

November 2020



CASEBESKRIVELSER STYRKET REHABILITERINGSINDSATS FOR DE SVAGESTE ÆLDRE

INDHOLD

I denne samling af casebeskrivelser beskrives 12 kommuners projekter, der under puljen Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre har afprøvet forskellige tilgange, metoder og/eller organiseringsformer med henblik på at udvikle eller videreudvikle en rehabiliteringsindsats til målgruppen. Indledningsvist i denne samling introduceres datagrundlaget for casebeskrivelserne. Herefter præsenteres de 12 projektkommuners projekter gennem en beskrivelse af kommunernes indsats, der består af følgende elementer:



Målgruppen



Organisering



Beskrivelse af indsatsen



Læring



Drivkræfter og barrierer

KORT OM PROJEKTET

Som led i satspuljeaftalen på ældreområdet for 2018-2021 blev der afsat i 30 mio. kr. til en ansøgningspulje: Styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre. 12 kommuner har modtaget midler fra puljen til at afprøve og videreudvikle metoder og tilgange til målgruppen. Erfaringerne fra kommunerne er blevet evalueret med henblik på at etablere et vidensgrundlag for videre udvikling af rehabiliteringsindsatsen målrettet ældre i hjemmeplejen og på plejecentre. Resultaterne kan læses i rapporten: Evaluering af puljen til styrket rehabiliteringsindsats for de svageste ældre (2020).

DATAGRUNDLAG FOR CASEBESKRIVELSER

Casebeskrivelserne er udarbejdet på baggrund af empirisk materiale indhentet gennem kvalitative interviews gennemført med projektledere, nøglemedarbejdere, ledere og samarbejdspartnere fra hjemmeplejen henholdsvis midtvejs og afslutningsvist i projektet. Derudover er baggrundskarakteristika om borgerne i projektet indhentet via spørgeskemaer, der er systematisk indsamlet af nøglemedarbejderne i forbindelse med borgernes opstart i et rehabiliteringsforløb. Endeligt er data om det samlede antal borgere i forløb indhentet via økonomiskemaer, som projektlederne har udfyldt kvartalsvist. Størrelsen på populationen (N) for baggrundskarakteristika og det samlede antal borgere i forløb varierer, det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på samtlige borgere, der har været i et rehabiliteringsforløb.

PROJEKTKOMMUNERNE

- Esbjerg
- Frederikshavn
- Furesø
- Faaborg-Midtfyn
- Greve
- Guldborgsund
- Hillerød
- Hvidovre
- Høje-Taastrup
- Randers
- Roskilde
- Syddjurs

CASEBESKRIVELSE ESBJERG

MÅLGRUPPE:

Målgruppen for indsatsen er alle beboere fra to udvalgte plejecentre i Esbjerg Kommune. En stor andel af beboerne i projektet er beboere med demens. Alle beboere på plejecenteret er blevet tilbudt at deltage i indsatsen. Eneste eksklusivskriterie er, at beboerne ikke selv ønsker at deltage i indsatsen.

ORGANISERING:

I Esbjerg Kommune er projektet forankret på to plejecentre. Indsatsen startede på plejecenteret Margrethegården i Ribe og blev senere i begrænset omfang implementeret på plejecenter Solgården i Bramming. Esbjerg Kommune ansatte som led i projektet to fysioterapeuter, der er forankret på de to udvalgte plejecentre.

På plejecenteret Solgården i Bramming er projektet kun delvist implementeret på grund af COVID-19.

BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Indsatsens primære indhold er ansættelsen af fysioterapeuter på to plejecentre. Fysioterapeuterne er fast tilknyttet et plejecenter og har haft deres faste gang blandt beboerne og medarbejderne. I starten blev de to fysioterapeuter ansat på plejecenteret Margrethegården i Ribe, og senere rykkede en af fysioterapeuterne til plejecenter Solgården i Bramming for at udbrede indsatsen.

Fysioterapeuterne er forankret som en fast del af personalegruppen på plejecentrene, og indgår på lige vilkår med det øvrige personale i hverdagsituationerne på plejecenteret. Fysioterapeuterne har ansvaret for at sikre fokus på rehabilitering i det daglige, blandt andet at understøtte plejepersonalet i at tænke rehabilitering ind i den daglige pleje og støtte til beboerne i alt fra måltidet, den personlige pleje eller sociale aktiviteter. Tanken med dette er, at beboernes tilværelse på plejecenteret skal minde mere om et højskoleophold, hvor beboere aktivt tager del i hverdagen, fremfor et hotellignende ophold hvor beboerne bliver serviceret. Fysioterapeuterne har i kraft af deres faglighed et andet perspektiv på beboernes ressourcer, mobilitet og aktiviteter. Fysioterapeuterne er ansvarlige for at sætte fokus på at identificere rehabiliteringspotentiale og understøtte plejepersonalet i, hvordan de gennem små greb og ændringer kan hjælpe beboerne til at være mere aktive i hverdagsituationer. Der er i høj grad fokus på det tværfaglige samarbejde mellem plejepersonalet og fysioterapeuterne, da lederne og projektlederen hurtigt har erfaret, at den rehabiliterende indsats til

Baggrunds-karakteristika

	Køn	Mand	35 pct.	N=75
		Kvinde	65 pct.	
	Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	80 pct.	N=64
	Alder	Gns. alder	81 år	N=75
	Boligforhold	Eget hus	0 pct.	N=75
		Lejlighed, rækkehus eller andel	0 pct.	
		Ældrebolig	0 pct.	
		Plejecenter	100 pct.	
	Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret demens	53 pct.	N=75
		Andel m. ikke-diag. demens	23 pct.	
		Nej	15 pct.	
		Ved ikke	9 pct.	
	Motivation	Gns. motivation (fra 0-10)	6,6	N=75
	Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse	5 pct.	N=75
		Akut sygdom, ikke indlæggelse	0 pct.	
		Tab af funktionsevne	80 pct.	
		Revisitation	0 pct.	
		Andet	15 pct.	
	Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100)	67	N=17
		Gns. score efter forløb (0-100)	72	
		Gns. udvikling i score (0-100)	5	
	Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100)	49	N=14
		Gns. score efter forløb (0-100)	53	
		Gns. udvikling i score (0-100)	4	
Samlet antal borgere i indsatsen			78**	

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrunds-karakteristika indgår alle borgere, der har gennemført formålingen. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber.

Da 100 pct. af deltagere i Esbjergs indsats bor på plejecentre, visiteres der ikke til ovenstående ydelser.

** Den totale N er større end N for baggrunds-karakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

målgruppen kræver, at rehabiliteringen tænkes bredt og helhedsorienteret i forhold til beboernes hverdag. Udover samarbejdet internt på plejecenteret samarbejder fysioterapeuterne også med sygeplejen, ernæringskonsulenter og demenskonsulenter.

For at skabe et systematisk fokus på rehabilitering har fysioterapeuterne sammen med ledelsen på plejecentrene besluttet, at der i forbindelse med alle beboeres **indflytningssamtale** skal afdækkes, hvilke ønsker beboerne har til egen hverdag og i den forbindelse afdække rehabiliteringspotentialer. Derfor er fysioterapeuterne med på alle indflytningssamtaler sammen med beboerens kontaktperson fra plejepersonalet og lederen fra plejecenteret. Til indflytningssamtale er det fysioterapeutens ansvar at indtænke og tale med beboeren om rehabilitering, herunder om beboerne ønsker at deltage i de rehabiliterende aktiviteter, som fysioterapeuten afholder.

Inden for de første fire uger efter beboerens indflytning på plejecenteret afholder fysioterapeuten en **rehabiliteringssamtale** med beboeren og beboerens kontaktperson fra plejepersonalet. På mødet taler fysioterapeuten mere med beboeren om, hvad der er meningsfuldt i hverdagen for beboeren, og sporer sig derigennem ind på, hvilke typer aktiviteter beboeren finder interessant. Det gør de dels ved at starte med at spørge beboeren, hvordan deres hverdag typisk ser ud fra de står op til de går i seng. Dertil anvender fysioterapeuterne det ergoterapeutiske interviewbaserede redskab COPM¹. Med afsæt i dialogen sætter beboeren og fysioterapeuten sammen mål for beboerens hverdag. Fysioterapeuten dokumenterer målene i omsorgssystemet. Samtalen tager typisk en times tid.

Fysioterapeuterne er udover fokuset på den rehabiliterende tilgang i dagligdagens aktiviteter ansvarlige for at **afvikle aktiviteter med fokus på rehabilitering** til beboerne. Det gælder eksempelvis fysisk træning i en træningssal, svømning, stoleygnastik, en gåklub og cykelture. Aktiviteterne varierer afhængigt af beboernes ønsker. Fysioterapeuternes daglige observationer og aktiviteter med beboerne bliver dokumenteret i omsorgsjournalen, så plejepersonalet kan læse om borgernes mål og fremskridt.



LÆRING:

- Rehabilitering for målgruppen handler ikke nødvendigvis om at højne de ældres funktionsniveau og dermed gøre dem selvhjulpne. Det handler i lige så høj grad om at styrke deres livskvalitet og trivsel.
- Beboernes motivation er en forudsætning for, at den rehabiliterende indsats lykkes. Det motiverende arbejde er derfor en central del af fysioterapeuternes arbejde. Det virker motiverende, når fysioterapeuterne kobler de rehabiliterende aktiviteter til beboernes hverdagsaktiviteter og fremhæver, hvordan træningen har været med til at styrke beboerne selvstændighed og bidrage til opfyldelse af beboernes mål og drømme.
- Tværfagligt samarbejde og kendskab til hinanden på tværs af faggrupper er gavnligt for den rehabiliterende indsats, fordi de forskellige faglige tilgange supplerer hinanden og styrker kvaliteten af den rehabiliterende indsats. Det tværfaglige samarbejde fremmes af at være placeret samme sted.

¹ COPM er et ergoterapeutisk redskab til resultatmåling, konstrueret med henblik på at opfange ændringer i en borgers egen vurdering af tilfredshed med udførelsen af vigtige daglige aktiviteter

**DRIVKRÆFTER:**

Den daglige tværfaglige sparring og dialog omkring den enkelte borger er muligt i kraft af fysioterapeuternes daglige og faste tilstedeværelse på plejecentrene. Derudover er ledelsens opbakning og involvering i indsatsen en drivkraft, særligt i forhold til at sikre, at plejepersonalet opnår forståelse for, hvilke kompetencer fysioterapeuterne har, og hvordan de kan inddrages i dagligdagen på plejecenteret.

BARRIERER:

Oprindeligt var det meningen, at projektet skulle gennemføres på to forskellige plejecentre, men grundet flere både interne og eksterne forhold på det ene af plejecentrene var det ikke muligt at starte op på begge plejecentre fra starten. Tiltaget er i slutningen af projektperioden udbredt til det andet plejecenter. Derudover havde kommunen oprindeligt planlagt, at det var ergoterapeuter, der skulle varetage rehabiliteringen på plejecentrene, men grundet udfordringer med rekruttering af denne faggruppe er de endt med at ansætte to fysioterapeuter.

CASEBESKRIVELSE FREDERIKSHAVN²



MÅLGRUPPE:

Tiltaget er målrettet alle borgere og beboere, der modtager hjemmepleje eller bor på et plejecenter i Frederikshavn Kommune, og for hvem der er observeret en eller flere ændringer i borgerens normale tilstand.



ORGANISERING:

I Frederikshavn Kommune har de arbejdet med at udbrede det tværfaglige triageringsmøde på tværs af hele hjemmepleje og plejecenterområdet. Kommunen har et koordinerende rehabiliteringsteam, der er ansvarlige for rehabiliteringsforløb efter § 83 a og understøtter, de lokale hjemmeplejeenheder i leveringen af forløbet.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Indsatsen i Frederikshavn Kommune består af udbredelse af et nyt **tværfagligt triageringsmøde** i alle kommunens hjemmepleje og plejecentergrupper. Tværfaglige triageringsmøder blev også afholdt forud for projektet i kommunen, men i en mindre systematisk og anderledes form. De nye *tværfaglige triageringsmøder* består af en styrket systematik idet udvalgte medarbejdere er oplært i at varetage rollen som mødeleder og systematisk brug af refleksionsspørgsmål, det skal sikre dels en ensartethed på tværs af møderne på ældreområdet, og dels at analyser af borgernes problematikker er fagligt velbegrundede og tager afsæt i borgernes ønsker og behov. Derudover består det nye i, at de anvender et elektronisk ændringskema, der er koblet direkte op til borgernes journal, hvilket sikrer at viden fra de tværfaglige triageringsmøder fremgår direkte i borgernes journal.

