehabiliteringsindsatsen.

Borgerne kan godt have to forskellige rehabiliteringsforløb, der ligger kort tid efter hinanden. Det kan eksempelvis være en konsekvens af, at borgeren har været indlagt på et sygehus.

Alder

Rehabilitering efter § 83a i serviceloven kan ligesom hjemmepleje gives til alle aldersgrupper. Der har derfor ikke været en afgrænsning af alder i forbindelse med dataindsamlingen. Som det fremgår af hovedrapporten, så fokuserer analysen dog alene på gruppen af ældre borgere på 65 år eller derover.

Ved at afgrænse analysen til ældre borgere på 65 år eller derover bliver det muligt at analysere en mere homogen gruppe af borgere, hvilket eksempelvis er en fordel i forbindelse med den gennemførte regressionsanalyse.

Visiteret tid

I datamodellen efterspørges alene visiteret tid, selvom visiteret tid ikke altid er et udtryk for den præcise mængde hjælp borgerne faktisk har modtaget. Men visiteret tid er et ensartet mål på tværs af kommuner, som opgøres og generelt set registreres³. Dette er ikke altid tilfældet for den faktiske leverede tid. Derfor vurderes visiteret tid her at være mere sammenligneligt på tværs af kommuner end leveret tid.

2.3.3 Udfordringer i forbindelse med dataindsamlingen

Det indsamlede kvantitative datagrundlag består af ca. 12.000 observationer på individniveau. For alle observationer er der indsamlet oplysninger om borgerens cpr-nummer (pseudonymiseret), forløbsnummer, start- og sluttidspunkt, visiteret tid og leverandør. I nogle kommuner har det ikke været muligt at udfylde datapunkterne vedrørende personalegrupper og indsatsstype. I det følgende uddybes de datamæssige udfordringer, der kan forklare, hvorfor det ikke har været muligt for alle kommuner at videregive disse oplysninger.

Personalegrupper

Det er typisk enten hjemmeplejen, terapeuter fra træningsområdet eller en selvstændig rehabiliteringsenhed, der står for den faktiske udførsel af rehabilitering. Hjemmeplejen bruger ofte social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, mens træningsområdet eller selvstændige rehabiliteringsenheder i højere grad bruger fysioterapeuter og ergoterapeuter. Afhængigt af den enkelte kommunes organisering og praksis kan der visiteres tid til terapeuter separat fra hjemmeplejen.

På træningsområdet er det som oftest tilfældet, at terapeuterne har en fast økonomisk ramme, hvorfor der slet ikke visiteres tid direkte til de enkelte rehabiliteringsforløb. I de tilfælde hvor terapeuterne er integreret i en eller flere hjemmeplejegrupper, findes der heller ikke nødvendigvis opgørelser for den visiterede tid fordelt på personalegrupper. Det er de primære årsager til, at flere kommuner ikke har kunnet levere visiteret tid fordelt på personalegrupper.

³ Visiteret tid registreres i hjemmeplejen, men hvis rehabilitering fx leveres af terapeuter, registreres tid ikke altid. Læs mere om dette opmærksomhedspunkt i afsnit 2.3.4. Problematikken gælder både for leveret tid og visiteret tid.

I stedet har flere af kommunerne givet et estimat på, hvad tidsforbruget i gennemsnit er pr. rehabiliteringsforløb for terapeuterne. Disse er dog ikke anvendt ved tværkommunale sammenligninger af tid i analysen.

Indsatstype

Der eksisterer ikke viden om indsatsens hovedformål for alle kommuner. Det skyldes blandt andet, at alle kommuner ikke havde taget Fælles Sprog III i brug i 2017. I Fælles Sprog III er der defineret en række ydelser, der enten knytter sig til personlig pleje eller praktisk hjælp. Ved visitation af en borger, til rehabilitering efter § 83a i serviceloven, er hovedformålet med ydelsen derfor givet i Fælles Sprog III og oplysningen tilgængelig.

Hvis kommunen leverer sine ydelser i pakker, er der ikke nødvendigvis en klar sammenhæng med én enkelt ydelses hovedformål. Det har også medført, at nogle kommuner ikke har kunnet levere oplysninger om indsattypen.

2.3.4 Opmærksomhedspunkter ved sammenligninger

Som beskrevet ovenfor, så er data på rehabiliteringsområdet relativt umodent. Det gør, at der er en række punkter, som man bør være opmærksom på ved sammenligninger på tværs af kommunerne på baggrund af det indsamlede datagrundlag. Opmærksomhedspunkterne beskrives i dette afsnit.

Implementering af Fælles Sprog III og nye fagsystemer

Kommunerne har 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 problematisk, da det kan medføre databrud og påvirke sammenligneligheden over tid. Seks ud af de sytten kommuner, der har deltaget i dataindsamlingen, skiftede fagsystem i løbet af 2017.

Fire kommuner svarede i forbindelse med de gennemførte interviews, at overgangen kan have betydning for deres data generelt i 2017. Det er der taget højde for i forbindelse med selve dataindsamlingen blandt andet gennem dialog med den enkelte kommune om løsningsmodeller. Eksempelvis er data fra nogle af disse kommuner hentet fra flere forskellige systemer.

Gråzoner til andre paragraffer

Rehabilitering efter § 83a i serviceloven er tæt knyttet til hjemmepleje. Samtidigt kan der være et vist overlap til andre paragraffer fx vedligeholdelses-/genoptræning efter § 86 i serviceloven. Det kan have betydning for fx antallet af rehabiliteringsforløb på tværs af kommuner, hvis deltagerkommunerne ikke fortolker skellet mellem rehabilitering og andre paragraffer ens. Om det er tilfældet, og i hvilket omfang, har ikke været muligt at afdække eller sigtet med denne analyse. Som tidligere nævnt, er der taget udgangspunkt i de borgere, som kommunen selv har visiteret til § 83a i serviceloven.

Det er dog i sig selv ikke noget problem, hvis en borger modtager andre former for træning samtidig med rehabilitering efter § 83a i serviceloven, da rehabiliteringsindsatsen skal være helhedsorienteret og tværfaglig.

I forbindelse med de gennemførte interviews blev der spurgt ind til, om kommunerne oplever gråzoner mellem rehabilitering efter § 83a i serviceloven og andre paragraffer. Resultaterne heraf fremgår i hovedrapportens kapitel 4.

