

KORTLÆGNING AF KOMMUNERNES ERFARINGER MED REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET



Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Forfattere: Pia Kürstein Kjellberg, Amalie Hauge-Helgestad,
Marie Henriette Madsen og Susanne Reindahl Rasmussen

Indhold udarbejdet af KORA for Socialstyrelsen.
Udgivet 6. maj 2013

Fotos: Colourbox
Layout: www.kreativgrafisk.dk

Download eller bestil rapporten på **www.socialstyrelsen.dk**
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-10

INDHOLDS- FORTEGNELSE

Indledning	4
Kapitel 1. Sammenfatning	6
1.1. Baggrund, formål og metode	7
1.2. Kommunernes rehabiliteringsindsatser	7
1.3. Kommunernes rehabiliteringserfaringer	8
1.4. Kommunernes evalueringer	8
1.5. Case-analyse af 6 evaluerede rehabiliteringsindsatser	9
Kapitel 2. Baggrund, formål og metode	10
2.1. Baggrund	11
2.2. Formål	11
2.3. Metode	11
Kapitel 3. Kommunernes rehabiliteringsindsatser	14
3.1. Hvilke tilbud har kommunerne?	15
3.2. Hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem	16
3.3. Hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig	20
3.4. Øvrige indsatser	21
3.5. Sammenfatning	24
Kapitel 4. Kommunernes rehabiliteringserfaringer	26
4.1. Hvilke faktorer er kritiske for succes?	27
4.2. Barrierer og udfordringer	33
4.3. Sammenfatning	45
Kapitel 5. Kommunernes evalueringer	46
5.1. Kort om evalueringsmaterialet	47
5.2. Evalueringernes formål og metode	47
5.3. Evalueringernes resultater	50
5.4. Sammenfatning	53
Kapitel 6. Case-analyse af 6 evaluerede rehabiliteringsindsatser	54
6.1. Valg af cases	55
6.2. Specialiseret enhed	56
6.3. Terapeutmodellen	59
6.4. Hjemmepleje med ekstra ressourcer	61
6.5. Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger	64
6.6. Sammenfatning	65
Referencer	66

Indledning

I forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2012 blev det besluttet at afsætte midler til et projekt, der skal kvalificere, dokumentere og udbrede en hverdagsrehabiliteringsmetode på ældreområdet.

Projektets formål er at sikre, at hverdagsrehabiliteringsmetoden så vidt muligt udbredes i landets kommuner for derigennem at bevirke, at ældre borgere bliver mere selvhjulpne og opnår større tilfredshed, selvstændighed og livskvalitet.

Socialstyrelsen har som led i projektet foretaget en række kortlægninger af den aktuelt bedste viden på området. Kortlægningerne omfatter: En kortlægning af kommunernes indsatser og erfaringer, en kortlægning af den videnskabelige litteratur, en kortlægning af de internationale erfaringer, en kortlægning af målgruppen samt en kortlægning af kommunernes dokumentation.

Den kortlagte viden skal samles i en håndbog med anbefalinger, metoder og redskaber, der kan understøtte kommunerne i det rehabiliterende arbejde. Kommunerne tilbydes efterfølgende processtøtte og kompetenceudvikling til implementering af en effektiv rehabiliteringsindsats. Rehabiliteringsindsatsen effektevalueres i to kommuner.

Nærværende rapport er en kortlægning af kommunernes indsatser og erfaringer på området for rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven. Rapporten er udarbejdet af KORA på opdrag fra Socialstyrelsen. Rapportens forfattere er: Pia Kürstein Kjellberg, Amalie-Hauge Helgestad, Marie Henriette Madsen og Susanne Reindahl Rasmussen.

Kapitel 1

SAMMENFATNING



1.1. Baggrund, formål og metode

Kommunerne har indenfor de seneste år igangsat en række nye tiltag til rehabilitering af borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven. Baggrunden er gode erfaringer fra bl.a. Fredericia og Østersund med det, de kalder hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering.