Det nye tværfaglige triageringsmøde er i projektperioden implementeret i alle kommunens 57 hjemmepleje- og plejecentergrupper. Introduktionen til den nye version af de *tværfaglige triageringsmøder* er foregået ved, at projektlederen har indkaldt gruppelederne til et formøde. På formødet har de drøftet eksisterende triageringsmøder, hvormed projektlederen får forståelse for, hvad de eksisterende triageringsmøder består af, ligesom det drøftes, hvad de nye tværfaglige triageringsmøder skal bidrage med. Efter formødet har projektlederen inviteret ledere til et opstartsmøde på 90 minutter i den pågældende hjemmepleje- eller plejecentergruppe, hvor også medarbejderne har deltaget. Medarbejderne blev introduceret til formålet, indholdet og rammen for de nye tværfaglige triageringsmøder. Introduktionen er foregået ved brug af en kort video, der forklarer, hvordan forskellige fagligheder skal bidrage med deres perspektiver og argumentere fagligt i stedet for at henvise til egne holdninger og meninger. Implementeringen af de nye triageringsmøder varede fire uger i hver gruppe. Projektlederen har i implementeringsperioden på de fire uger per gruppe deltaget på møderne for at sikre, at møderne bliver afholdt på den tiltænkte måde. Møderne er afholdt to gange om ugen i hver gruppe af 30 minutters varighed i implementeringsperioden. Derefter har det været op til den enkelte leder af hjemmepleje- eller plejecentergruppen at beslutte, hvor meget tid de afsætter til de tværfaglige triageringsmøder.

På det tværfaglige triageringsmøde analyseres alle de borgere eller beboere, hvor der er observeret en eller flere ændringer i forhold til borgerens normale tilstand. Analysen består i, at alle medarbejdere sammen udfolder borgernes problemstillinger, herunder hvilke handlinger og indsatser der kan iværksættes for at genoprette en borgers normale helbredstilstand. På de tværfaglige triageringsmøder deltager både social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker og en rehabiliterings-terapeut fra rehabiliteringsteamet. Gennem den systematiske mødeledelse og de fælles refleksionsspørgs-

² Da Frederikshavn Kommune har arbejdet mere bredt med rehabilitering, er alle borgere, som modtager hjemmepleje eller bor på et af kommunens plejecentre, en del af målgruppen. Derfor er der ikke lavet registreringer på borgerne på samme måde som i de andre projektkommuner, og der er derfor ikke indsat en tabel, der beskriver baggrundskarakteristika for målgruppen.

mål er det tanken, at alle faggrupper skal byde systematisk ind i analysen af alle borgeres problemstillinger. Da der altid er en rehabiliteringsterapeut, der deltager, er der fast fokus på borgernes rehabiliteringspotentiale i analysen af borgernes problematikker og mulige handlinger. Dette sikrer et systematisk fokus på rehabilitering. Når borgerne analyseres, vises borgernes **ændringsskema på en skærm**. Ændringsskemaet viser borgerens habituelle tilstand. Synlighedsførelsen på skærmen er med til at sikre, at alle medarbejdere kan følge med i borgernes ændringer og dermed være en aktiv del af triageringen. Det understøtter faggrupperne i at bidrage under triageringsmøderne. Samtidig har den fælles dokumentation i ændringsskemaet på møderne, bidraget til at alle de forskellige faggrupper ved, hvor de skal finde relevant dokumentation. Tidligere har de oplevet, at de forskellige faggrupper har haft forskellige tilgange til hvordan og hvor, de dokumenterer i journalen. Det har betydet, at de forskellige faggrupper ikke altid har vidst, hvor de finder andre faggruppers dokumentation.

Flere af medarbejderne er i projektet blevet oplært i, hvordan de faciliterer de tværfaglige triageringsmøder gennem undervisning i **mødeledelse**. I undervisningen er de blevet oplært i, hvad det vil sige at være mødeleder, herunder at være ansvarlig for, at ændringsskemaet for de enkelte borgere tages op på skærmen, samt at understøtte at alle fagligheder bringer deres perspektiver i spil på møderne. Derudover er det også mødelederens ansvar at understøtte refleksion gennem en række refleksionsspørgsmål, der skal understøtte den faglige argumentation fremfor holdningsbaserede antagelser. Eksempler på refleksionsspørgsmål er: "hvorfør er det borgeren gør sådan?" "hvorfør er borgeren faldet?", "Har vi husket borgerens ønsker eller perspektiver?". Mødelederne er således ansvarlige for, at den nye ramme for de tværfaglige møder fastholdes og forankres i et tæt samarbejde med gruppens daglige leder. Flere medarbejdere er blevet uddannet mødeledere, således er der altid en på arbejde, som kan påtage sig mødelederrollen og facilitere møder.



LÆRING:

- Projektet har bidraget til en større indsigt i, hvilke fagligheder der er vigtige at have med på de tværfaglige triageringsmøder med henblik på at sikre en sammenhængende indsats med fælles mål på tværs af borgerens samlede forløb, herunder har de i projektperioden inviteret demenskoordinatorer og hjælpemiddelvisitator med på møderne. De deltager ikke systematisk på alle møder, men deres deltagelse bidrager til at sikre en helhedsorienteret indsats med borgerens mål som omdrejningspunkt, fordi de får større indsigt i, hvordan møderne foregår, og hvordan beslutninger om handlinger træffes.
- Medarbejderne har fået et større kendskab til kolleger og en større indsigt i, hvordan de forskellige fagligheder kan bidrage til i det rehabiliterende arbejde. Det er etableret gennem de fælles refleksioner, der er implementeret gennem den systematiske tilgang og refleksionsspørgsmål på de tværfaglige triageringsmøderne. Systematikken har bidraget til at flere faggrupper byder ind og udfolder deres perspektiver, også selvom det er et borgerforløb, de ikke er direkte involveret i. Kendskabet og indsigten har ført til, at medarbejderne er blevet bedre til at kontakte andre fagligheder på tværs af organisationen.
- Projektet har med sin systematik i opfølgning og dokumentationen bidraget til, at der sættes tidligere ind, hvis der sker forandringer i borgernes situation, da systematikken fremmer synlige mønstre og opmærksomhedspunkter.

**DRIVKRÆFTER:**

En central drivkraft for projektet har været, at hele ledelseslaget har haft meget stor opbakning til projektet. Det gælder både centerchefen, projektlederne og de daglige ledere for hjemmeplejen og plejecentrene. Ledelsens opbakning har været med til at sikre, at medarbejderen har været motiverede for at deltage i projektet. Derudover har medarbejderne oplevet et stort behov for videreudviklingen af triageringsmøderne, fordi det bidrager til, at det er borgernes behov og målsætning, som er i centrum for indsatsen. De tværfaglige triageringsmøder og udfyldelsen af ændringsskemaet i borgerens omsorgsjournal har skabt synlighed og overblik over ændringer i borgerens habituel tilstand, hvilket gør det lettere at iværksætte en hurtig indsats.

Desuden er det en drivkraft, at forankringen af de tværfaglige triageringsmøder er tænkt ind i tilrettelæggelsen af indsatsen. Implementeringen af de tværfaglige triageringsmøder har været tilrettelagt sådan, at alle hjemmepleje- og plejecentergrupper er blevet genbesøgt af projektlederen i slutningen af projektperioden. Hermed har de sikret, at ny læring og tilpasninger inkorporeres i de hjemmepleje- og plejecentergrupper, hvor indsatsen er blevet udrullet først.

BARRIERER:

I de fire uger, hvor projektlederen har understøttet implementeringen af de tværfaglige møder, har der været afsat en halv time til mødet, mens der efterfølgende kun er afsat 15 minutter i hjemmeplejegrupperne. Det har skabt en barriere for gennemførelse af møderne, fordi der ikke er tid nok til at gennemgå alle borgere, som er triageret gul. Derudover kræver det også ekstra køretid for social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere at komme til de tværfaglige triageringsmøder, og det er der ikke altid afsat tid til på deres kørelister. Dermed er rammen for de tværfaglige triageringsmøder en udfordring i hjemmeplejen, hvilket ikke er tilfældet på plejecentrene, hvor alle faggrupperne er samlet på samme matrikel og de derfor let kan samles til triageringsmøderne.

CASEBESKRIVELSE FURESØ

MÅLGRUPPE:












Borgere over 65 år med enten svær sygdom, komorbiditet, nedsat funktions-evne, fysisk og/eller kognitivt, nedsat egenomsorgskapacitet, polyfarmaci og behov for kommunale ydelser. Både borgere i eget hjem og på plejecenter.

ORGANISERING:

I Furesø Kommune har de nedsat en specialiseret ergoterapeutisk enhed til at planlægge og koordinere rehabiliterings-forløb til målgruppen. Enheden er forankret i kommunens genoptrænings-enhed, hvor kommunens rehabiliterings-team ligeledes er forankret. Teamet samarbejder med kommunens lokale hjemmeplejeenheder, hvor borgerens forløb er forankret og leveringen af rehabiliteringsforløber finder sted. Den specialiserede ergoterapeutiske enhed består af tre ergoterapeuter og projektlederen for projektet.

BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Et rehabiliteringsforløb til målgruppen består af en tværfaglig **startsamtale**, der afholdes inden for fem dage efter at henvisningen er modtaget. Til samtalen deltager en ergoterapeut fra den specialiserede ergoterapeutiske enhed og borgernes kontaktperson fra hjemme-plejen. Til startsamtale afdækker ergoterapeuten borgernes hverdags-aktiviteter og problematikker og arbejder med borgernes motivation for indsatsen. Forud for den tværfaglige startsamtale gennemfører ergoterapeuten observationer af borgeren ud fra den klient-centrerede arbejdsprocesmodel Occupational Therapy Intervention Process Model³ (OTIPM), hvor ergoterapeuten afdækker borgerens oplevelse af eget aktivitetsniveau. Med udgangspunkt i disse observationer og test sætter ergoterapeuten mål for rehabiliteringsforløbet sammen med borgeren. Det tværfaglige fokus er på Almindelig Daglig Livsførelse⁴ (ADL).

		Baggrunds-karakteristika
	Køn	Mand Kvinde 36 pct. N=36 64 pct.
	Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle 69 pct. N=36
	Alder	Gns. alder 83 år N=36
	Boligforhold	Eget hus Lejlighed, rækkehus eller andel Ældrebolig Plejecenter 31 pct. N=36 39 pct. 17 pct. 14 pct.
	Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret demens Andel m. ikke-diag. demens Nej Ved ikke 14 pct. N=36 19 pct. 61 pct. 6 pct.
	Motivation	Gns. motivation (0-10) 6,7 N=36
	Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse Akut sygdom, ikke indlæggelse Tab af funktionsevne Revisitation Andet 53 pct. N=36 17 pct. 19 pct. 0 pct. 11 pct.
	Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje Visiteret til praktisk hjælp Visiteret til genoptræning Visiteret til hjemmesygepleje Ikke visiteret til en af ovenstående 78 pct. N=36 67 pct. 14 pct. 56 pct. 17 pct.
	Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100) Gns. score efter forløb (0-100) Gns. udvikling i score (0-100) 51 N=22 58 7
	Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100) Gns. score efter forløb (0-100) Gns. udvikling i score (0-100) 58 N=20 72 14
	Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb Gns. timer per uge efter forløb Gns. forskel i timer per uge 7,2 N=23 4,1 -3,1
Samlet antal borgere i indsatsen		87**

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført formålingen. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber.

** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

³ Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) er en klientcentreret arbejdsprocesmodel baseret på aktivitetsparadigmet med en ergoterapeutisk, klientcentreret, aktivitetsbaseret og top-til-bund-tilgang til aktivitet og deltagelse.

⁴ Almindelig Daglig Livsførelse-metoden (ADL) dækker både over træning og vurdering og bruges til, at borgeren afklares i forhold til evnen til at klare almindelige daglige aktiviteter.

Efter den tværfaglige startsamtale afholder ergoterapeuten et nyt møde med borgeren, hvor ergoterapeuten udfører observationer af to med borgeren specifikt udvalgte dagligdagsopgaver via Assessment of Motor and Process Skills⁵ (AMPS). Ud fra resultaterne planlægger ergoterapeuten et målrettet rehabiliteringsforløb til borgeren, og sætter plejepersonalet omkring borgeren ind i, hvordan forskellige aktiviteter skal gennemføres. Ergoterapeuten har **løbende besøg** hos borgeren sammen med borgerens kontaktperson. Mellem besøgene er det borgerens kontaktperson, der varetager rehabiliteringen. Et rehabiliteringsforløb afsluttes med en **slutsamtale**, hvor ergoterapeuten igen observerer borgeren udføre to udvalgte aktiviteter via AMPS. Det er kommunens erfaring, at et rehabiliteringsforløb til målgruppen tager mellem to og 10 uger.