Særligt om udredningsforløb

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

Da udredningsforløb har en anden karakter end "normale" rehabiliteringsforløb, er der i det meste af hovedrapporten set bort fra disse. Det skal dog nævnes, at udredningsforløbene kan have betydning for antallet af "normale" rehabiliteringsforløb set i forhold til kommuner uden udredningsforløb. Det kan også have betydning for, andelen af borgere der bliver helt selvhjulpne efter deres rehabiliteringsforløb. Der er dog ikke umiddelbart en systematik i, hvilke kommuner der har udredningsforløb, og hvilke kommuner der har mange eller få "normale" rehabiliteringsforløb eller en høj eller lav andel der bliver helt selvhjulpne. Det taler for, at det ikke påvirker sammenligneligheden væsentligt på tværs af kommuner, når der ses bort fra udredningsforløb i analysen.

Midlertidige pladser

I enkelte tilfælde kan rehabilitering efter § 83a i serviceloven også gives uden for borgerens hjem på en form for midlertidig plads, der ofte er knyttet til kommunens træningsområde. Hvis borgeren modtager rehabilitering på en midlertidig plads efter § 83a i serviceloven, så er det ofte fordi, at borgeren samtidigt modtager en anden form for genoptræning, der eksempelvis kan gives efter § 86 i serviceloven. Det er dermed ikke nødvendigvis behovet for rehabilitering efter § 83a i serviceloven, der er årsagen til, at borgeren visiteres til en midlertidig plads. Men her kan de altså også samtidigt få rehabilitering efter § 83a i serviceloven.

Omfanget af borgere, der modtager rehabilitering efter § 83a i serviceloven på en midlertidig plads, vurderes at være begrænset set i forhold til at antallet af borgere, der modtager rehabilitering efter § 83a i serviceloven i eget hjem. Opmærksomhedspunktet vurderes derfor ikke at have afgørende betydning for sammenligneligheden på tværs af kommuner.

Visiteret tid

Den gennemsnitlige visiterede tid til et rehabiliteringsforløb efter § 83a i serviceloven påvirkes af en lang række forskellige faktorer, der kan forklare variationen i visiteret tid på tværs af kommuner fx socioøkonomi, demografi og serviceniveau.

Dataindsamlingen har også vist, at der er forskel på, hvad der inkluderes i opgørelsen af visiteret tid til rehabilitering efter § 83a i serviceloven. Enkelte kommuner bruger en model, hvor den samlede tid også inkluderer traditionel hjemmepleje efter § 83 i serviceloven, fx fordi rehabilitering efter § 83a i serviceloven visiteres som en tillægssydelse til § 83 i serviceloven.

Når visiteret tid til hjemmepleje blandes sammen med visiteret tid til rehabilitering, vil den visiterede tid til rehabilitering blive overvurderet. Det kan have betydning for sammenligneligheden.

Der er flere kommuner, hvor terapeuter står for en del af rehabiliteringsforløbene, men hvor der ikke visiteres tid direkte til deres indsats, da de er rammestyrret, jf. ovenfor. Hvis både terapeuter og hjemmeplejen har stået for en del af den visiterede tid i et rehabiliteringsforløb, og det ikke er muligt at opgøre terapeuternes tidsforbrug, så vil den samlede tid, som indgår i det indsamlede datagrundlag være lavere, end den faktiske visiterede tid. Det kan også påvirke sammenligneligheden på tværs af kommuner, da man vil undervurdere nogle kommuners tidsforbrug.

De to ovennævnte udfordringer gør, at flere af deltagerkommunerne ikke indgår i de sammenligninger af tid, der findes i hovedrapporten.

Opsummering

På trods af ovenstående opmærksomhedspunkter, så vurderes det indsamlede datagrundlag overordnet set at være sammenligneligt på tværs af kommuner. Det skyldes, at der i dataindsamlingsprocessen generelt har været fokus på at gennemføre en ensartet og stringent proces for at sikre sammenligneligheden på tværs af kommuner.

Samtidigt har de deltagende kommuner alle godkendt deres eget data, efter at dette er blevet valideret og eventuelt tilpasset den tværgående datamodel. De steder, hvor der alligevel vurderes at være visse udfordringer med sammenligneligheden på tværs af de deltagende kommuner, er der taget højde for dette i selve analysedesignet. Det er fx sket ved at udelade enkelte kommuner fra delanalyser, eller løst via dialog med den enkelte kommune om problemstillingen.

Flere af de opmærksomhedspunkter, der er nævnt her, forventes at få mindre betydning fremadrettet, når kommunerne eksempelvis alle har implementeret Fælles Sprog III og deres nye fagsystemer fuldt ud. Det vil øge datakvaliteten og ikke mindst analysemulighederne på området på tværs af kommuner.

2.4 Kvalitative data gennem interviews

Det kvalitative datasæt er baseret på interviews med udvalgte relevante medarbejdere og ledere i alle 17 kommuner. Det kvalitative datasæt har til formål at gøre det muligt, at beskrive kommunernes praksis, organisering, politisk fokus med mere i forhold til rehabilitering efter § 83a i serviceloven.

For at kunne koble oplysningerne fra de gennemførte interviews med de kvantitative data på individniveau, er den kvalitative dataindsamling foretaget med en høj grad af struktur i form af spørgsmål med afgrænsede svarmuligheder. Derfor er det begrænset, hvad der er indsamlet i prosa og mere beskrivende form. Fordelen ved denne tilgang er, at man kan bruge de kvalitative data til at forklare forskelle i de kvantitative data og til dels omvendt. Samtidigt er det nemmere at kvantificere de valg, som kommunerne har gjort om organisering, kompetenceudvikling mv. Ulempen er, at det ikke altid er muligt at få alle nuancer med.

Kommunerne er blevet bedt om, at deres svar skal tage udgangspunkt i, hvordan tingene så ud i 2017. Det sikrer, at der er en sammenhæng mellem den kvantitative og kvalitative del af det indsamlede datasæt.

Udviklingen af den kvalitative datamodel er udarbejdet i et samarbejde mellem Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed og Implement Consulting Group. Derudover er datamodellen blevet afprøvet i to kommuner. De to kommuner har også deltaget i en workshop. Formålet med workshoppen var at definere temaer og de underliggende spørgsmål og svarmuligheder i den kvalitative datamodel.

De gennemførte interviews er blevet afholdt som fokusgruppeinterviews med relevante aktører i den enkelte kommune. Hvem der er "de relevante ledere og medarbejdere" i den enkelte kommune har varieret. Det skyldes for det første, at kommunerne har organiseret sig forskelligt, og for det andet at der er taget højde for de konkrete medarbejders erfaring med området.