Formålet med denne rapport har været at kortlægge kommunernes indsatser og erfaringer på dette område.

Der er valgt en åben tilgang til identifikation af kommunernes tilbud, hvor ældrechefer eller tilsvarende i samtlige kommuner er blevet bedt om at udpege ”de særlige tiltag, som kommunen har til rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller modtager hjælp og støtte efter Serviceloven”.

Kommunernes tiltag er efterfølgende analyseret, og der er foretaget en analyse af kommunernes erfaringer med forskellige former for tiltag. Analysen er baseret på interviews med 98 ældrechefer eller tilsvarende samt 125 særlige videnspersoner i kommunerne. Desuden er der foretaget en analyse af kommunernes evalueringer af deres forskellige rehabiliteringsindsatser. Evalueringerne er indhentet via interviews og systematisk søgning på internettet.

Interviewundersøgelsen er gennemført i august-oktober 2012, mens den systematiske søgning på internettet er gennemført i januar-februar 2013.

1.2. Kommunernes rehabiliteringsindsatser

Kortlægningen viser, at 92/98 kommuner (94%) har etableret et eller flere særlige tilbud om rehabilitering til de ældre borgere, der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven.

Typen af tilbud, der nævnes af kommunerne, er:

- Hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem (95 eksempler)
- Hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig (26 eksempler)
- Døgnrehabilitering (23 eksempler)
- Aktiviteter i aktivitets- og dagcentre (7 eksempler)
- Særlige visitationsteams (6 eksempler)
- Øvrige tiltag (>5 eksempler)

Hverdagsrehabilitering er den fællesbetegnelse, som kommunerne bruger til beskrivelse af de tilbud om rehabilitering, der er målrettet borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at forbedre borgernes funktionsevne og gøre dem mere selvhjulpne i dagligdagen.

Kortlægningen udpeger 95 forskellige tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem, fordelt på 92 kommuner. Hertil kommer 26 tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig.

En analyse af den måde samarbejdet om hverdagsrehabilitering er organiseret på, finder fire overordnede organisationstyper:

- Organisationstype 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger
- Organisationstype 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer
- Organisationstype 3: Tværfaglig specialenhed
- Organisationstype 4: Terapeutmodellen.

Der ses betydelige forskelle på tilbuddets organisering, også indenfor rammerne af den enkelte organisationstype. Bl.a. varierer det, hvilke borgere der får tilbud om rehabilitering, hvilke fagpersoner der indgår i kommunens tilbud, og hvor mange timer de har til rådighed til supervision og træning med borgeren.

1.3. Kommunernes rehabiliteringserfaringer

Kortlægningen viser, at langt de fleste kommuner oplever arbejdet med hverdagsrehabilitering som et brud med en velkendt måde at arbejde på. Derfor kræver det stor vedholdenhed fra ledere og medarbejdere at implementere et rehabiliterende fokus i dagligdagen.

Følgende faktorer fremstår på tværs af kommuner og tilbud som vigtige for at opnå succes med hverdagsrehabilitering:

- At der er gode rammer for tværfagligt samarbejde om den enkelte borger
- At der sker en systematisk identifikation og visitation til rehabilitering
- At der sker en målrettet styring af hjemmeplejens tidsforbrug
- At der er et vedvarende ledelsesfokus

Følgende faktorer fremstår på tværs af kommuner og tilbud som væsentlige udfordringer i arbejdet med hverdagsrehabilitering:

- At inddrage de private leverandører i arbejdet med hverdagsrehabilitering
- At dokumentere og evaluere kommunens rehabiliteringsindsats
- At implementere rehabilitering i hjemmeplejen

Den sværeste og mest afgørende faktor i implementeringsprocessen er i henhold til kommunerne, at medarbejderne ændrer opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, så det ikke længere anses som omsorgsfuldt at tilbyde hjælp og støtte til de daglige aktiviteter, som borgeren er i stand til at klare selv. Denne holdningsændring kan (først) opnås, når medarbejderne oplever, at borgerne har et positivt udbytte af at deltage i et rehabiliteringsforløb.