Det særlige ved denne indsats er, at visitationen som myndighed ikke visiterer forløbene, men at den specialiserede ergoterapeutiske enhed er selvvisiterende. Ved at være selvvisiterende kan rehabiliteringsforløbene hurtigere blive startet op. Borgerne kan blive inkluderet i indsatsen på to måder: Enten gennem *triageringsmøder* eller ved *rehabiliteringsmøder*. Triageringsmøderne bliver afholdt tre gange om ugen i alle kommunens hjemmeplejegrupper og plejecentre. Møderne er styret af sygeplejen, som kan opspore de sygeplejefaglige problemområder som eksempelvis tryksår og urinvejsinfektion. På mødet gennemgår de borgere, som er blevet triageret, og de borgere, som er blevet triageret gul eller rød, bliver analyseret og det vurderes om de er i målgruppen for et rehabiliteringsforløb. På triageringsmøderne deltager medarbejdere fra de lokale grupper og sygeplejen, viden om borgere med rehabiliteringspotentiale overleveres til den specialiserede ergoterapeutiske enhed på et ugentligt rehabiliteringsmøde, der beskrives nedenfor.

Hjemmepleje- og plejecenterenhederne har konverteret ét af deres ugentlige triageringsmøder til et **rehabiliteringsmøde**, hvor der også deltager en ergoterapeut fra den specialiserede ergoterapeutiske enhed. Rehabiliteringsmøderne omhandler udelukkende opsporing af borgere til et rehabiliteringsforløb. Ergoterapeuterne er mødeledere til dette møde, og i løbet af ugen skriver social- og sundhedspersonalet borgere på en tavle, hvis de observerer, at en borger har et funktionsevnetab. Ergoterapeuterne bruger derudover mødet til løbende at holde oplæg om funktionsevnetab gennem caseeksempler, så det gradvist bliver tydeligere for plejepersonalet, hvad et funktionsevnetab præcist indebærer. Borgerne på tavlen bliver derefter gennemgået. Ergoterapeuterne oplever, at de fleste borgere bliver opsporet via rehabiliteringsmøderne, da de har en oplevelse af, at det er en vane for plejepersonalet at tænke målgruppen ind i deres ugentlige observationer.



LÆRING:

- Et tværfagligt samarbejde mellem projektets ergoterapeuter og kontaktpersoner i hjemmeplejen/plejecentre er centralt for at få rehabiliteringsindsatsen til at lykkes for målgruppen. Ergoterapeuterne kommer med deres faglige ekspertise om rehabilitering, mens kontaktpersoner for borgerne i hjemmeplejen/plejecentre i det daglige kan støtte op om rehabiliteringsindsatsen. Derudover har de faste kontaktpersoner et godt kendskab og relation til borgeren, der er vigtigt for at kunne arbejde rehabiliterende med målgruppen.
- Rehabiliteringsforløb kan forbedre målgruppens funktionsevne. Det er en dog vigtigt, at målgruppens forløb er fleksibelt og løbende justeres, da borgernes psykiske og fysiske funktionsevne kan ændre sig fra dag til dag. Det kan i den forbindelse være nødvendigt at udføre observationer og justere målsætningen ad flere omgange.
- Dele af målgruppen har kognitive udfordringer, der gør det svært for borgerne selv, at fastholde generhvervet funktionsevne når rehabiliteringsforløbet afsluttes. Derfor er det vigtigt, at borgeren

⁵ Assessment of Motor and Process Skills (AMPS-testen) er et observationsredskab, som anvendes til at vurdere kvaliteten af personers udførelse af dagligdagsaktiviteter

støttes i at fastholde den generhvervede funktionsevne efter endt rehabiliteringsforløb. Det er et opmærksomhedspunkt i Furesø, men de har i projektet ikke arbejdet specifikt med dette.

- Systematisk observation via AMPS af ældres dagligdagsopgaver er et godt redskab til at differentiere og målrettet tilbuddet efter borgerens behov.

**DRIVKRÆFTER:**

En drivkraft for projektet er, at lederne i hjemmeplejen og plejecentrene har understøttet og bakket op om projektet ved at minde social- og sundhedspersonalet om at opspore borgere til projektet. På den måde er projektet blevet en integreret del af driften. Det har også medvirket til, at social- og sundhedspersonalet har budt ind med borgere på *rehabiliteringsmøderne*.

En anden drivkraft i projektet har været, at projektlederen har været kendt i organisationen inden projektets start, det har betydet at de lettere har kunnet gå ind i organisationen og koordinere på tværs.

BARRIERER:

En barriere for den tværfaglige sparring er, at der ikke er opstået de synergier og faglige sparring mellem de tre projektergoterapeuter og det resterende personale på genoptræningscenteret, som ellers har været tanken med forankringen af ergoterapeuterne på genoptræningscenteret. I stedet opfatter ergoterapeuterne sig i højere grad som en intern enhed på genoptræningscenteret.

CASEBESKRIVELSE FAABORG-MIDTFYN



MÅLGRUPPE:

Målgruppen er sårbare ældre i eget hjem, som enten:

- modtager både sygepleje og hjemmepleje
- modtager både socialpædagogisk bistand og hjemmepleje eller sygepleje
- nye borgere, som udskrives fra hospitalet til to af følgende: hjemmehjælp; sygepleje; socialpædagogisk bistand.

Borgere rekrutteres til et rehabiliteringsforløb i projektet ved hjælp af udtræk i omsorgssystemet.



ORGANISERING:

I Faaborg-Midtfyn Kommune har de afprøvet en model for rehabiliteringsforløb i to hjemmeplejeområder henholdsvis Ringe og Faaborg. I hvert område har de nedsat en tværfaglig projektgruppe med 16 deltagere, der er sammensat på tværs af kommunens træningsenhed, områdets hjemmepleje-gruppe, planlægger fra hjemmepleje, myndighed og det socialpædagogiske område (servicelovens § 85). Det gælder social- og sundhedsassistenter, social- og sundheds-hjælpere, sygeplejersker, visitatorer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og social-pædagoger. Projektgrupperne har i projektet været ansvarlig for at varetage forløbskoordination af rehabiliteringsforløb til borgere i målgruppen.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Indsatsen består af tre aktiviteter: *Borgermøder, ugentlige tværfaglige koordineringsmøder og brug af forløbskoordinatorer*. De tre aktiviteter er identificeret og udviklet på baggrund af en indledende behovsafdækning, som er blevet gennemført af en ekstern konsulent fra Syddansk Sundhedsinnovation. Tilsvarende gennemførte projektlederen og projektgruppen sammen med en større kreds af medarbejdere fra de repræsenterede områder, der har fokus på rehabilitering til daglig, også en behovsafdækning fra deres perspektiv. Resultaterne fra behovsafdækningen viste, at der var et behov for klare borgermål og faste forløbskoordinatorer for at sikre et sammenhængende borgerforløb.

For alle borgere i et rehabiliteringsforløb i projektet afholdes et **borgermøde**, hvor omdrejningspunktet er, at borgeren selv skal italesætte egne mål og ønsker. På borgermødet tager forløbskoordinatorerne

		Baggrunds-karakteristika
Køn	Mand	37 pct. N=27
	Kvinde	63 pct.
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	70 pct. N=27
Alder	Gns. alder	82 år N=27
Boligforhold	Eget hus	33 pct.
	Lejlighed, rækkehus eller andel	37 pct. N=27
	Ældrebolig	30 pct.
	Plejecenter	0 pct.
Motivation	Gns. motivation (0-10)	5,1 N=27
Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse	26 pct.
	Akut sygdom, ikke indlæggelse	-
	Tab af funktionsevne	70 pct. N=27
	Revisitation	-
	Andet	-
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje	74 pct.
	Visiteret til praktisk hjælp	67 pct.
	Visiteret til genoptræning	48 pct. N=27
	Visiteret til hjemmesygepleje	74 pct.
	Ikke visiteret til en af ovenstående	-
Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100)	27
	Gns. score efter forløb (0-100)	47 N=17
	Gns. udvikling i score (0-100)	20
Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100)	52
	Gns. score efter forløb (0-100)	65 N=12
	Gns. udvikling i score (0-100)	13
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb	4,4
	Gns. timer per uge efter forløb	3,0 N=19
	Gns. forskel i timer per uge	-1,4
Samlet antal borgere i indsatsen		28**

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført forløbet. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber. Det er ikke muligt at medtage analyser af andelen af borgere med demens eller lignende kognitive forandringer grundet diskretionskrav. Felter markeret med '-' indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav. ** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

udgangspunkt i et målskema, der anvendes til at identificere borgerens mål. Målskemaet sikrer, at forløbskoordinatoren hele tiden har fokus på tidshorizonten, hvorfor målene er brudt op i indsatsmål efter henholdsvis tre, seks og ni uger. Der afholdes i alt tre møder mellem forløbskoordinatorene og borgeren: Et indledende møde, et opfølgende møde og et afsluttende møde. Borgermødet er således både en del af udrednings-, målsætnings- og opfølgningsfasen af rehabiliteringsforløbet.

I det første testforløb i Ringe blev det besluttet og testet, at der er to **forløbskoordinatore** tilknyttet til hvert borgerforløb. Makkerparret parres på tværs af fagligheder efter hensyntagen til borgerens behov. Alle de forskellige fagligheder i arbejdsgruppen har potentielt kunnet være forløbskoordinatore. Det er forløbskoordinatoren, som afholder borgermødet og har fokus på at identificere borgerens mål.

Det tværfaglige koordineringsmøde afholdes en gang om ugen af en times varighed i arbejdsgruppen, hvor alle borgere i målgruppen i rehabiliteringsforløb bliver gennemgået. Formålet med mødet er at sikre fremdrift i rehabiliteringsforløb og sikre, at såvel borgernes som alle faggrupperes viden bliver inddraget i planlægningen og opfølgningen på forløbet. På mødet er der en fast struktur med en mødeleder og en der styrer tiden. Det er mødelederens opgave at understøtte tværfaglige diskussioner. Mødet starter med en kort runde, hvor alle igangværende borgerforløb gennemgås, og deltagerne byder derefter ind, hvis der er andre borgere, der er aktuelle at drøfte på mødet.

LÆRING:

- Det tværfaglige samarbejde kræver mange ressourcer og et stort vedholdende fokus. Både projektleder, driftsledere og medarbejdere oplever, at de tværfaglige møder og projektet generelt har bragt de involverede fagligheder tættere sammen, og at ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialpædagoger, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter fra hjemmeplejen og sygeplejersker fra sygeplejen i højere grad ser hinanden som ligeværdige samarbejdspartnere og har en faglig sparring om rehabiliteringsforløb.
- Testforløb 1 har vist, at der har været behov for at give medarbejderne et "brush up" i, hvordan der dokumenteres i omsorgsjournalen. Korrekt og ensartet dokumentation er en forudsætning for at de forskellige faggrupper kan se og forstå hinandens observationer, hvilket er et vigtigt afsæt for et sammenhængende og velkoordineret forløb. En anden læring har i den sammenhæng været, at det er vigtigt, at der afsættes ordentlig tid til at dokumentere, da det understøtter at brugbare observationer overleveres.
- Projektet viser, at der er et stort potentiale i at inddrage socialpædagoger, da de kan belyse borgerens situationer i et psykosocialt perspektiv. Dertil kan socialpædagoger i kraft af deres relation til borgeren også være med til styrke borgernes motivation for rehabiliteringsforløbet.



**DRIVKRÆFTER:**

Medarbejderne i arbejdsgruppen har været meget motiverede og kunne se et stort potentiale i de tværfaglige møder, det har skabt lyst til at arbejde med den nye tilgang. Medarbejderne har været meget nysgerrige på de forskellige fagligheder og kunne se et behov for at bruge hinandens kompetencer i rehabiliteringsforløb til målgruppen. Medarbejderne har fået et bedre kendskab til hinandens fagligheder og kompetencer, hvilket gør det nemmere at samarbejde om rehabiliteringsforløbet.

BARRIERER:

En stor organisationsændring i kommunen i opstartsfasen har skabt usikkerhed omkring rollerne i projektet samt bidraget til en sen opstart af projektet. Ændringen har bestået af, at de rehabiliteringsgrupper, der tidligere var tværfagligt sammensat af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, socialpædagoger og ergoterapeuter, blev nedlagt. Det gjorde, at alle faggrupper organisatorisk blev placeret i hver sin enhed. Derudover påpeger både projektleder, nøglemedarbejderne og driftslederen, at den eksplorative tilgang, der var lagt op til i projektets opstartsfasen, har været udfordrende og skabt frustration i arbejdsgruppen, da arbejdsgruppen ikke har været vant til at arbejde eksplorativt tidligere. Slutteligt har det også været en udfordring at rekruttere borgere til projektet, da udtrækket fra omsorgssystemet ikke stemmer overens med de borgere, som reelt er i målgruppen. Det skyldes hovedsageligt dødsfald, flytning til anden bopæl eller indlæggelser.

CASEBESKRIVELSE GREVE

MÅLGRUPPE:

Målgruppen i projektet er borgere, som er +65 år, og som har været indlagt minimum én gang. Det gælder både borgere på plejecentre og hjemmeplejen. Inklusionskriterierne for målgruppen har ændret sig undervejs i projektet. I starten af projektet var inklusionskriteriet borgere, som var +65 år og havde været indlagt to gange indenfor 12 måneder, men det viste sig vanskeligt for visitationen at implementere denne skelnen i praksis, og tilgangen af borgere var derfor sparsom. På grund af udfordringer med at få det ønskede antal borgere med i projektet har der været en løbende dialog med visitationen om at revidere inklusionskriterierne for projektet.