Det er vigtigt her at understrege, at det er kommunerne selv, der har udvalgt, hvem de anser for at være de relevante ledere og medarbejdere. Det har kommunerne gjort ud fra den kvalitative datamodel, som kommunerne har fået tilsendt forud for de gennemførte interviews. På den baggrund vurderes det ikke at have væsentlig betydning for kommunernes besvarelser, at der ikke har været præcis den samme medarbejder- og ledersammensætning tilstede på tværs af kommunerne. Det underbygges også af, at kommunerne har haft mulighed for at vende den kvalitative datamodel på forhånd blandt en bredere gruppe af medarbejdere og ledere.

Som det fremgår af tabel 2.3 nedenfor, har der ved alle interviews dog været en økonomi- og udviklingskonsulent samt en leder for myndighedsfunktionen med.

Tabel 2.3

Øversigt over deltagere i fokusgruppeinterviews

Kommune	Ledere			Medarbejdere		
	Myndighed	Træning	Hjemmepleje	Myndighed	Træning	Økonomi- og udviklingskonsulent
Albertslund	X					X
Ballerup	X	X		X		X
Favrskov	X	X				X
Fredericia	X	X		X		X
Herning	X	X				X
Hjørring	X		X	X	X	X
Jammerbugt	X				X	X
Mariagerfjord	X		X	X		X
Nordfyns	X	X				X
Næstved	X	X		X	X	X
Randers	X					X
Skanderborg	X	X				X
Sønderborg	X					X
Tårnby	X					X
Vejen	X	X	X			X
Viborg	X			X		X
Aalborg	X			X		X

Anm.: Et X kan godt dække over flere forskellige medarbejdere.
 Kilde: Implement Consulting Group

2.4.1 Kvalitativ datamodel

Den kvalitative datamodel indeholder følgende temaer:

- Formål, vision og politisk tilgang
- Målgrupper

- Organisering
- Leverandører
- Overlap mellem paragraffer
- Kompetenceudvikling
- Opfølgning og styring

I de følgende tabeller fremgår de konkrete spørgsmål og svarmuligheder under hvert tema. Udover svarmulighederne har det også været muligt for kommunerne at komme med bemærkninger til deres svar. Bemærkningerne er også anvendt i analysen og bruges ofte som eksempler, der uddyber de mere generiske svar. Som beskrevet ovenfor, så har hovedvægten i de gennemførte interviews dog ikke været på prosa-besvarelser.

Tabel 2.4

Tema: Formål, vision og politisk tilgang

Spørgsmål	Svarmulighed
Oplever I et særligt politisk fokus på rehabilitering ift. øvrige ydelser i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Oplever I et særligt politisk fokus på § 83a ift. øvrige ydelser i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Er der formuleret en konkret politik for § 83a, eller er § 83a specifikt nævnt i forbindelse med øvrige politikker på området?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Er der defineret nogle konkrete mål i forbindelse med § 83a?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nej • Delvist
Hvis ja, hvilke typer af mål er defineret?	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske mål • Borgerrettede mål • Organisatoriske mål • Andre mål
Er der antagelser om, at de strategiske/politiske mål forbundet med § 83a vil have en budgetvirkning?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, der er forventning til rehabiliteringens effekt indarbejdet i budgettet • Nej • Delvist
Er der en prioritering i forhold til visse borgergrupper, der tilbydes § 83a forløb? Er der nogle, der ikke prioriteres eller ikke tilbydes et § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen borgere sorteres fra (alle kan modtage § 83a) • Kun borgere der fagligt vurderes til ikke at opleve en gavnlig effekt af et § 83a forløb • Kun borgere over en vis aldersgrænse • Kun terminale borgere • Kun demente borgere
Kan borgeren takke nej til et § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, der visiteres derefter på baggrund af foreliggende viden • Ja, der arbejdes derefter med motivationen af borger til rehabilitering ifm. § 83 støtte • Nej

Kilde: Implement Consulting Group

Tabel 2.5

Tema: Målgrupper

Spørgsmål	Svarmulighed
Er der en klar målgruppeafgrænsning for § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Er der en formuleret en prioritering mellem nye og kendte borgere i forbindelse med igangsætningen af § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Hvis ja, hvem er jeres primære målgruppe?	<ul style="list-style-type: none"> • Nye borgere modtager fortrinsvis § 83a forløb • Kendte borgere modtager fortrinsvis § 83a forløb • Begge grupper er i målgruppen for § 83a forløb
Hvis ja, på hvilket niveau har denne prioritering fundet sted?	<ul style="list-style-type: none"> • Politisk • Ledelsesmæssigt/ administrativt (på tværs af visitationen og udførelsen) • Visitationen

Kilde: Implement Consulting Group

Tabel 2.6

Tema: Organisering

Spørgsmål	Svarmulighed
Hvilken version af FS blev anvendt i kommunen i 2017?	<ul style="list-style-type: none"> • Fælles Sprog II • Fælles Sprog III • Både og idet vi har skiftet omsorgssystem og version af FS i løbet af 2017
Har det betydning for datatrækket for 2017?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Hvem bevilger et § 83a forløb i jeres kommune?	<ul style="list-style-type: none"> • Visitationen • Udførerdelen – hjemmeplejen • Udførerdelen – hjemmeplejen i samarbejde med andre • Udførerdelen – rehabiliteringsteam • Udførerdelen – træningsområdet
Hvor mange timer bruges gennemsnitligt på udredning og bevilling i forbindelse med et konkret § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre end 1 time • 1-2 timer • 3-4 timer • 4+ timer
Indgår der andre personalegrupper end visitationen i ovenstående estimat på tid?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis ja, anfør hvilke
Hvor konkret er bevillingen formuleret? (sammenhængende med spørgsmålet ovenfor angående bevillingskompetencen)	<ul style="list-style-type: none"> • Der visiteres tid og angives overordnet formål med § 83a forløbet i bevillingen • Der visiteres tid, angives overordnet formål med § 83a forløbet i bevillingen og defineres indhold i udførerdelen
Hvor er udførerdelen af § 83a forløb organisatorisk placeret?	<ul style="list-style-type: none"> • Hjemmeplejen • Visitationen • Træningsområdet • Selvstændig rehabiliteringsenhed, herunder både afgrænsede enheder og matrix-organiseringer
Hvis placeret i hjemmepleje, hvordan er opgaven organiseret i hjemmeplejen?	<ul style="list-style-type: none"> • Dedikeret gruppe til § 83a forløb • Integreret i hjemmeplejegrupperne sammen med øvrige opgavetyper (personlig pleje og praktisk hjælp)
Hvilke medarbejdergruppe(r) er typisk ansvarlige for den faglige del af udførerdelen af § 83a indsatserne/supervisor?	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke formelt defineret • Fysioterapeuter • Ergoterapeuter • SOSU-assistent • SOSU-hjælpere • Sygeplejersker • Pædagoger • Øvrige
Hvilke medarbejdergrupper er typisk ansvarlige for den faktiske udførsel af udførerdelen af § 83a indsatserne?	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke formelt defineret • Fysioterapeuter • Ergoterapeuter • SOSU-assistent • SOSU-hjælpere • Sygeplejersker • Pædagoger • Øvrige