1.4. Kommunernes evalueringer

Kommunerne har evalueret lidt under halvdelen af de tiltag, de har udpeget som eksempler på hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem. To eksempler på hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig er også evalueret.

De evalueringer kommunerne har foretaget, viser generelt positiv effekt på borgernes funktionsniveau og selvhjulpethed, kommunernes besparingspotentiale samt borgernes og personalets tilfredshed. En gennemgående svaghed ved de kommunale evalueringer er dog, at mange af dem udelukkende er baseret på de borgere,



som har deltaget i det pågældende tilbud om rehabilitering, og at der dermed mangler en kontrolgruppe. De to evalueringer, der gør brug af kontrolgruppe, finder et mindre forbrug af hjemmeplejedydelser efter implementering af kommunens rehabiliteringstilbud. De viser samtidig, at det kan være vanskeligt at implementere hverdagsrehabilitering i den almindelige hjemmepleje.

De udfordringer, som evalueringer viser, at kommunerne har, omfatter:

- Udfordringer i relation til kvalitets- og resultatopfølgning, herunder
 - modsatrettede hensyn til evalueringen og det daglige arbejde
 - udfordringer med fastholdelse af systematik i registreringsarbejdet
- Udfordringer i relation til organisering og implementering, herunder
 - opkvalificering af medarbejderne i den almindelige hjemmepleje
 - etablering af gode rammer for det tværfaglige samarbejde.

1.5. Case-analyse af seks evaluerede rehabiliteringsindsatser

Case-analysen illustrerer, at der er store forskelle på, hvordan kommunerne har tilrettelagt deres arbejde med hverdagsrehabilitering – også indenfor rammerne af den overordnede organisationstype, der er identificeret i delanalyse 1.

Case-analysen illustrerer samtidig, at der er store forskelle i kvaliteten af de evalueringer, der er gennemført – og at det ikke er de mest typiske indsatser, der er bedst dokumenteret i systematiske evalueringdesign.

Analyse af de rehabiliteringsindsatser, der er bedst beskrevet i systematiske evalueringdesign, peger på, at det i nogle kommuner kan være omkostningseffektivt at koble en (evt. flere) rehabiliteringsansvarlige fagperson(er) på udvalgte nye borgerforløb i hjemmeplejen. Det kan det, når og hvis:

- a. Der lægges en rehabiliteringsplan med mål og handlinger, der løbende evalueres, og
- b. Den visiterede tid hos borgeren justeres, så den afspejler borgerens aktuelle hjælpebehov.

Den rehabiliteringsansvarlige fagperson kan enten være terapeut eller sygeplejerske. I nogle tilfælde er der behov for flere fagligheder på samme tid.

Den rehabiliteringsansvarlige fagpersons vigtigste rolle består i at lægge en individuel rehabiliteringsplan for borgeren, og at supervisere social- og sundhedspersonalet i det rehabiliterende arbejde.

Kapitel 2

BAGGRUND, FORMÅL OG METODE



2.1. Baggrund

Kommunerne har indenfor de seneste fem år igangsat en række nye tiltag til rehabilitering af de borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

Baggrunden er gode erfaringer fra blandt andet Fredericia og Østersund Kommune med det, de kalder hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering (1-5).

Til brug for udarbejdelsen af en håndbog har Socialstyrelsen ønsket at kortlægge, hvilke indsatser og erfaringer kommunerne har på dette område.

2.2. Formål

Formålet med denne rapport har været at kortlægge kommunernes indsatser og erfaringer på området for rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

Målgruppe og definition

Målgruppen omfatter borgere over 65, bosiddende i eget hjem eller plejebolig, som henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

Rehabilitering defineres ifølge *socialbegreber.dk* som "et resultat, hvor en person i videst muligt omfang har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktions- evne, så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv" (www.socialbegreber.dk)¹.