ORGANISERING:

Der er i projektperioden etableret et tværfagligt rehabiliteringsteam. Teamet består af én sygeplejerske, én ergoterapeut ansat på fuld tid samt én diætist ansat på deltid. Det tværfaglige rehabiliteringsteam er forankret i kommunens træningsenhed. Det tværfaglige rehabiliteringsteam fungerer parallelt med kommunens øvrige rehabiliteringsteams (§ 83 a). Rehabiliteringsteamet samarbejder med lokale forløbskoordinatorer, visitatorer og sygeplejersker på møder hver 14. dag med fokus på tværfaglig sparring i specifikke borgerforløb. I hver hjemmepleje- og plejecenterenhed er der forankret en forløbskoordinator for rehabiliteringsforløb, det er enten en fysioterapeut, ergoterapeut eller social- og sundhedsassistent.

BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Formålet med det tværfaglige rehabiliteringsteam er at samle tværfaglige kompetencer i et specialiseret team, der skal understøtte rehabiliteringsforløb til borgere med tværfaglige og komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov. Det gør det specialiserede rehabiliteringsteam dels ved at kompetenceudvikle de enkelte forløbskoordinatorer omkring rehabiliteringsforløb til målgruppen gennem side-mandsoplæring og dels ved at styrke målgruppens rehabiliteringsforløb ved at bruge teamets tværfaglige kompetencer.

Baggrunds-karakteristika

Køn	Mand Kvinde	39 pct. 61 pct.	N=69
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	74 pct.	N=69
Alder	Gns. alder	81 år	N=69
Boligforhold	Eget hus Lejlighed, rækkehus eller andel Ældrebolig Plejecenter	49 pct. 20 pct. 10 pct. 20 pct.	N=69
Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret eller ikke diagnosticeret demens* Nej Ved ikke	7 pct. 86 pct. 7 pct.	N= 69
Motivation	Gns. motivation (0-10)	7,6	N=69
Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse Akut sygdom, ikke indlæggelse Tab af funktionsevne Revisitation Andet	77 pct. - 10 pct. - 6 pct.	N=69
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje Visiteret til praktisk hjælp Visiteret til genoptræning Visiteret til hjemmesygepleje Ikke visiteret til en af ovenstående	16 pct. 26 pct. 0 pct. 14 pct. 61 pct.	N=69
Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100) Gns. score efter forløb (0-100) Gns. udvikling i score (0-100)	51 58 7	N=41
Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100) Gns. score efter forløb (0-100) Gns. udvikling i score (0-100)	65 71 6	N=38
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb Gns. timer per uge efter forløb Gns. forskel i timer per uge	0,5 1,9 1,4	N=46
Samlet antal borgere i indsatsen		170**	

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført før-målingen. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber.
Felter markeret med '-' indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav.
*Det er ikke muligt at skelne mellem diagnosticeret og ikke diagnosticeret demens grundet diskretionskrav.
** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

Det tværfaglige rehabiliteringsteam er forløbsansvarlige i rehabiliteringsforløb til målgruppen. Mens det er de lokale forløbskoordinatorer, der varetager den daglige rehabilitering. Det betyder, at det tværfaglige rehabiliteringsteam har ansvar for at starte rehabiliteringsforløb op, løbende at følge op og afslutte forløbet. Herunder at afdække borgerens rehabiliteringsbehov samt at sparre med de lokalt forankrede rehabiliteringskoordinatorer på kommunens hjemmepleje- og plejecenterenheder. Herudover kan målgruppen tilbydes to ekstrabesøg fra det tværfaglige rehabiliteringsteam, hvor borgeren og forløbskoordinatoren kan få konkrete løsningsforslag på eventuelle udfordringer i forhold til rehabiliteringsforløbet.

Borgerne i målgruppen er visiteret specifikt til det tværfaglige rehabiliteringsteam efter hospitalsindlæggelse eller midlertidigt ophold på kommunens rehabiliteringscenter – mens øvrige borgere, der visiteres til § 83 a forløb visiteres til kommunens øvrige rehabiliteringsteams. Når en borger er inkluderet i projektet, er det en planlægger fra den hjemmeplejegruppe eller det plejecenter, som borgeren udskrives til, der indkalder til et opstartsmøde. På opstartsmødet deltager borgeren, en pårørende hvis muligt, en kontaktperson fra hjemmepleje/plejecenter (typisk social- og sundhedsassistent eller social- og sundheds-hjælper), en lokalt forankret forløbskoordinator og én fra det tværfaglige rehabiliteringsteam. De lokale planlæggere har adgang til det tværfaglige rehabiliteringsteams kalender og kan booke dem direkte deri. Det tværfaglige rehabiliteringsteam er samlet dagligt og sparrer løbende. Det betyder, at de løbende sparrer med hinanden, hvis de har brug for et andet fagligt perspektiv på et borgerforløb. Til **opstartsmødet** bliver der aftalt mål for, hvad borgeren vil opnå i rehabiliteringsforløbet. I den første uge laver kontaktpersonen en ernæringscreening for at udrede borgerens ernæringsmæssige tilstand. Derudover laver sygeplejen eller plejecenterets sygeplejerske en sygeplejefaglig udredning. I forløbet er der planlagt en **midtvejssamtale** og en **slutsamtale**, hvor borgerens kontaktperson og forløbskoordinator deltager sammen med én fra det rehabiliterende team. Der er mulighed for, at borgerne kan få op til to ekstra besøg fra det tværfaglige rehabiliteringsteam, hvis borgernes kontaktperson/borgerne er usikker på, hvordan borgeren bedst støttes i rehabiliteringsforløbet. Til slutsamtalen laver det tværfaglige rehabiliteringsteam en slutevaluering til visitationen, der afgør borgerens videre forløb.

*Det tværfaglige rehabiliteringsteam og alle forløbskoordinatorer afholder et **møde** på to timer hver 14. dag, hvor de gennemgår alle borgerforløb i projektet og sparrer fagligt.*

LÆRING:



- Igennem projektet har de forskellige faggrupper, der er involveret i rehabiliteringsforløbene fået indsigt i betydningen af at have nem adgang til at inddrage tværfaglige kompetencer i rehabiliteringsforløbet. De oplever, at det gør, at de hurtigere kommer i mål med forløbene, fordi det er nemmere at få de rette faggrupper inddraget, hvilket gør rehabiliteringsforløbene mere fleksible og målrettede i forhold til borgerens aktuelle behov. Omvendt har de tidligere oplevet, at inddragelse af andre faggrupper ofte forsinkes af lange arbejdsgange eller manglende kendskab til, hvem der er bedst til at løse en opgave. Det har samtidig betydet, at de har lært at se lidt bredere på borgerens udfordringer og behov, hvilket styrker forudsætningerne for at målrette indsatsen.
- En anden central læring, som forløbskoordinatorerne har erfaret i rehabiliteringsforløbet, er, at målgruppen kan mere end de umiddelbart tror. Derfor er vedholdenhed, motivation og synliggørelse af borgernes kompetencer og udvikling et centralt greb i arbejdet med rehabiliteringsforløb til målgruppen. Det har forløbskoordinatorerne gjort ved løbende at følge op med borgerne på deres mål, så de ved at italesætte udviklingen, der er sket, støtter borgeren i at se, hvordan de har udviklet sig i forløbet.

**DRIVKRÆFTER:**

I løbet af projektperioden er der sket en organisatorisk ændring, så projektlederen er omplaceret fra at være forankret på et plejecenter til at være forankret på rådhuset, hvor visitationen også er forankret. Det har gjort, at projektlederen er kommet tættere på de medarbejdere, der visiterer rehabiliteringsforløbet. Det har styrket kommunikationen mellem projektleder og visitation, hvilket har betydet, at de har fået lavet aftaler om, hvilke borgere der skal visiteres til forløbet og fået flere borgere visiteret til projektet.

BARRIERER:

I Greve Kommune har de haft store udfordringer med at opspore og visitere borgere til det tværfaglige rehabiliteringsteam. Det skyldes dels, at en del af visitationens medarbejdere var udlånt og tastede data i et nyt omsorgssystem, og dels at det tværfaglige rehabiliteringsteam var et nyt og særskilt team, der i modsætningen til kommunens øvrige rehabiliteringsteams, der er knyttet op på specifikke områder, går på tværs af alle hjemmepleje og plejecenterenheder. Visitationen har skullet visitere borgere i målgruppen særskilt til det tværfaglige rehabiliteringsteam, arbejdsgangene i denne visitation har været udfordret af manglende kendskab til projektet og ændringer i målgruppen for projektet. Den særskilte visitation til det tværfaglige rehabiliteringsteam for borgere i målgruppen har været udfordret af manglende kendskab til projektet og kriterierne for målgruppen i projektet. Denne udfordring har projektlederen forsøgt at imødekomme ved at opstille krav om, at visitationen skulle visitere fem borgere om ugen til de tværfaglige rehabiliteringsforløb i projektet. Ifølge det tværfaglige rehabiliteringsteam, der alle er nyansatte i forbindelse med projektet, har de samtidig oplevet, at det har været en udfordring, at de ikke har haft nogle relationer at trække på i organisationen i forhold til at udbrede kendskabet til deres særskilte fokus på rehabilitering til målgruppen.

CASEBESKRIVELSE GULDBORGSUND



MÅLGRUPPE:

Målgruppen er borgere, der triageres gul eller rød grundet ændret habitual-tilstand. Derudover kan det være borgere, der er udskrevet fra hospitalet, der har plejebenhov, der kræver en tværfaglig indsats.



ORGANISERING:

I Guldborgsund Kommune leveres rehabiliteringsforløb efter § 83 a af hjemmeplejen. Alle hjemmeplejegrupper har en ergoterapeut eller fysioterapeut ansat som forløbskoordinator, der er ansvarlig for at planlægge og kvalificere rehabiliteringsforløbene.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

I Guldborgsund Kommune har de i regi af projektet udviklet og introduceret en ny metode – **ugentlige tavlemøder** – hvor de gennem triagering og tværfaglig analyse af borgere har fokus på tidlig opsporing og iværksættelse af rehabiliteringsforløb eller forebyggende tiltag. Derudover er der i kommunen sideløbende med projektet sket en omorganisering af rehabiliteringsforløb på hele § 83 a-området, hvor de har ansat forløbskoordinatorer i alle hjemmeplejedistrikter. Forløbskoordinatorfunktionen varetages af en ergoterapeut eller fysioterapeut. Forløbskoordinatoren er ansvarlig for rehabiliteringsforløb og samarbejder med de andre medarbejdere i hjemmeplejen om udførelse af forløb. Deres lokale forankring medvirker til løbende sparring og et vedholdende fokus på rehabilitering, hvilket smitter positivt af på medarbejderne, der bliver mere observerende og reflekterende i forhold til rehabiliteringspotentiale hos borgerne.

		Baggrunds-karakteristika
	Køn	Mand 40 pct. N=72
		Kvinde 60 pct.
	Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle 79 pct. N=72
	Alder	Gns. alder 79 år N=72
	Boligforhold	Eget hus 44 pct. N=72
		Lejlighed, rækkehus eller andel 26 pct.
		Ældrebolig 30 pct.
	Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret demens 3 pct. N=72
		Andel m. ikke-diag. demens 24 pct.
		Nej 58 pct.
		Ved ikke 15 pct.
	Motivation	Gns. motivation (0-10) 6,6 N=72
	Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse 56 pct. N=72
		Akut sygdom, ikke indlæggelse 0 pct.
		Tab af funktionsevne 36 pct.
		Revisitation -
		Andet -
	Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje 78 pct. N=72
		Visiteret til praktisk hjælp 75 pct.
		Visiteret til genoptræning 10 pct.
		Visiteret til hjemmesygepleje 61 pct.
		Ikke visiteret til en af ovenstående 11 pct.
	Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100) 58 N=32
		Gns. score efter forløb (0-100) 60
		Gns. udvikling i score (0-100) 2
	Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100) 58 N=27
		Gns. score efter forløb (0-100) 68
		Gns. udvikling i score (0-100) 10
	Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb 4,7 N=35
		Gns. timer per uge efter forløb 2,5
		Gns. forskel i timer per uge -2,2
Samlet antal borgere i indsatsen		221**

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført forløbet. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber. Felter markeret med '-' indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav. ** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

De **ugentlige tavlemøder** i hjemmeplejegrupperne faciliteres af gruppeledere lokalt i hjemmeplejedistrikterne. Tavlemøderne tager 15 minutter, og både social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter og forløbskoordinator deltager. På tavlemødet anvendes en tavle, der er designet specifikt til formålet. Alle borgere, der er triageret gule eller røde, skrives på tavlen, og det noteres, hvilke observationer der har gjort, at borgeren er triageret gul eller rød, hvilke indsatser der er iværksat, hvem der er

ansvarlig og eventuelle andre bemærkninger. Borgerne triageres gul eller rød, hvis medarbejderne observerer, at der er sket en forandring med borgeren, det kan eksempelvis være væggtab, smerte, funktionsstab eller lignende. Borgerne gennemgås ved hjælp af ISBAR-metoden, der er et værktøj til at kommunikere og dele viden om en borger gennem fem faste punkter: *Identifikation, situation, baggrund, analyse og rådgivning*. Borgerens primære kontaktperson gennemgår de første tre punkter; identificerer, hvem borgeren er, fortæller om borgerens situation og om den kliniske baggrund. Til de næste to punkter byder alle faggrupper ind, hvor mulige årsager og handlemuligheder drøftes. Den tværfaglige analyse gør, at de forskellige fagligheder byder ind med deres perspektiver, hvilket højner kvaliteten og medvirker til, at den mest målrettede indsats iværksættes. Derudover aftales det på mødet, hvem der er ansvarlig for at foretage den aftalte handling.