Kilde: Implement Consulting Group

Tabel 2.7

Tema: Leverandører

Spørgsmål	Svarmulighed
Hvad er jeres tanker om mulige og kommende leverandører af § 83a forløb? - ved årsskiftet	<ul style="list-style-type: none"> • Vi har en kommunal leverandør og fortsætter med denne konstruktion • Vi har en kommunal leverandør og vil gerne have øvrige (private) leverandører • Vi har både kommunal og private leverandører til § 83a forløb og fortsætter med denne konstruktion • Vi har både kommunale og private leverandører men arbejder hen mod kun at have en kommunal leverandør • Vi vil gerne afprøve offentlig-privat samarbejde på dette område
Hvad er jeres tanker om mulige og kommende leverandører af § 83a forløb? - i dag	<ul style="list-style-type: none"> • Vi har en kommunal leverandør og fortsætter med denne konstruktion • Vi har en kommunal leverandør og vil gerne have øvrige (private) leverandører • Vi har både kommunal og private leverandører til § 83a forløb og fortsætter med denne konstruktion • Vi har både kommunale og private leverandører men arbejder hen mod kun at have en kommunal leverandør • Vi vil gerne afprøve offentlig-privat samarbejde på dette område
Er der nogle barrierer for anvendelsen af private leverandører til levering af § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Hvis ja, konkretiser hvilke barrierer	<ul style="list-style-type: none"> • Generel kvalitet i opgaveløsningen • Manglende incitamenter til at arbejde rehabiliterende • Manglende tilbud/leverandørmuligheder • Medarbejdersammensætning (f.eks. manglende terapeuter) • Risiko for konkurs • Samarbejdsmuligheder mellem kommune og leverandør(er)

Kilde: Implement Consulting Group

Tabel 2.8

Tema: Overlap mellem paragraffer

Spørgsmål	Svarmulighed
Opleves der gråzoner mellem § 83a og § 83?	<ul style="list-style-type: none"> • I forhold til myndigheden (ja/nej) • I forhold til udførelsen (ja/nej)
Opleves der gråzoner mellem § 83a og § 86?	<ul style="list-style-type: none"> • I forhold til myndigheden (ja/nej) • I forhold til udførelsen (ja/nej)
Opleves der gråzoner mellem § 83a og SUL § 140?	<ul style="list-style-type: none"> • I forhold til myndigheden (ja/nej) • I forhold til udførelsen (ja/nej)
Hvis ja, hvilke typer gråzoner opleves i forhold til § 83, § 86 og/eller SUL § 140?	

Kilde: Implement Consulting Group

Tabel 2.9

Tema: Kompetenceudvikling

Spørgsmål	Svarmulighed
Har der været målrettet kompetenceudvikling i forhold til § 83a forløb?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Hvad har karakteren af kompetenceudviklingen været?	<ul style="list-style-type: none"> • Træning/coaching i hverdagssituationer • Workshop med eksterne oplæg eller kortere introduktioner til ny praksis • Uddannelse/kursus med egentlige kompetenceudviklingsforløb og evt. afsluttende diplom • Andet
Hos hvilke medarbejdergrupper har denne kompetenceudvikling fundet sted?	<ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapeuter • Ergoterapeuter • SOSU-assistenten • SOSU-hjælpere • Sygeplejersker • Pædagoger • Øvrige

Kilde: Implement Consulting Group

Tabel 2.10

Tema: Opfølgning og styring

Spørgsmål	Svarmulighed
<p>Eksisterer det?</p> <p>Anvendes det ledelsesmæssigt og/eller systematisk?</p> <p>Anvendes det politisk?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Borgers resultat af forløb (ja/nej) • Før og efter mål (progression af borger) (ja/nej) • Udgifter til forløb (ja/nej) • Varighed af forløb (ja/nej) • Sagsbehandlingstid ifbm. bevilling af §83a (ja/nej) • Visiteret tid (ja/nej) • Borgertilfredshed (ja/nej) • Øvrige (ja/nej)
Hvor ofte følges der op på det? (Månedligt/kvartalvis/halvårligt/årligt/aldrig)	<ul style="list-style-type: none"> • Borgers resultat af forløb • Før og efter mål (progression af borger) • Udgifter til forløb • Varighed af forløb • Sagsbehandlingstid ifbm. bevilling af § 83a • Visiteret tid • Borgertilfredshed • Øvrige
Udgør mangel på data (f.eks. ovenstående datapunkter) en forhindring for opfølgning på leverance og eventuelle strategiske/politiske mål forbundet med § 83a?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej
Bliver der løbende fulgt op på eventuelle strategiske/politiske mål forbundet med § 83a?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/nej

Kilde: Implement Consulting Group

3. Registerdata fra Danmarks Statistik

Datagrundlaget, som Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har indsamlet, er blevet suppleret med registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik. Koblingen gør det på en række områder muligt 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.

Det indsamlede datagrundlag dækker over rehabiliteringsforløb afsluttet i 2017. For at kunne se, hvad der er gået forud for og sket efter de enkelte rehabiliteringsforløb er data fra Danmarks Statistik hentet for flere år.

I nedenstående tabel 3.1 ses de anvendte variable fra Danmarks Statistik, samt den tilhørende datakilde.