Afgrænsning

Kortlægningen fokuserer på de tilbud om rehabilitering, som kommunerne har udviklet til målgruppen af ældre, der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven.

Kommunernes generelle tilbud om forebyggelse, genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmepleje, hjælpemidler, botilbud mv. afdækkes kun i det omfang, de indgår som en del af ovennævnte tilbud.

2.3. Metode

Kortlægningen er baseret på a) strukturerede interviews i samtlige 98 kommuner samt b) systematisk gennemgang af kommunernes evalueringer af deres rehabiliteringsindsatser.

På denne baggrund er der foretaget en analyse af:

- c. Kommunernes rehabiliteringsindsatser (delanalyse 1)
- d. Kommunernes rehabiliteringserfaringer
- e. (delanalyse 2)
- f. Kommunernes evalueringer (delanalyse 3)
- g. Seks udvalgte evaluerede rehabiliteringsindsatser (delanalyse 4)

Delanalyse 1: Kommunernes rehabiliteringsindsatser

Der er i perioden august-oktober 2012 gennemført strukturerede interviews med ældrechefer eller tilsvarende i samtlige kommuner.

¹ For en begrundelse af valget for denne definition, se (14)

Ældrecheferne/de tilsvarende er blevet bedt om:

- At udpege de særlige tiltag, som kommunen har til rehabilitering af borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven
- At beskrive hvert tiltag i detaljer
- At redegøre for deres erfaringer med hvert tiltag
- At udpege en vidensperson i organisationen med særlig viden om hvert tiltag (evt. samme vidensperson for flere tiltag)
- At fremsende evt. relevant skriftligt materiale, herunder evt. evalueringer.

De videnspersoner, som ældrecheferne eller de tilsvarende har udpeget, er efterfølgende blevet kontaktet med henblik på deltagelse i interview. I alt 125 videnspersoner fra 88 kommuner har medvirket ved interview². De videnspersoner, der har medvirket, er blevet bedt om:

- At beskrive hvert tiltag i detaljer
- At redegøre for deres erfaringer med hvert tiltag
- At fremsende evt. relevant skriftligt materiale, herunder evt. evalueringer, der ikke allerede er fremsendt af ældrechefen/den tilsvarende.

Det samlede interview- og datamateriale er analyseret ved hjælp af det kvalitative analyseprogram NVivo med henblik på a) identifikation af forskellige typer af indsatser til rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller får støtte efter Serviceloven samt b) beskrivelse af de forskellige indsats typer.

² 10 kommuner er ikke repræsenteret ved interview. 6 kommuner havde ingen relevante tilbud. 4 kommuner kunne eller ville ikke medvirke indenfor den tidsperiode, der var afsat til interview.

Delanalyse 2: Kommunernes rehabiliteringserfaringer

I direkte forlængelse af delanalyse 1 er der foretaget en analyse af kommunernes erfaringer med hverdagsrehabilitering. I analysen er der lagt særligt vægt på: a) Hvad der efter kommunernes opfattelse er afgørende for, at en hverdagsrehabiliteringsmodel leverer det, som den skal – nemlig mere selvhjulpne borgere – samt b) Hvilke udfordringer kommunerne oplever i arbejdet med hverdagsrehabilitering.

Analysen er primært baseret på kommunernes erfaringer med hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem (frem for borgere i plejebolig). Årsagen er, at det empiriske materiale er størst i forhold til denne gruppe.

Delanalyse 3: Kommunernes evalueringer

Det evalueringsmateriale, der er fremsendt af kommunerne, er i perioden januar-februar 2013 suppleret med de evalueringer, der har kunnet identificeres via:

- Fritekstsøgning på Google, hvor hvert kommunenavn er koblet med ordene 'hverdagsrehabilitering' og 'evaluering' (eks "Brønderslev evaluering hverdagsrehabilitering")
- Krydstjek med Ergoterapeutforeningens hjemmeside, hvor kommunerne løbende har mulighed for at indsende deres evalueringer af hverdagsrehabilitering (<http://www.etf.dk/4515/>)
- Efterlysning af evt. manglende evalueringer via Socialstyrelsens Kommunepanel til Projekt Rehabilitering på Ældreområdet og Type2dialogs hverdagsrehabiliteringsnetværk.