Derudover har de i projektet implementeret **tværfaglige rehabiliteringsmøder**, der afholdes hver anden måned. Det tværfaglige rehabiliteringsmøde er et tværfagligt læringsforum, hvor forløbskoordinatorer, udvalgte social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker og visitationen deltager fast. Derudover deltager seniorvejledere, aktivitets- og frivilligkoordinatorer fra kommunens afdeling for folkesundhed ad hoc. På mødet er der en generel drøftelse af rehabilitering, der skal understøtte udbredelsen i hele organisationen. Det gør de blandt andet ved at tage borgercases op og fælles drøfte borgeren og forløbet. På den måde opnår de indsigt og kendskab til, hvad forskellige faggrupper kan på tværs af organisationen og lærer relevante samarbejdspartnere at kende, hvilket gør det lettere at tage kontakt i dagligdagen.



LÆRING:

- En central læring, som kommunen har gjort i forhold til implementering og udbredelse af rehabiliteringsforløb til målgruppen, har været, at de gode historier og synliggørelse af, hvilken betydning rehabiliteringsforløbet har for borgerne, styrker plejepersonalets forståelse af rehabiliteringspotentialer. Det styrker forudsætningerne for at udbrede tilgangen i organisationen.
- Arbejdet med rehabilitering til målgruppen har bekræftet, at rehabilitering kan give borgerne fornyet livskvalitet og understøtte borgerne i at fastholde grundlæggende aktiviteter i deres hverdagsliv.



DRIVKRÆFTER:

Forankringen af forløbskoordinatorerne lokalt i hjemmeplejegrupperne har været en drivkraft for den løbende tværfaglige sparring mellem medarbejderne i hjemmeplejen og forløbskoordinatorerne og har medvirket positivt til, at medarbejderne er blevet mere observerende og reflekterende i forhold til rehabiliteringspotentialer. Det har styrket den tidlige opsporing af målgruppen på de ugentlige tavlemøder, hvor forløbskoordinatorerne ligeledes deltager.

BARRIERER:

En barriere i forhold til at arbejde med at udvikle rehabiliteringsforløb til målgruppen har været, at der ikke var en specifik praksis og organisering af rehabiliteringsforløb generelt. Det har betydet, at der ikke har været et fundament at bygge videre på og hele organisationen har skullet opbygge kapacitet og viden til at arbejde med rehabiliteringsforløb. De systematiske tavlemøder og forankring af forløbskoordinatorerne lokalt i hjemmeplejedistrikterne har understøttet kapacitetsopbygningen i hjemmeplejegrupperne.

CASEBESKRIVELSE HILLERØD



MÅLGRUPPE:

I Hillerød Kommune er målgruppen borgere med rehabiliteringspotentiale, der samtidig har komplekse problemstillinger og brug for en sygeplejefaglig behandling.



ORGANISERING:

I Hillerød Kommune er rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a forankret i kommunens træningsenhed i teamet Aktiv i din hverdag (AIDH). AIDH er kommunens eksisterende rehabiliteringsteam, der arbejder på tværs af alle hjemmeplejegrupper i samarbejdet om levering af rehabiliteringsforløb. Som led i projektet har de placeret en sygeplejefaglig kompetence i teamet først fuldtid og senere i projektet deltid.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

I Hillerød Kommune har de arbejdet med at integrere sygeplejen i rehabiliteringsforløb for at styrke rehabiliteringsforløb til borgere med komplekse problemstillinger og brug for sygeplejefaglig behandling. Til dette formål har en sygeplejerske været tilknyttet til AIDH-teamet. AIDH-Team består af 18 medarbejdere, fordelt over social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, en planlægger, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Formålet med indsatsen har været at styrke samarbejdet om rehabiliteringsforløb til målgruppen ved at knytte sygeplejen og træningssektionen tættere sammen, og ved at indføre arbejdsgange, der sikrer et fokuseret tværfagligt og fælles fokus på den enkelte borger. Konkret har de i udvidet to eksisterende mødeaktiviteter i AIDH-teamet til også at inkludere sygeplejersker. Det gælder henholdsvis *Tværfaglige videns- og koordineringsmøder* og *borgerkonferencer*.

De **tværfaglige videns- og koordineringsmøder** er et møde, hvor projektlederen/planlæggeren, sygeplejersken og en ergoterapeut deltager. Mødet afholdes ugentligt og bliver brugt til at koordinere opstarten af rehabiliteringsforløb. På mødet gennemgår mødedeltagerne alle borgere, der er blevet visiteret til et rehabiliteringsforløb og foretager en tværfaglig vurdering af, hvorvidt borgerne skal inddrages i projektet. Derefter koordinerer planlæggeren, at ergoterapeuten og kontaktpersonen for forløbet fra

Baggrunds-karakteristika

Køn	Mand Kvinde	53 pct. 47 pct.	N=17
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	53 pct.	N=17
Alder	Gns. alder	82 år	N=17
Boligforhold	Eget hus	47 pct.	N=17
	Lejlighed, rækkehus eller andel	47 pct.	
	Ældrebolig	- pct.	
	Plejecenter	- pct.	
Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret eller ikke diagnosticeret demens*	24 pct.	N=17
	Nej	76 pct.	
	Ved ikke	0 pct.	
Motivation	Gns. Motivation (0-10)	8,0	N=17
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje	12 pct.	N=17
	Visiteret til praktisk hjælp	41 pct.	
	Visiteret til genoptræning	35 pct.	
	Visiteret til hjemmesygepleje	53 pct.	
	Ikke visiteret til en af ovenstående	35 pct.	
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb	1,0	N=15
	Gns. timer per uge efter forløb	1,1	
	Gns. forskel i timer per uge	0,1	
Samlet antal borgere i indsatsen		353**	

Note: For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført forløbet. Den gennemsnitlige score for trivsel og funktionsevne er udeladt samt visitationsårsag, da antallet af observationer er for få til at sikre anonymitet.
Felter markeret med ^{1,2} indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav.
*Det er ikke muligt at skelne mellem diagnosticeret og ikke diagnosticeret demens grundet diskretionskrav.
** Der er diskrepans mellem det samlede antal N og N for baggrundskarakteristika. Dette skyldes dels, at der i starten af projektperioden i Hillerød Kommune kun var én projektmedarbejder, der udfyldte skemaerne. Det var derfor kun borgere, der havde besøg af denne medarbejder, der udfyldte skemaer, mens de resterende borgere blot blev registreret i økonomiskemaet. Derudover skyldes det, at nogle borgere ikke ønskede at udfylde skemaet eller ikke var i stand til det pga. deres helbredstilstand.

hjemmeplejen afholder et opstartsmøde i borgerens hjem. Til opstartsmødet er der afsat en time til sammen med borgeren at sætte mål for rehabiliteringsforløbet, og samtidig bliver der arbejdet med borgerens motivation. Derefter påbegyndes forløbet, der varetages af AIDH, hjemmeplejen og sygeplejen.

For at målrette indsatsen til borgeren og sikre opfølgning afholder **AIDH borgerkonferencer** to gange om ugen med deltagelse af alle i rehabiliteringsteamet og en sygeplejerske, derudover deltager en pårørende koordinator, en demenskoordinator og en visitator hver 14. dag. Formålet med mødet er at give en status på borgerens helbredstilstand og progression i forløbet. Borgerne drøftes på borgerkonferencen, hvis en borger er triageret gul eller rød grundet funktionstab eller risiko for at blive indlagt, eller en medarbejder oplever, at en borger har udfordringer. Disse to måder sikrer, at borgere, som har brug for særlig opmærksomhed, bliver drøftet på borgerkonferencerne. Det er altså ikke nødvendigvis alle borgere i et rehabiliteringsforløb, der drøftes på borgerkonferencen.



LÆRING:

- En sygeplejerske har været fast koblet til det rehabiliterende team via ugentlig deltagelse på det tværfaglige videns- og koordineringsmøde og deltagelse på borgerkonferencer. Det har været vigtigt, da de sygeplejefaglige kompetencer inkluderer viden om eksempelvis smerter, som denne målgruppe ofte har, og som kan være afgørende for, hvornår og hvordan det giver mening at gennemføre træningsaktiviteter i rehabiliteringsforløbet.
- Pårørendekoordinator og demenskoordinator er med på borgerkonferencer. Mange i målgruppen har kognitive udfordringer, og derfor er vigtigheden af løbende sparring med en demenskoordinator en vigtig læring. Pårørendekoordinatoren har på samme måde kunne sparre om problematikker i relation til pårørende og har skabt kontakt til pårørende. Det har styrket en helhedsorienteret forståelse af målgruppen at inddrage pårørendekoordinatoren og demenskoordinatorens perspektiver



DRIVKRÆFTER:

Det tværfaglige samarbejde har vist sig at være en drivkraft for den løbende kompetenceudvikling, da forskellige kombinationer af fagligheder har gjort, at der er foregået en tæt faglig sparring. En anden drivkraft er, at teamet er af mindre størrelse. På den måde har medarbejderne indgående kendskab til hinanden og hinandens fagligheder. En tredje drivkraft har været, at samarbejdspartneren i form af sygeplejersken har bidraget med sygeplejefaglig sparring til resten af *Aktiv i din hverdag*. Den faglige sparring mellem sygeplejerske og *Aktiv i din hverdag* er både foregået i den daglige arbejdsgang og til *borgerkonferencerne*.

BARRIERER:

Hvis borgeren har mindre komplekse udfordringer, kan nogle indsatser blive afviklet uden ergoterapeuter, men i stedet af erfarne social- og sundhedsassistenter eller social- og sundhedshjælpere. I disse tilfælde deltager der ikke en ergoterapeut til opstartssamtalen med borgeren. Social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere har dog ikke afsat særskilt tid til denne mødedeltagelse, det betyder, at de kun kan deltage den tid, der er afsat til selve ydelsen, som borgeren er visiteret til. Det er en barriere for at sikre en god opstart af et forløb. En anden barriere er, at der er sket en udskiftning i projektets ledelse, da både områdeleder og projektleder har overtaget projektet fra deres forgængere. Udskiftningen har påvirket fremdriften af projektet, da lederne har skullet bruge tid på at indfinde sig i deres nye roller i forhold til projektet.

CASEBESKRIVELSE HVIDOVRE



MÅLGRUPPE:

Rehabiliteringsforløbet er målrettet alle borgere, der modtager et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. Borgere, hvis rehabiliteringsforløb kun består af et par kontakter, hjælp til at bruge hjælpemidler eller lignende er ekskluderet fra projektet.



ORGANISERING:

I Hvidovre Kommune har de i regi af projektet etableret et *Udrednings- og Rehabiliteringsteam* (U&R), som består af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en visitator.

Rehabiliteringsteamet er ansvarlige for rehabiliteringsforløb efter § 83 a, som leveres i samarbejde med kommunens hjemmeplejegrupper. Teamet har således en koordinerende funktion.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Et rehabiliteringsforløb i Hvidovre Kommune starter ved, at en borger bliver visiteret fra visitationen. Borgerne kan blive henvist på to måder: Enten bliver borgerne henvist direkte fra visitationen, fx ved udskrivelse fra hospitalet eller den midlertidige døgnrehabilitering, eller via henvendelse til rehabiliteringsteamet fra hjemmeplejen, hvis de observerer et fald i funktionsevne hos en borger. Visitatoren i rehabiliteringsteamet kan visitere til rehabiliteringsforløb.