Tabel 3.1	
Anvendte variable fra Danmarks Statistik	
Variabel	Kilde
Køn	BEF
Alder	BEF
Enlig	BEF
Indkomst	IND
Privat negativ begivenhed	BEF, DOD
Bil	DMRB
KOL	LPR_ADM, LPR_DIAG
Demens	LPR_ADM, LPR_DIAG
Psykiatrisk diagnose	PSYK_ADM, PSYK_DIAG
Alvorlig sygdom	DRGSAMB, DRGSHEL
Ældre medicinske patient	DRGSHEL
Indlæggelse	LPR_ADM
Hjemmepleje	AEFV
Hjemmesygepleje	AEHJSP
Genoptræning/vedligeholdelsestræning	AETR
Kontakter til praksissektoren	SSR (Dette datasæt er fra Sundhedsdatastyrelsen)
Død	DOD
Flyttet	FLYT

Enkelte af de ovenstående variable giver ikke nødvendigvis et indtryk af, hvad de reelt dækker over. Derfor gennemgås udvalgte variable fra tabel 3.1 i det følgende:

- Privat negativ begivenhed indikerer om borgeren i den undersøgte periode har oplevet et dødsfald i nærmeste familie eller egen skilsmisse.
- Alvorlig sygdom indikerer om borgeren selv har været ramt af alvorlig sygdom i perioden op til 2017. Variablen er baseret på Charlsons Comorbidity Index. Dog er KOL og diabetes udeladt, da der i stedet er etableret en selvstændig indikator for disse to variable.

- Psykiatrisk diagnose indikerer, om borgeren indenfor de seneste 5 år har haft mindst én kontakt på et psykiatrisk sygehus, og har fået registreret en psykiatrisk diagnose. Demens indgår ikke i variabelen, da denne i stedet er etableret som en selvstændig indikator.
- Kontakter til praksissektoren dækker fysiske kontakter til almen praksis, vagtlægen, speciallæger og øvrig praksis.

Særligt om udvalgte sundhedsindikatorer

Ældre medicinske patienter

Ældre medicinske patienter i 2017 er defineret som personer på 65 år eller derover, som i 2016 har haft minimum én indlæggelse på en medicinsk afdeling. Medicinske afdelinger er afdelinger med speciale 1-20 eksklusiv 15. Indlæggelser hvor aktionsdiagnosen er kræft (diagnosekoderne DC*), eller hvor sygehusindlæggelsen har fundet sted på onkologisk afdeling, er sorteret fra.

Operationaliseringen af hvorvidt en person er ældre medicinsk patient bygger på operationaliseringen benyttet af Sundhedsdatastyrelsen i "Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje".

Demens, diabetes og KOL

Operationaliseringen af demens, diabetes og Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) lægger sig op af afgrænsningen i Sundhedsdatastyrelsens "Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme" (RUKS). Afgrænsningen er baseret på diagnosekoder i LPR.

I RUKS er der derudover også inklusionskriterier baseret på udvalgte ATC-koder (medicin) i Lægemeddelstatistikregistret. Det har ikke været muligt at inkludere de borgere, der alene modtager medicin for demens, diabetes eller KOL, da Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed ikke har adgang til Lægemeddelstatistikregistret. Det gør, at den afgrænsning, det har været mulig at lave, alene formodes at fange de tungeste borgere med demens, diabetes og KOL.

Personer med demens er defineret som personer, der indenfor de sidste 10 år har fået registreret én af følgende diagnoser DF00* (Demens ved Alzheimers sygdom), DF01* (Vaskulær demens), DF02* (Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds) og DF03* (Ikke specificeret demens) som aktions- eller bidiagnose i Landspatientregistret. Personer, der udelukkende har kontakter med DF039* (demens uden nærmere specifikation) som aktions- eller bidiagnose, er ikke en del af afgrænsningen.

Personer ramt af diabetes er defineret som personer, der indenfor de sidste 10 år har fået registreret én af følgende diagnoser DE10* (Type 1-diabetes) og DE11* (Type 2-diabetes) som aktions- eller bidiagnose i Landspatientregistret.

Personer ramt af KOL er defineret som personer, der indenfor de sidste 10 år har fået registreret én af følgende diagnoser DJ44* (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) som aktions- eller bidiagnose i Landspatientregistret. Personer, der også har kontakter med DE84* (Cystisk fibrose) som aktions- eller bidiagnose, er ikke en del af populationen.

Indlæggelser

En indlæggelse er defineret som tidsmæssigt sammenhængende ophold på ét eller flere sygehuse af mindst 12 timers varighed. Tidsmæssigt sammenhængende ophold er defineret ved, at der mak-

simult er fire timer imellem udskrivning og indskrivning. Indlæggelsesforløbene kan både bestå af ophold registreret i Landspatientregistret som indlæggelser og ophold registreret som akutte ambulante besøg. Afgrænsningen er identisk med den nye afgrænsning af indlæggelser af Sundhedsdatastyrelsen.

4. Mål for borgernes status efter rehabiliteringsforløb og regressionsanalyse

I dette kapitel præsenteres de udfordringer, der har været ved at etablere et godt mål for resultatet af kommunernes rehabiliteringsindsats. Og hvordan et simplificeret mål på trods af udfordringerne er operationaliseret. Derudover vises modelspecifikationerne for den gennemførte regressionsanalyse samt de opmærksomhedspunkter, man skal holde sig for øje ved tolkningen af resultaterne.

4.1 Udfordringer ved at etablere mål for borgernes status efter rehabiliteringsforløb

Når en borger visiteres til rehabilitering efter § 83a i serviceloven, sker det efter en forudgående vurdering af, at rehabiliteringsforløbet kan forbedre borgerens funktionsevne og nedsætte behovet for hjælp efter § 83 stk. 1 i serviceloven.

På den baggrund er det oplagt at forsøge at opgøre resultatet af de enkelte rehabiliteringsforløb. For at kunne måle resultatet af borgernes rehabiliteringsforløb, er det nødvendigt at have et målepunkt lige inden rehabiliteringsforløbet begynder og et målepunkt umiddelbart efter rehabiliteringsforløbet afsluttes. Ved at sammenholde disse to målepunkter vil det i teorien være muligt at lave et resultatmål for rehabiliteringsforløbene.