Rehabiliteringsforløbet starter derefter med en **opstartssamtale** med borgeren, der afholdes af enten fysioterapeuten, ergoterapeuten eller sygeplejersken og, eventuelt en social- og sundhedshjælper der kender borgeren fra hjemmeplejen og borgerens pårørende. I opstartssamtalen laves en udredning af borgeren, og der bliver sat SMART-mål for, hvad borgeren ønsker at opnå i forløbet. Dette udmønter sig i en handlingsanvisning, der er en beskrivelse af indsatsen, der skal gennemføres hos borgeren og klæde social- og sundhedspersonalet på til at varetage rehabiliteringsforløbet. Derudover bliver social- og sundhedspersonalet også instrueret i, hvordan hjælpemidler skal bruges. Der er altid en fra rehabiliteringsteamet, der deltager på det første besøg hos borgeren sammen med social- og sund-

Baggrunds-karakteristika

Køn	Mand Kvinde	35 pct. 65 pct.	N=66
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	80 pct.	N=66
Alder	Gns. alder	78 år	N=66
Boligforhold	Eget hus Lejlighed, rækkehus eller andel Ældrebolig Plejecenter	27 pct. 70 pct. 3 pct. 0 pct.	N=66
Motivation	Gns. motivation (0-10)	7,8	N=66
Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse Akut sygdom, ikke indlæggelse Tab af funktionsevne Revisitation Andet	52 pct. 5 pct. 38 pct. - -	N=66
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje Visiteret til praktisk hjælp Visiteret til genoptræning Visiteret til hjemmesygepleje Ikke visiteret til en af ovenstående	23 pct. 41 pct. 17 pct. 20 pct. 50 pct.	N=66
Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100) Gns. score efter forløb (0-100) Gns. udvikling i score (0-100)	54 59 5	N=45
Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100) Gns. score efter forløb (0-100) Gns. udvikling i score (0-100)	70 76 6	N=40
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb Gns. timer per uge efter forløb Gns. forskel i timer per uge	0,9 1,0 0,1	N=45
Samlet antal borgere i indsatsen		393*	

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført forløbet. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber. Det er ikke muligt at medtage analyser af andelen af borgere med demens eller lignende kognitive forandringer grundet diskretionskrav. Felter markeret med '-' indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav. * Der er diskrepans mellem det samlede antal N og N for baggrundskarakteristika. Dette skyldes dels, at Hvidovre Kommune har registreret alle de borgere, der har været oprettet et forløb på, selvom nogle af disse borgere blot har haft en indledende samtale eller et enkelt besøg og ikke har modtaget et egentligt rehabiliteringsforløb. Derudover skyldes det, at nogle af de svækkede borgere ikke har været i stand til at udfylde skemaet, og derfor har personalet ikke fået udfyldt baggrundsoplysninger på disse borgere.

hedshjælperen og viser dem, hvordan indsatsen skal udføres. Herefter er det enten social- og sundhedspersonalet, der alene varetager rehabiliteringsindsatsen, eller i et samarbejde mellem rehabiliteringsterapeuten og social- og sundhedspersonalet, hvor terapeuten løbende deltager og guider social- og sundhedspersonalet i det rehabiliterende arbejde med borgeren. Indsatsen afsluttes med en **afsluttende samtale**, hvor terapeuten og social- og sundhedshjælperen deltager. Ved den afsluttende samtale følger de op på SMART-målene. Derudover vurderer de, hvorvidt borgeren er blevet selvhjulpnen nok til at klare sig selv, eller hvorvidt de vurderer at borgeren fortsat bør modtage støtte eller pleje efter servicelovens § 83. Det er visitationen der i sidste ende har myndighed til at vurdere dette.

Der afholdes ugentligt **tværfaglige konferencer** med en varighed på 30 minutter. Disse møder afholdes lokalt i de tre hjemmeplejedistrikter i kommunen. På disse møder deltager der enten en fysioterapeut, ergoterapeut eller en sygeplejerske fra U&R. Det skifter, hvem der deltager, så alle fra U&R møder medarbejderne i hjemmeplejedistrikterne. På de **tværfaglige konferencer** gennemgås alle borgere i rehabiliteringsforløb, og der er mulighed for, at plejepersonalet kan få sparring på borgerforløb.



LÆRING:

- Det er vigtigt, at det er det samme social- og sundhedspersonale, som er tilknyttet borgeren, da det faste personale har en relation til borgeren, hvilket er med til at skabe tillid og tryghed i forløbet. Hensynet til kontinuitet har vist sig at være en udfordring pga. stor brug af vikarer og et skiftende vagtskema. Både projektleder, driftsleder og nøglemedarbejdere oplever, at kontinuitet og en fast struktur er særligt afgørende i arbejdet med de svækkede ældre.
- Der er forskel på medarbejderne i hjemmeplejen, nogle medarbejdere er uddannet til kompenserende pleje, mens andre medarbejdere er mere uddannet i den rehabiliterende tankegang. Det er derfor vigtigt at få alle medarbejdere, der er involverede i rehabiliteringsforløbene opkvalificeret i den rehabiliterende tankegang. Plejepersonalet beskriver, at de er begyndt at se borgeren på en anden måde, hvor de tænker mere over, "hvad kan borgeren egentlig selv", hvilket vidner om, at den rehabiliterende tankegang er blevet en større del af plejepersonalets praksis.

**DRIVKRÆFTER:**

En drivkraft for projektet og implementeringen af en rehabiliterende indsats og tilgang i Hvidovre Kommune har været *de tværfaglige konferencer*, hvor den tværfaglige sparring mellem U&R-teamet og social- og sundhedspersonalet har gjort, at social- og sundhedspersonalet har styrket deres kompetencer i forhold til at arbejde rehabiliterende. Dette er fx sket i forhold til dokumentation, hvor medarbejderne fra U&R på de tværfaglige konferencer har identificeret, at social- og sundhedspersonalet havde brug et kompetenceløft i forhold til kvaliteten i dokumentationen. Derefter er der blevet afholdt et fagligt oplæg om god dokumentation.

BARRIERER:

I forhold til at udvikle og implementere en indsats til målgruppen er det en udfordring, at de i Hvidovre Kommune i forbindelse med projektstart reorganiserede hele organiseringen omkring rehabiliteringsforløb. Det har betydet, at der politisk er en interesse i først og fremmest at få etableret rehabiliteringsforløb til hele § 83 a-området. Derudover har social- og sundhedspersonalet i varierende grad erfaring med at dokumentere velbeskrevne observationer såsom udvikling og forandring, det har gjort det svært for medarbejderne i U&R at følge op på borgerens udvikling i rehabiliteringsforløbet. Yderligere har implementeringen af blandt andet et nyt dokumentationssystem gjort, at social- og sundhedspersonalet har været usikre på, hvordan de skal dokumentere. En anden barriere for implementeringen af rehabiliteringsforløb til målgruppen er, at det kulturelt er en stor omvæltning for plejepersonalet at arbejde rehabiliterende med borgere, som allerede har modtaget praktisk hjælp eller personlig pleje fra hjemmeplejen i længere tid.

CASEBESKRIVELSE HØJE-TAASTRUP



MÅLGRUPPE:

Målgruppen for projektet er i Høje-Taastrup borgere, med komplekse medicinske forløb og problemstillinger. Målgruppen kaldes H2+.

Inklusionskriterierne er borgere, som på modtager hjemmehjælp eller kommer fra døgnrehabiliteringscentret, hvor der er sket en negativ ændring i deres funktionsevne. Teamet får visiteret flest borgere fra hospitalet efter en indlæggelse og fra kommunens døgnrehabiliteringsafsnit.



ORGANISERING:

Høje-Taastrup Kommune har etableret et tværfagligt rehabiliteringsteam. Teamet består af sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt en ernæringskonsulent⁶ og fungerer både i dag- og aftenvagtt. Det tværfaglige rehabiliteringsteam varetager borgerens samlede forløb, i de uger borgeren er i et rehabiliteringsforløb. Teamet varetager både rehabiliteringsforløb til borgere i målgruppen, men også andre mål-grupper, der modtager rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Rehabiliteringsforløbet starter, når visitationen har visiteret en borger i målgruppen til et rehabiliteringsforløb. Som det første starter sygeplejersken i teamet med at afholde et møde med borgeren. Det er altid en sygeplejerske, fordi borgerne i mange tilfælde kommer fra hospitalet, hvorfor det er vigtigt at få gennemgået den medicinske behandling som det første. Efter et par dage afholder en sygeplejerske og en fysioterapeut eller ergoterapeut fra teamet en **målsætningsamtale** med borgeren. Til målsætningsamtalen skal borgeren lave en mobilitetstest, hvorefter den rehabiliterende indsats bliver startet. Målene bliver løbende evalueret og justeret efter behov.

Baggrunds-karakteristika

Køn	Mand	41 pct.	N=56
	Kvinde	59 pct.	
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	61 pct.	N=56
Alder	Gns. alder	79 år	N=56
Boligforhold	Eget hus	45 pct.	N=56
	Lejlighed, rækkehus eller andel	47 pct.	
	Ældrebolig	9 pct.	
	Plejecenter	0 pct.	
Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret eller ikke diagnosticeret demens*	22 pct.	N=56
	Nej /ved ikke	79 pct.	
Motivation	Gns. motivation (0-10)	7,4	N=56
Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse	93 pct.	N=56
	Akut sygdom, ikke indlæggelse	-	
	Tab af funktionsevne	-	
	Revisitation	-	
	Andet	-	
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje	25 pct.	N=56
	Visiteret til praktisk hjælp	30 pct.	
	Visiteret til genoptræning	7 pct.	
	Visiteret til hjemmesygepleje	16 pct.	
	Ikke visiteret til en af ovenstående	21 pct.	
Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100)	39	N=27
	Gns. score efter forløb (0-100)	40	
	Gns. udvikling i score (0-100)	1	
Funktionsevne (WHODAS)	Gns. score før forløb (0-100)	55	N=20
	Gns. score efter forløb (0-100)	61	
	Gns. udvikling i score (0-100)	6	
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb	2,8	N=38
	Gns. timer per uge efter forløb	2,2	
	Gns. forskel i timer per uge	-0,6	
Samlet antal borgere i indsatsen		119**	

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført målingen. I trivsel og funktionsevne indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber.
Felter markeret med '-' indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav.
*Det er ikke muligt at skelne mellem diagnosticeret og ikke diagnosticeret demens grundet diskretionskrav.
** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

⁶ Cand.scient i Human Ernæring

Rehabiliteringsforløbet varer op til otte uger, men kan i nogle tilfælde blive forlænget. Ved afslutningen af forløbet afholder fysioterapeut eller ergoterapeuten og borgeren en **afsluttende samtale**, hvor de gentager mobilitetstesten og taler om målopfyldelsen. Nogle borgere afslutter helt uden hjemmehjælp, mens de fleste afslutter med mindre hjælp end udgangspunktet. Når borgeren bliver afsluttet, udarbejder teamet et slutnotat og overleverer forløbet til hjemmeplejen på et tværfagligt møde. Ved komplicerede forløb deltager rehabiliteringsteamet i det første besøg ude hos borgeren sammen med hjemmeplejen.

Det rehabiliterende team afholder **daglige tværfaglige morgenmøder**, hvor de drøfter hver borgers aktuelle situation. Derudover er der et kvarters overlap mellem dag- og aftenvagten, som muliggør en mundtlig overlevering. Denne organisering med daglige tværfaglige møder muliggør en hurtig reaktion på forandring hos borgeren. Foruden dette afholdes der ugentlige såkaldte **H-møder** samt et **triageringsmøde**. På H-møderne deltager rehabiliteringsteamet, hjemmeplejen og visitationen. Disse møder afholdes lokalt i hver hjemmeplejegruppe (i alt fire). H-møderne har til formål at overlevere de borgerforløb, der efter endt rehabiliteringsforløb overgår fra rehabiliteringsteamet til hjemmeplejen. Formålet med overlevering er at styrke forudsætningerne for at fastholde den rehabiliterende indsats i de dele af borgerens pleje og støtte, hvor det er meningsfuldt. Triageringsmødernes⁷ formål er at sikre faglig sparring i rehabiliteringstemaet og drøfte aktuelle rehabiliteringsforløb. Til disse møder er det kun rehabiliteringsteamet, der deltager.



LÆRING:

- Vigtigheden af sygeplejerskens rolle i rehabiliteringsindsatsen, når vi taler rehabilitering af målgruppen af ældre med komplekse medicinske problemstillinger. Borgernes sygdomstilstand skal stabiliseres i videst muligt omfang, førend det giver mening at arbejde rehabiliterende med borgerne.
- Rehabiliteringsforløbet skal ikke nødvendigvis startes op de første par dage efter borgeren er udskrevet fra hospitalet. Sygeplejersker og plejepersonalet kan derimod starte med at stabilisere borgerens tilstand, skabe tryghed og tillid. Derfor skal der være fleksibilitet i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbet til, at fagpersonerne kan vente med at sætte mål og igangsætte rehabiliteringsforløbet til borgeren er klar. Det styrker forudsætningerne for at finde frem til borgerens motivation.

⁷ Triageringsmøderne minder mere om et rehabiliteringsmøde, der omhandler generelle drøftelser af rehabiliteringsindsatsen, mens traditionelle triageringsmøder anvendes til systematisk udredning og opfølgning på borgerforløb.

**DRIVKRÆFTER:**

Det tværfaglige samarbejde, herunder sammensætningen af det tværfaglige rehabiliteringsteam og de tværfaglige møder, har været en central drivkraft ift. at lykkes med indsatsen. Sammensætningen af et team bestående af mange forskellige faggrupper gør teamet i stand til at tilbyde en helhedsorienteret indsats, hvor de hurtigt kan opspore og reagere på forandringer. Derudover har projektlederens opbakning og teamets engagement været en central drivkraft og motivation.

BARRIERER:

Hjemmeplejen og det rehabiliterende team er to separate enheder, hvilket betyder, at rehabiliteringsindsatsen er koncentreret i det rehabiliterende team og derfor foregår isoleret fra hjemmeplejen. Der er derfor en risiko for, at borgerens erhvervede funktioner efter rehabiliteringsindsatsen ikke fastholdes, fordi hjemmeplejen ikke har den samme indsigt i rehabilitering som rehabiliteringsteamet. En anden barriere har været, at de har haft svært ved at opspore borgere i målgruppen, der allerede modtager hjemmepleje.

Derudover har teamet kun fået få henvisninger fra hjemmeplejen og de borgere, der bliver henvist fra hjemmeplejen, er ikke altid rehabiliteringsegnede. Nogle af dem er for syge, mens andre ikke er motiverede for at indgå i et rehabiliteringsforløb. For at identificere borgere fra hjemmeplejen med rehabiliteringspotentialer har visitationen derfor kigget på de borgere, der er gået op i ydelsespakke, da det kan indikere et tab i funktionsevne.

CASEBESKRIVELSE RANDERS



MÅLGRUPPE:

Målgruppen er de borgere, som bor på de to plejecentre, som er en del af projektet, og de ældre, som bor i ældreboliger⁸, der er tilknyttet plejecentrene. Der er især fokus på borgere med demens, senhjerneskade og borgere i palliative forløb.



ORGANISERING:

I Randers Kommune har de arbejdet med rehabilitering på to kommunale plejecentre. En ergoterapeut og en fysio-terapeut er i regi af projektet blevet ansat på plejecentrene og været ansvarlige for det rehabiliterende blik og indsatser til beboere på plejecentrene.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Projektet bygger videre på Randers Kommunes erfaringer fra et tidligere pilotprojekt, hvor tværfaglige rehabiliteringsforløb var i fokus.

Indsatsens centrale element er, at en ergoterapeut og en fysioterapeut er blevet tilknyttet to plejecentre. Indsatsen adskiller sig fra tidligere arbejds gange ved, at fysioterapeuten og ergo-terapeuten er en fast del af medarbejdergruppen.

Borgerne visiteres ikke til rehabiliteringsforløbet, men udvælges af personalet, som vurderer, hvilke borgere der har et rehabiliteringspotentiale. Der foregår derfor heller ikke en udredning af borgere, men der tages udgangspunkt i borgerens hverdag og mål for hverdagen.

Disse mål fastsættes i en **målsamtale**, som borgeren, borgerens kontaktperson og fysioterapeut/ eller ergoterapeut deltager i. Herefter udformes en plan, som kan imødekomme borgerens mål.

Derudover holder de **tværfaglige møder**, hvor social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, projektleder, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut deltager. Øvrige fagligheder inddrages ved behov. Hver 14. dag evalueres borgerens udvikling og planen justeres ved behov.

På plejecentrene, hvor ergoterapeuten og fysioterapeuten har haft et samarbejde med plejepersonalet,

⁸ Ældreboliger (med tilkald) i Randers Kommune er visiterede boliger, der er forankret som en del af plejecenteret, og dækkes af personalet på plejecenteret.

		Baggrunds-karakteristika
Køn	Mand	50 pct. N=16
	Kvinde	50 pct.
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	75 pct. N=16
Alder	Gns. alder	78 år N=16
Boligforhold	Eget hus	0 pct.
	Lejlighed, rækkehus eller andel	0 pct. N=16
	Ældrebolig***	63 pct.
	Plejecenter	38 pct.
Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret eller ikke diagnosticeret demens*	25 pct. N=16
	Nej	75 pct.
	Ved ikke	0 pct.
Motivation	Gns. motivation (0-10)	4,5 N=16
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje	50 pct. N=16
	Visiteret til praktisk hjælp	63 pct.
	Visiteret til genoptræning	0 pct.
	Visiteret til hjemmesygepleje	63 pct.
	Ikke visiteret til en af ovenstående	37 pct.
Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100)	69
	Gns. score efter forløb (0-100)	65 N=6
	Gns. udvikling i score (0-100)	-4
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb	4,4
	Gns. timer per uge efter forløb	4,0 N=8
	Gns. forskel i timer per uge	-0,4
Samlet antal borgere i indsatsen		90**

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført forløbet. I trivselscoren indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber. Den gennemsnitlige score for funktionsevne er udeladt, da antallet af observationer er for få til at sikre anonymitet.
 *Det er ikke muligt at skelne mellem diagnosticeret og ikke diagnosticeret demens grundet diskretionskrav.
 ** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.
 *** Ældreboliger (med tilkald) er visiterede boliger, der er forankret som en del af plejecenterområdet og dækkes af personale fra plejecenteret.

har samarbejdet styrket respekten og forståelsen for hinandens fagligheder og kompetencer, det har styrket det tværfaglige perspektiv på borgerens situation. Det har betydet, at borgernes ønsker og behov i højere grad imødekommes.



LÆRING:

- Rehabilitering til borgerne på plejecenteret kræver en høj grad af koordinering og tværfagligt samarbejde for at sætte borgerens ressourcer i spil.
- Hvis man skal lykkes med at integrere fysioterapeuter eller ergoterapeut på plejecentre, er det afgørende, at der bliver skabt et tillidsfuldt samarbejde mellem plejepersonalet og terapeuten. Det sker ikke alene ved at placere kompetencerne sammen. Det er i høj grad en ledelsesopgave, der skal understøttes og prioriteres.
- Undervisningsforløb med en ergoterapeut har været med til at skabe en fælles ramme og forståelse for, hvordan man kan arbejde rehabiliterende med målgruppen på plejecentre.
- Det skal være tydeligt for medarbejderne, at det er en overordnet beslutning i kommunen, at der arbejdes ud fra en rehabiliterende tankegang, og at dette gør sig gældende for alle fagligheder.



DRIVKRÆFTER:

Indsatsen har fungeret godt i de tilfælde, hvor ergoterapeuten og fysioterapeuten er blevet en integreret del af gruppen af medarbejdere på plejecentrene. Det gode samarbejde mellem medarbejderne har sikret, at det tværfaglige rehabiliterende arbejde er blevet udført. Flere medarbejdere beskriver, at når man kender hinanden godt, vil man strække sig lidt længere for at hjælpe hinanden, og at kendskab til hinandens kompetencer og fagligheder skaber respekt på tværs af faggrupper. Derudover har det også været en drivkraft, at centerlederne og projektlederne har bakket op om projektet.

BARRIERER:

På et af plejecentrene har oplevelsen blandt flere af medarbejderne været, at projektet har været præget af manglende struktur fra start. Det har været uklart for medarbejderne, hvilke opgaver de skulle varetage. Ligeledes har det været en barriere for implementeringen af projektet, at der har været udskiftning af fysioterapeuten undervejs, det har gjort det sværere at blive integreret på plejecentrene.

CASEBESKRIVELSE ROSKILDE



MÅLGRUPPE:

Målgruppen er borgere, der efter hospitalsindlæggelse modtager døgn-rehabilitering på kommunens midlertidige døgn-rehabiliteringspladser og efter-følgende et forløb i kommunens rehabiliterings-team, hjælp-til-selvhelp-team (HTSH). Eksklusionskriterier kan være borgere med svære kognitive skader eller borgere i terminalt forløb. For alle borgere laves en individuel vurdering af, hvorvidt borgeren har et rehabiliteringspotentiale.



ORGANISERING:

I Roskilde Kommune varetager HTSH hele rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a. I projektet har de arbejdet med at styrke samarbejdet om borgere, der overgår fra kommunens midlertidige døgn-rehabiliteringspladser til rehabiliteringsforløb i eget hjem. HTSH og døgnrehabiliteringscenteret er organiseret i samme overordnede center, dette er sket samtidig med projektet blev initieret, mens de tidligere var forankret under hver sin enhed.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

I Roskilde Kommune har de gennem en fælles organisering og et styrket samarbejde mellem kommunens døgn-rehabilitering og HTSH-team, arbejdet med at styrke sammenhængen i det samlede rehabiliteringsforløb fra døgn-rehabilitering og ud i borgerens eget hjem til gavn for målgruppen.

Indsatsen består af tidlig brobygning og fælles retning og koordination af rehabiliteringsforløb på tværs af døgnrehabilitering og HTSH. Dette sker gennem en række konkrete aktiviteter, henholdsvis en *fælles modtagelsessamtale*, *hjemmebesøg under døgnrehabiliteringsopholdet* og en *afsluttende overleveringssamtale*. Når døgnrehabiliteringscenteret modtager en henvendelse om, at de vil modtage en borger fra hospitalet, vurderer en flowkoordinator, der er sygeplejerske, om borgeren er i målgruppen for indsatsen og planlægger en *fælles modtagelsessamtale*. I den sammenhæng inviteres pårørende og en repræsentant fra HTSH-teamet til samtalen. Modtagelsessamtalen foregår på døgnrehabiliteringscenteret i løbet af borgerens første tid på døgnrehabiliteringscenteret. Det er en medarbejder fra rehabiliteringscenteret, der leder mødet med deltagelse fra relevante faggrupper fra døgnrehabiliteringscenteret, en repræsentant fra HTSH-teamet, som så vidt muligt bliver kontaktperson i HTSH og

		Baggrunds-karakteristika
Køn	Mand	48 pct.
	Kvinde	52 pct. N=94
Civilstatus	Bor uden samlever/ægtefælle	67 pct. N=94
Alder	Gns. alder	78 år N=94
Boligforhold	Eget hus	46 pct.
	Lejlighed, rækkehus eller andel	49 pct. N=94
	Ældrebolig	5 pct.
	Plejecenter	0 pct.
Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret eller ikke diagnosticeret demens*	18 pct. N=94
	Nej	56 pct.
	Ved ikke	26 pct.
Motivation	Gns. motivation (0-10)	7,6 N=94
Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse	100 pct. N= 94
Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje	18 pct.
	Visiteret til praktisk hjælp	37 pct. N=94
	Visiteret til genoptræning eller hjemmesygepleje	26 pct.
	Ikke visiteret til en af ovenstående	55 pct.
Trivsel (WHO-5)	Gns. score før forløb (0-100)	57
	Gns. score efter forløb (0-100)	60 N=6
	Gns. udvikling i score (0-100)	3
Visiteret tid til praktisk hjælp, personlig pleje	Gns. timer per uge før forløb	8,2
	Gns. timer per uge efter forløb	3,9 N=26
	Gns. forskel i timer per uge	-4,3
Samlet antal borgere i indsatsen		163**

Note: Antallet af observationer varierer. For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført formålingen. I trivselscoren indgår udelukkende borgere, der har gennemført både før- og eftermåling hhv. for de to måleredskaber.
Den gennemsnitlige score for funktionsevne er udeladt, da antallet af observationer er for få til at sikre anonymitet.
*Det er ikke muligt at skelne mellem diagnosticeret og ikke diagnosticeret demens grundet diskretionskrav.
** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.

pårørende. På nogle af møderne deltager også en tværgående koordinator fra HTSH-teamet. På den måde møder borgeren allerede fra start en kontaktperson i HTSH-teamet, og perspektiver og viden om rehabilitering og overgang til eget hjem bringes i spil allerede i planlægningen af den samlede indsats. På den måde sikres en sammenhæng i den indsats, som borgeren modtager på døgnrehabiliteringscenteret og videre ud i eget hjem, i det indsatsen er målrettet træning af færdigheder, som borgeren kan overføre til hverdagssituationer i eget hjem. Til samtalen bliver der udarbejdet SMART-mål for borgeren og lavet en plan for, hvordan målene skal opnås. Hvis der er behov for ekstra viden om forhold i borgerens eget hjem, kan der gennemføres **hjemmebesøg** sammen med borgeren. Hjemmebesøget sker i samarbejde med døgnrehabiliteringscentret, hjælpemiddelafsnittet og HTSH-teamet. Det vurderes, hvilken fagperson der skal med fra HTSH-teamet ud fra borgerens behov eller særlige boligforhold. Til **afslutningssamtalen** deltager det samme personale (som på modtagelsessamtalen) og borgeren forberedes til den kommende overgang til eget hjem, ligesom personalet fra døgnrehabiliteringscenteret så vidt muligt overleverer relevant viden og erfaringer fra borgerens ophold på døgnrehabiliteringspladsen til kontaktpersonen. Overleveringen understøttes også af fælles dokumentation, det indebærer hvor og hvordan observationer, screeninger og diverse resultater dokumenteres i borgers journal. Så alle involverede faggrupper ved hvor de kan finde relevante oplysninger. Det tidlige møde mellem borgeren og medarbejderne fra HTSH-teamet er med til at styrke borgerens tryghed i overgangen, og ifølge personalet oplever borgerne og pårørende det i høj grad som et samlet forløb. Det højner den faglige kvalitet, idet de arbejder i en fælles målrettet retning.