Der er dog en række udfordringer forbundet med at måle resultaterne af rehabiliteringsforløbene i praksis. I forbindelse med denne analyse kan udfordringerne deles op i to overordnede problemstillinger:

- 1) Udvikling i borgerens funktionsevneniveau uafhængigt af rehabilitering
- 2) Datamæssige udfordringer

Ad 1) Udvikling i borgerens funktionsevneniveau uafhængigt af rehabilitering

Selvom et rehabiliteringsforløb generelt er tidsafgrænset og korterevarende, kan der, efter at rehabiliteringsforløbet er sat i gang, ske en udvikling i borgerens funktionsevneniveau, som ikke knytter sig til rehabiliteringsindsatsen. Således kan borgeren pludseligt opleve et fald i sit funktionsevneniveau fx på grund af sygdom. Fordi en borgers funktionsevne kan ændre sig som følge af andre faktorer end rehabiliteringsforløbet. Og fordi det kan være vanskeligt at opgøre betydningen af disse andre faktorer, så kan et rehabiliteringsforløb i princippet godt være en succes, selvom borgeren ikke bliver helt selvhjulpent eller går op i hjemmeplejetid. Vi ved således ikke, hvad borgerens funktionsevneniveau ville have været, hvis borgeren ikke havde modtaget rehabilitering. Det skaber en udfordring i forhold til at måle resultatet af rehabiliteringsforløbene isoleret set.

Ad 2) Datamæssige udfordringer

I det datagrundlag, som analysen er baseret på, har det ikke været muligt at indsamle detaljerede oplysninger om, hvad borgeren bliver rehabiliteret for. For en række kommuner ved vi, om rehabiliteringsforløbet har været om praktisk hjælp, personlig pleje eller begge dele. Men vi ved ikke, hvilken form for fx personlig pleje borgeren er blevet rehabiliteret for. Det samme gør sig gældende i forhold til data om hjemmepleje efter § 83 i serviceloven, som i denne analyse er hentet fra Danmarks Statistik.

Udfordringen gør, at det ikke er muligt at sige, om borgeren efter et rehabiliteringsforløb modtager hjemmepleje for den eller de ydelser, som borgeren blev rehabiliteret for og i hvilket omfang. Det er heller ikke muligt at se, om den eller de ydelser, borgeren blev rehabiliteret for, er de samme hjemmeplejeydelser, som borgeren modtog inden rehabiliteringsforløbet.

Denne udfordring gør det vanskeligt at måle borgernes status efter rehabilitering. Konkret gør det eksempelvis, at selvom det er muligt at se, at en borger er gået ned i hjemmeplejetid efter sit rehabiliteringsforløb i forhold til før rehabiliteringsforløbet, så er det ikke muligt at undersøge, om der er en sammenhæng mellem de ydelser borgeren er blevet rehabiliteret for, og de hjemmeplejeydelser borgeren eventuelt modtog før og modtager efter sit rehabiliteringsforløb.

4.2 Operationalisering af selvhjulpne

For trods alt at kunne sige noget om, hvad der sker efter afslutningen på rehabiliteringsforløbene, bruges indikatoren "selvhjulpne" til at vise, hvor stor en andel af de borgere, der har modtaget et rehabiliteringsforløb, der efterfølgende er blevet helt selvhjulpne.

Om man er blevet helt selvhjulpne eller ej, er et simplificeret mål for, om et rehabiliteringsforløb har været en succes eller ej. Ofte er målet med et rehabiliteringsforløb alene at kunne mestre et eller flere forhold, uden at dette nødvendigvis fører til, at borgeren bliver helt selvhjulpne. Det vil dermed være ligeså interessant at se på, hvor mange der bliver delvist selvhjulpne. Som beskrevet ovenfor, er der en række datamæssige udfordringer, der gør, at dette ikke har været muligt at undersøge i analysen.

I forbindelse med operationaliseringen af selvhjulpne som indikator, er der truffet en række metodiske valg. Disse valg gennemgås i dette afsnit.

Opgørelsestidspunkt

Selvhjulpne måles ud fra, om man to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning modtager hjemmepleje efter § 83 i serviceloven eller ej. Hvis man ikke modtager hjemmepleje, så er man blevet helt selvhjulpne.

I det indsamlede datasæt er et af datapunkterne start- og slutdato for de enkelte rehabiliteringsforløb. Disse datoer viser dagen, måneden og året for start- og slutdatoen for rehabiliteringsforløbet.

For at kunne måle, om borgeren modtager hjemmepleje efter rehabiliteringsforløbet eller ej, kobles det indsamlede datasæt med hjemmeplejedata fra Danmarks Statistik. I hjemmeplejedatasættet på Danmarks Statistik er der ikke en præcis opgørelse på dagsniveau over, hvornår en borger har fået hjemmepleje. Opgørelsen på Danmarks Statistik er på måneds- og årsniveau. Dermed er det kun muligt at koble de indsamlede rehabiliteringsdata med hjemmeplejedata på månedsniveau.

Det gør, at det ikke er muligt at lave en præcis kobling mellem, hvornår borgeren har modtaget rehabilitering og hjemmepleje på dagsniveau. Det gør også, at det ikke er muligt at lave et ensartet og præcist interval fra et rehabiliteringsforløb er afsluttet, til der måles på, om borgeren efter rehabiliteringsforløbet modtager hjemmepleje eller ej. På den baggrund er det valgt, at der laves et punktnedslag to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Det skyldes følgende:

- 1) Hvis målingen foretages for lang tid efter rehabiliteringsforløbets afslutning, så er der en øget risiko for, at borgerens funktionsevne i den mellemliggende periode har ændret sig uafhængigt af rehabiliteringsforløbet fx på grund af sygdom.
- 2) Hvis målingen foretages tidligere end to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning, er der en risiko for, at perioden mellem afslutningstidspunktet og målingen af, om borgeren er blevet helt selvhjulpne eller modtager hjemmepleje, bliver meget kort – helt ned til nogle få dage. Et så kort interval vurderes at være u hensigtsmæssigt, da bare en smule forskudte registreringer kan skabe slør i resultaterne.

Som en robusthedstest af opgørelsestidspunktet, er der også lavet en opgørelse af, hvor stor en andel der var helt selvhjulpne tre måneder efter deres rehabiliteringsforløb. Resultatet af denne robusthedstest ligger på linje med opgørelsen to måneder efter afslutningen på rehabiliteringsforløbene. Det taler for en robusthed af, at de borgere, der identificeres som værende helt selvhjulpne to måneder efter deres rehabiliteringsforløb, rent faktisk også er det.