Derudover afholdes der ugentligt **tværfaglige koordineringsmøder** på døgnrehabiliteringscenteret, hvor alle medarbejdere fra døgnrehabiliteringscenteret og den tværgående koordinator fra HTSH-teamet deltager. På mødet gennemgås alle borgerforløb og forløbene koordineres, ligesom der følges op på mål, indsats og fremskridt og foretages justeringer ved behov.



LÆRING:

- Ensrettet dokumentation: Den sundhedsfaglige dokumentation skal være på plads i journalerne. Det indebærer, at Roskilde Kommune træffer klare beslutninger og aftaler om, hvordan og hvornår der dokumenteres. Det er afgørende for, at den næste kollega kan følge op hos borgeren. Heri ligger også et behov for kompetenceudvikling af medarbejderne, der skal lære at lave en grundig beskrivelse af borgerens helbreds- og funktionsevnetilstand.
- I forbindelse med den tidlige brobygning og tidlige målsætning af borgerens samlede rehabiliteringsindsats på tværs af døgnrehabiliteringsplads og rehabiliteringsteam, er det vigtigt at beskrive, hvem der har hvilken rolle på tværfaglige møder med borgeren. På nogle møder er nogle repræsentanter fx kun med for at vise ansigt for borgeren, mens de andre gange har en central rolle. Der skal være klare aftaler om, hvad der forventes af de forskellige deltagere på de forskellige møder.
- Indblik i og forståelse for hinandens arbejdsgange og rammevilkår på tværs af enheder og faggrupper er vigtigt ift. at styrke samarbejdet på tværs af enhederne. Det gælder både døgnrehabiliteringscenter, HTSH-teamet og hjemmepleje, da det er afgørende for, at borgerens indsats er målrettet dennes kontekst og rammevilkår, og man igangsætter indsatser, der er realistiske at udføre for fx HTSH-teamet i de rammer, som de arbejder i i borgerens eget hjem.
- Øget kendskab og relationer på tværs af forskellige faggrupper er med til at styrke anerkendelse og accepten af andres kompetencer og kunnen. Det er samtidig med til at reducere afstanden, da det bliver lettere at ringe eller tage kontakt til hinanden.

**DRIVKRÆFTER:**

Det har været en central drivkraft for styrkelse af samarbejdet om borgere i overgange fra døgnrehabilitering til eget hjem, at de i Roskilde Kommune, samtidig som projektet startede, har ændret organiseringen af hele området. Det har betydet, at afdelingsledere og medarbejdere af hhv. døgnrehabiliteringscenteret og rehabiliteringsteamet har fået samme leder og fælles organisering. I forbindelse med projektet har de gennem en række workshops arbejdet med at styrke samarbejdet og nedbryde silotænkningen fra et "dem" og "os" til et fælles os. Det har blandt andet betydet, at medarbejderne ser hinanden som kolleger, der er fælles om rehabiliteringsindsatsen.

BARRIERER:

Det har ikke været en del af projektet at fokusere på overgangen fra rehabiliteringsteamet til hjemmeplejen. Det har betydet, at fokus på denne overgang er begrænset. For at borgeren skal have mulighed for at fastholde det opnåede funktionsniveau, er samarbejdet mellem rehabiliteringsteam og hjemmepleje nu øget.

CASEBESKRIVELSE SYDDJURS



MÅLGRUPPE:

Målgruppen er borgere, der efter hospitalsindlæggelse har brug for pleje døgnet rundt, som vurderes at have bedst af et intensivt rehabiliteringsforløb i eget hjem (i stedet for en midlertidig døgnrehabiliteringsplads). Samt borgere med hurtigt tabende funktionsevne, der har brug for et intensivt pleje- og rehabiliteringsforløb i eget hjem. Borgerne har typisk komplekse medicinske problemstillinger eller svære fysiske udfordringer og har enten behov for sygepleje eller en ergoterapeutisk indsats. For at være en del af målgruppen for sammensatte-plus-forløb må der desuden være plads i borgers hjem til, at medarbejderne kan arbejde rehabiliterende og yde sygepleje. Det indbefatter fx, at der er plads til en plejeseng.



ORGANISERING:

I Syddjurs Kommune har kommunens koordinerende rehabiliteringsteam ansvaret for rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a.

Rehabiliteringsforløbet leveres i samarbejde med kommunens hjemmeplejeenheder. Nærværende projekt er en udvidelse af deres eksisterende § 83 a forløb til et mere intensivt rehabiliteringsforløb i eget hjem, der ligeledes varetages i et tæt samarbejde med kommunens koordinerende rehabiliteringsteam og hjemmeplejen.

Syddjurs Kommune har i mange år arbejdet med rehabiliteringsforløb. Forud for projektets start havde kommunen tre rehabiliteringstilbud til borgere. Borgerne fik enten et enkelt forløb eller sammensat forløb i hjemmet (§ 83 a) eller et ophold på det lokale døgnrehabiliteringscenter. Rehabiliteringsforløb til borgere i projektet består af en fjerde mulighed kaldet **sammensatte-plus-forløb**. Forløbet henvender sig til borgere, som har behov for mere støtte end i et sammensat forløb, men som ikke har behov for et ophold på et døgnrehabiliteringscenter, fordi det vurderes bedst at rehabiliteringen sker i hjemmet. Det kan være fordi det vurderes, at den udvikling, der kan opnås på døgnrehabiliteringscenteret, kan være vanskelig at overføre til borgerens eget hjem, eller fordi en borger ikke ønsker at være på døgnrehabiliteringscenter. På denne måde supplerer de nye sammensatte-plus-forløb kommunens tre øvrige rehabiliterende forløb.



BESKRIVELSE AF INDSATSEN:

Sammensatte-plus-forløb varer 12 uger. Forløbet indledes med en samtale mellem borger og en **forløbsansvarlig koordinator**, som enten er sygeplejerske, fysioterapeut eller ergoterapeut. Hvilken faglighed afhænger af borgerens behov. Den **forløbsansvarlige koordinator** har ansvar for, at det sammensatte-plus-forløb tilrettelægges ud fra borgerens ønsker og behov, og at forløbet tilrettelægges med blik for

		Baggrunds-karakteristika	
	Alder	Gns. alder	73 år N=6
	Boligforhold	Eget hus Lejlighed, rækkehus eller andel Ældrebolig Plejecenter	83 pct. - - 0 pct. N=6
	Er påvirket af kognitive forandring	Andel m. diagnosticeret demens Andel m. ikke-diag. demens Nej/ved ikke	0 pct. 50 pct. 50 pct. N=6
	Motivation	Gns. motivation (0-10)	7,8 N=6
	Årsag til visitation	Akut sygdom, indlæggelse Akut sygdom, ikke indlæggelse Tab af funktionsevne Revisitation Andet	67 pct. - - 0 pct. - N=6
	Visiterede ydelser før forløb	Visiteret til personlig pleje Visiteret til praktisk hjælp Visiteret til genoptræning Visiteret til hjemmesygepleje Ikke visiteret til en af ovenstående	100 pct. 50 pct. - 100 pct. 0 pct. N=6
Samlet antal borgere i indsatsen			7**
<p>Note: For baggrundskarakteristika indgår alle borgere, der har gennemført førmålingen. Felter markeret med '-' indikerer, at fordelingen ikke kan vises grundet diskretionskrav. * Den gennemsnitlige score for trivsel og funktionsevne er udeladt samt den gennemsnitlige visiteret antal timer per uge før og efter, da antallet af observationer er for få til at sikre anonymitet. ** Den totale N er større end N for baggrundskarakteristika. Det skyldes, at der ikke er gennemført målinger på alle borgere, der har indgået i projektet.</p>			

borgerens fysiske og psykiske tilstand samt sociale trivsel. Efter samtalen tilrettelægger den forløbsansvarlige koordinator i samarbejde med hjemmeplejen forløbet og sikrer den intensive rehabiliteringsindsats tilrettelægges på tværs af dag- og aftenvagter, og at de rette fagligheder kobles på indsatsen til borgeren. Eksempelvis har nogle borgere behov for øget sygepleje, mens andre i højere grad har behov for øget ergoterapi. Herefter afholdes et planlægningsmøde med de medarbejdere, som kobles på det sammensatte-plus-forløb. Som udgangspunkt forsøger forløbskoordinatorerne i samarbejde med hjemmeplejen, at der kobles faste hjælpere og assistenter fra hjemmeplejen på sammensatte-plus-forløb på tværs af dag-, aften- og nattevagter. Når roller og opgaver er afklaret, igangsættes forløbet. Det sammensatte-plus-forløb indebærer 4-5 **besøg fra sygeplejerske eller terapeut** (som oftest den forløbsansvarlige koordinator) samt besøg fra hjemmeplejen. Der er visiteret ekstra tid til hjemmeplejens indsats hos borgerne og ekstra besøg fra forløbskoordinatoren. Den ekstra tid sikrer, at borgeren jævnligt modtager besøg og får pleje døgnet rundt. Den forløbsansvarlige har ansvar for at gå i dialog med de forskellige vagtlag i hjemmeplejen og sikre, at både dag-, aften- og natholdet understøtter rehabiliteringsforløbet. Derudover kræver sammensatte-plus-forløb hyppigere opfølgning og koordinering fra den forløbsansvarlige grundet kompleksiteten og at rehabiliteringsforløbet går på tværs af dag-, aften- og nattevagter.

Indsatsen startede i et enkelt hjemmeplejedistrikt, men da færre borgere end forventet var i målgruppen for sammensat-plus-forløbene, blev indsatsen udvidet til at være gældende i to distrikter.



LÆRING:

- I rehabiliteringsforløb målrettet målgruppen for nærværende projekt er det afgørende, at der er fokus på at skabe relationer mellem borger og medarbejdere. Relationen og kendskabet til borgeren er afgørende, fordi det er udgangspunktet for at sammensætte et forløb, som er meningsfuldt for borgeren, og som tager højde for den enkelte borgers problematikker og udfordringer. Nøglemedarbejderne har erfaret, at de ved at tale med borgerne om deres livsforløb og på den måde opbygge en relation til borgeren, kan komme i dybden med, hvad der er meningsfuldt for den enkelte.
- Vidensdeling mellem medarbejderne, som er en del af sammensatte-plus-forløb, er centralt, idet det bidrager til, at den rehabiliterende indsats er genkendelig og ensartet, og at de mest virksomme greb benyttes, fx ift. hvordan man bedst muligt motiverer den enkelte borger til at deltage i de rehabiliterende aktiviteter.

**DRIVKRÆFTER:**

Der er et stærkt fokus på rehabilitering i Syddjurs Kommune, hvilket kommer til udtryk ved, at ældrecheffen i høj grad bakker op om projektet. Det betyder blandt andet, at rehabilitering ikke er fremmed for medarbejderne, og at de i vid udstrækning bakker op om den rehabiliterende tilgang. Desuden er det en drivkraft, at der i kraft af de forløbsansvarlige koordinatore er en tovholder på hvert borgerforløb. Det skaber kontinuitet og sammenhæng i forløbene. Herudover sikrer fokuset på, at det er de samme medarbejdere, der er involveret i borgerens rehabiliteringsforløb, der også laver aftaler og planlægger rehabiliteringsforløbet sammen med de forløbsansvarlige, at der er en fælles arbejdsgang og retning for forløbet. Det skaber tryghed for borgeren. Den styrkede og hyppige koordinering har derudover sikret, at medarbejderne har opnået et godt kendskab til hinanden samt til hinandens fagligheder, som har gjort det lettere at koordinere forløbene.

BARRIERER:

Ansættelse af to nye forløbsansvarlige koordinatore har særligt i opstartsfasen betydet, at de nye forløbsansvarlige koordinatore ikke kender arbejdsgange og praksis i kommunen. Det har derfor taget ekstra tid at oplære de nye forløbsansvarlige koordinatore, fordi de både har skullet lære deres nye rolle at kende og samtidig lære organisationen at kende. Derudover har det været vanskeligt at afprøve og udarbejde en forløbsmodel, da få borgere i målgruppen for indsatsen og er blevet visiteret til sammensatte plus-forløb. Endeligt har det været en udfordring, at det ikke altid er muligt, at det er de fast involverede medarbejdere fra hjemmeplejen, der varetager besøg hos borgeren, grundet fridage og lignende, hvilket gør det vanskeligere for de forløbsansvarlige at koordinere samarbejdet om forløbene med hjemmeplejen.