Overlappende og nye rehabiliteringsforløb

Borgerne kan godt modtage flere rehabiliteringsforløb i løbet af den undersøgte periode. Hvis borgeren har modtaget flere rehabiliteringsforløb, så er forløbene altid forskudt af hinanden, men de kan godt overlappe. Det betyder, at man kan risikere at måle på, om en borger er blevet helt selvhjulpne eller ej på et tidspunkt, hvor borgeren er i gang med et andet overlappende rehabiliteringsforløb.

For at undgå dette, betragtes alle overlappende rehabiliteringsforløb under ét i undersøgelsen af selvhjulpnehed. Her bruges den tidligste startdato og den seneste slutdato for de overlappende forløb.

Hvis borgeren er i gang med et nyt rehabiliteringsforløb to måneder efter afslutningen på et andet rehabiliteringsforløb, og disse ikke overlapper, så udgår det rehabiliteringsforløb, hvor opgørelsestidspunktet af selvhjulpnehed ligger oven i et nyt rehabiliteringsforløb.

Øvrige frasorterede forløb

For at kunne opgøre selvhjulpnehed er det nødvendigt at have oplysninger for, om borgeren har modtaget hjemmepleje eller ej. Disse oplysninger kommer som tidligere nævnt fra Danmarks Statistik på månedsniveau. Der er dog ikke data for alle de deltagende kommuner i alle måneder i den undersøgte periode. I de tilfælde, hvor det som følge af manglende data ikke har været muligt at opgøre, om borgeren modtager hjemmepleje eller ej, er forløbet frasorteret.

I de fleste tilfælde mangler den enkelte kommune kun data for nogle få måneder. Dækningsgraden er dog så lav for Tårnby Kommune og Jammerbugt Kommune, at det ikke har været muligt at inkludere disse kommuner i opgørelsen af selvhjulpnehed.

Udover at der er frasorteret forløb som følge af manglende hjemmeplejedata, så er udredningsforløb og forløb for borgere under 65 år frasorteret.

I tabel 4.1 nedenfor er antallet af frasorterede forløb vist ud fra den årsag, der gør, at forløbet er frasorteret. Bemærk at antallet af forløb, der står ud for den enkelte årsag, er afhængig af rækkefølgen hvori forløbene frasorteres. De tal der fremgår af tabellen fremkommer, når forløbene frasorteres i den rækkefølge, som årsagerne i tabellen er opstillet i.

Tabel 4.1

Frasorterede forløb

Årsag	Antal frasorterede forløb
Forløb for borgere under 65 år	1.663
Udredningsforløb	1.726
Manglende hjemmeplejedata hos Danmarks Statistik	563
I gang med nyt rehabiliteringsforløb ved før-/eftermåling	669
Overlappende rehabiliteringsforløb*	225
I alt	4.817

Anm: * Overlappende rehabiliteringsforløb bliver ikke frasorteret, men fordi overlappende rehabiliteringsforløb lægges sammen, falder det samlede antal forløb.

Kategorisering af død, flyttet og indlæggelser

I analysen er der også taget højde for, at der kan ske begivenheder i borgerens liv, der ikke gør det meningsfyldt at måle på, om borgeren er blevet helt selvhjulpnen eller ej efter sit rehabiliteringsforløb.

Overordnet set er der taget højde for følgende begivenheder:

- **Død:** Hvis borgeren er død kort tid efter rehabiliteringsforløbets afslutning medtages borgeren ikke i opgørelsen af selvhjulpnenhed.
- **Flyttet:** Hvis borgeren er flyttet indenfor to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning medtages borgeren ikke i opgørelsen af selvhjulpnenhed. Det kan fx være tilfældet, hvis borgeren er flyttet i en plejebolig.
- **Indlæggelse:** Hvis borgeren har haft en indlæggelse indenfor to måneder efter rehabiliteringsforløbets afslutning medtages borgeren ikke i opgørelsen. Det er valgt, da en indlæggelse kan være et udtryk for, at borgeren har oplevet et skred i sit helbreds niveau, som ikke knytter sig til det forudgående rehabiliteringsforløb. Det kan have betydning for, om borgeren har behov for hjemmepleje eller ej efter sit rehabiliteringsforløb, hvormed resultatet af det gennemførte rehabiliteringsforløb kan blive skjult af borgerens forværrede helbredssituation.

Når det opgøres, hvad der er sket efter rehabiliteringsforløbene, ses der altså på, om borgeren er død, flyttet eller har været indlagt. Hvis det ikke har været tilfældet, ses der på, om borgeren er blevet helt selvhjulpnen eller modtager hjemmepleje efter rehabiliteringsforløbet. Tilsammen måles der altså på fem forskellige kategorier. De fem kategorier er konstrueret sådan, at de er gensidigt udelukkende. Det betyder, at hvert forløb kun tæller med i én af kategorierne. Det er gjort muligt ved at danne et hierarki mellem de fem kategorier. Hierarkiet fremgår af boks 4.1 nedenfor.

Boks 4.1

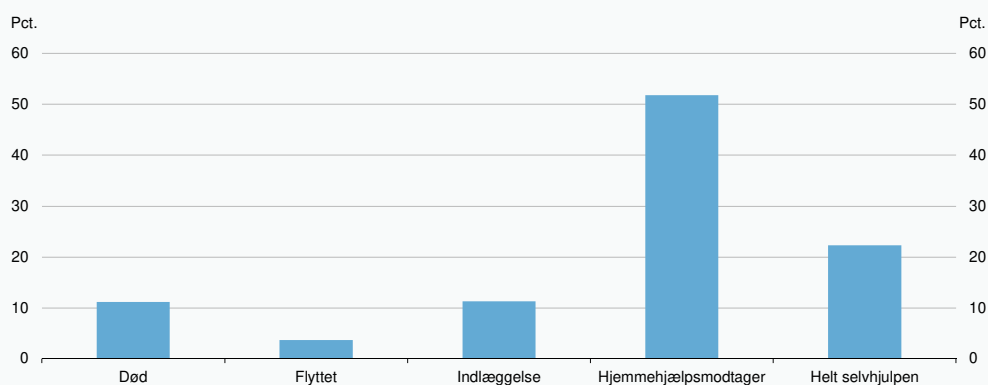
Hierarki ved undersøgelse af hvad der er sket efter afslutningen af rehabiliteringsforløbet

- 1) Død
- 2) Flyttet (Er ikke død)
- 3) Indlæggelse (Er ikke død eller flyttet)
- 4) Hjemmeplejemodtager (Er ikke død, flyttet eller har haft en indlæggelse)
- 5) Helt selvhjulpne (Er ikke død, flyttet, har haft en indlæggelse eller modtager hjemmepleje)

I figur 4.1 nedenfor er de afsluttede rehabiliteringsforløb i 2017 fordelt på de fem kategorier død, flyttet, indlæggelse, hjemmeplejemodtager og helt selvhjulpne. Figuren viser, at lidt over halvdelen af borgerne modtager hjemmepleje efter rehabilitering, mens 22 procent er helt selvhjulpne. Cirka 26 procent af borgerne er enten døde, flyttet eller har haft en indlæggelse på et sygehus svarende til knap 1.800 forløb. Disse 1.800 forløb er frasorteret i opgørelsen af andel helt selvhjulpne efter rehabilitering i hovedrapportens kapitel 8.

Figur 4.1

Kategorisering af borgere efter rehabiliteringsforløb



Anm.: Søjlerne summer til 100 procent.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

4.3 Modelspecifikationer

Analysen af sandsynligheden for at blive selvhjulpnen er gennemført på baggrund af en logistisk regressionsanalyse.

Tabel 4.2

Modelspecifikationer for regressionsanalyse af sandsynligheden for at blive helt selvhjulpnen

	Parameterestimat (Standardfej)	Marginal effekt i procent
Hjemmepleje før rehabiliteringsforløb (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-2,29*** (0,09)	-37,93
Køn (ref.: Mand)		
<i>Kvinde</i>	0,19** (0,08)	2,81
Alder (ref.: 65 til 74 år)		
<i>75 til 84 år</i>	-0,30*** (0,09)	-4,79
<i>85 år eller derover</i>	-0,89*** (0,11)	-13,79
Enlig (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,44*** (0,08)	-6,90
Indkomst (ref.: Under 300.000 kr.)		
<i>300.000 kr. eller derover</i>	0,44*** (0,16)	6,80
Privat negativ begivenhed (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,53*** (0,20)	-7,60
Bil (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	0,37*** (0,08)	5,74
KOL (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,32*** (0,11)	-4,71
Demens (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,75*** (0,23)	-10,49
Psykiatrisk diagnose (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,24 (0,21)	-3,61
Alvorlig sygdom (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,11 (0,08)	-1,74
Den ældre medicinske patient (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,17*** (0,08)	-2,55
Indlæggelse <u>under</u> rehabiliteringsforløb (ref.: Nej)		
<i>Ja</i>	-0,35*** (0,11)	-5,17
Indsatstype - Rehabilitering (ref.: Praktisk hjælp)		
<i>Personlig pleje</i>	-0,11 (0,13)	-1,78
<i>Uoplyst</i>	-0,62*** (0,13)	-9,54
Konstant	0,96*** (0,17)	-
Observationer	4.898	4.898

Anm.: *** angiver signifikans på 1 pct. niveau. ** angiver signifikans på 5 pct. niveau. * angiver signifikans på 10 pct. niveau. Forklaringsgraden opgjort ved tjurs R² er 0,28.

Kilde: Egen dataindsamling, Danmarks Statistik og egne beregninger.

4.4 Opmærksomhedspunkter ved regressionsanalyse

Man bør være opmærksom på flere forhold ved fortolkningen af resultaterne i tabel 4.2. Disse opmærksomhedspunkter gennemgås nedenfor.

Skellen mellem om borgeren modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløb eller ej

Som det fremgår af analysens kapitel 8, så er der relativt stor forskel på, hvor ofte borgere bliver helt selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb afhængigt af, om de modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet eller ej. I analysen peges der på, at forskellen kan hænge sammen med, at der er forskel på de to gruppers funktionsevneniveau.

I regressionsanalysen er der kontrolleret for, om borgeren modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet eller ej. Denne kontrolvariabel er meget signifikant, og er den enkeltstående variabel, der bidrager mest til at forklare, hvad der betyder noget for sandsynligheden for at blive helt selvhjulpne.

Det kan forklares ved, at det ikke er muligt at kontrollere fuldt ud for borgerens funktionsevne, hvorfor det at have modtaget hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet fortsat er en proxy for borgerens funktionsevne.

Som robusthedstest er regressionsanalysen kørt alene med gruppen af borgere, der modtog hjemmepleje inden deres rehabiliteringsforløb, og gruppen af borgere der ikke modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet.

Regressionsanalysen alene med gruppen af borgere der modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet er påvirket af, at N bliver så lavt, at det ikke er muligt at estimere betydningen af de forskellige forklarende variable. Det skyldes særligt antallet af borgere, der er blevet helt selvhjulpne efter rehabiliteringsforløbet. Regressionsanalysen alene med gruppen af borgere der ikke modtog hjemmepleje inden rehabiliteringsforløbet, giver de samme resultater som regressionsanalysen med den samlede population. Det taler for robusthed af resultaterne præsenteret i tabel 4.2 ovenfor.

Populationens størrelse

Regressionsanalysen baserer sig på det datagrundlag, som Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har indsamlet. Som beskrevet i afsnit 4.2, så er en række observationer fra dette datagrundlag blevet sorteret fra, inden regressionsanalysen er blevet gennemført. Det forhold, sammenholdt med at det indsamlede datagrundlag kun indeholder data fra 17 kommuner, gør, at populationens størrelse kan have en vis betydning i forhold til de variable, der er blevet identificeret som betydende i regressionsanalysen.

Aalborg Kommunes betydning for resultaterne

Aalborg er den største kommune i datasættet. Da datasættet kun består af 17 kommuner, kan observationerne fra Aalborg Kommune komme til at påvirke resultaterne u hensigtsmæssigt meget. Det er årsagen til, at der i analysen er blevet anvendt uvægtede gennemsnit i de forskellige figurer.

Resultaterne i regressionsanalysen tager omvendt ikke hensyn til, hvilken kommune den enkelte borger kommer fra i udgangspunktet. Men hvis borgere fra Aalborg Kommune har nogle særlige karakteristika, kunne man forestille sig, at disse ville få stor betydning for resultaterne i regressionsanalysen.

Som en robusthedstest er regressionsanalysen derfor kørt på en population uden rehabiliteringsforløb fra Aalborg Kommune. Denne regressionsanalyse giver de samme resultater som præsenteret i tabel 4.2 ovenfor. Det taler for, at resultaterne i tabel 4.2 ikke er skævvredet som følge af Aalborg Kommunes størrelse, eller fordi borgerne i Aalborg Kommune skulle have nogle særlige karakteristika.