Evalueringsmateriale er gennemgået systematisk for kommunens navn, evalueringens titel, årstal for udgivel-



se af evalueringen, beskrivelsen af kommunens rehabiliteringsindsats, evalueringens formål og metode samt evalueringens resultater og konklusioner.

Der er på denne baggrund foretaget en tværgående analyse af a) evalueringernes formål, b) evalueringernes metodiske design samt c) evalueringernes konklusioner.

Delanalyse 4: Case-analyse af seks evaluerede rehabiliteringsindsatser

Der er på baggrund af delanalyse 3 foretaget et strategisk valg af seks evaluerede rehabiliteringsindsatser (cases) til nærmere beskrivelse og analyse. De seks cases er udvalgt efter kriterier om:

- At repræsentere de forskellige typer af indsatser til rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven, og som er identificeret i delanalyse 1
- At være beskrevet bedst muligt i det foreliggende evalueringsmateriale
- At tilføre ny viden til brug for udvikling af Socialstyrelsens håndbog for rehabilitering på ældreområdet.

Valget af de seks cases er foretaget af KORA i dialog med Socialstyrelsen med afsæt i eksisterende viden og anbefalinger på området for rehabilitering af ældre, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven (2).

Kapitel 3

KOMMUNERNES REHABILITERINGSINDSATSER

I dette kapitel beskrives de tilbud om rehabilitering, som kommunerne ifølge ældrecheferne/de tilsvarende har udviklet til borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven. Først gives et kvantitativt overblik over de tilbud, der nævnes ved interview. Bagefter beskrives tilbuddene indholdsmæssigt.



3.1. Hvilke tilbud har kommunerne?

Interview med ældrechefer/tilsvarende i de 98 kommuner (100 %) viser, at 92 kommuner har et eller flere særlige tilbud om rehabilitering til målgruppen af ældre, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven.

I de seks kommuner, der *ikke* har særlige tilbud om rehabilitering til denne målgruppe, oplyser ældrecheferne/de tilsvarende samtidig samstemmende, at det er noget, de har planer om at udvikle i nær fremtid.

I de 92 kommuner, der *har* et eller flere særlige tilbud om rehabilitering til målgruppen af ældre, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter Serviceloven, oplyser samtlige ældrechefer/de tilsvarende, at de har et (evt. flere) tilbud om hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er den fællesbetegnelse, som kommunerne bruger til beskrivelse af de tilbud om rehabilitering, som er målrettet borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at gøre borgeren mere selvhjulpne i dagligdagen.

Øvrige tilbud, der nævnes af ældrecheferne/de tilsvarende omfatter: Hverdagsrehabilitering på plejeboligområdet (26 kommuner), døgnrehabilitering (23 kommuner), aktiviteter på aktivitets- og dagcentre (7 kommuner), særlige visitationsteams (6 kommuner) samt en række mere specifikke tilbud omhandlende faldforebyggelse, hjælpemidler, støttestrømper eller "selvtræning" (1-5 kommuner).

Tabel 3.1. giver et overblik over de typer af rehabiliteringstilbud, der nævnes af de kommunale ældrechefer/tilsvarende ved interview.

Tabel 3.1. Typer af rehabiliteringstilbud, der nævnes af ældrechefer/tilsvarende ved interview (N=98)

Type af tilbud	Nævnes af (antal)	Nævnes af (andel)
Hverdagsrehabilitering/eget hjem	92	94 %
Hverdagsrehabilitering/plejebolig	26	27 %
Døgnrehabilitering	23	23 %
Aktiviteter på aktivitets-/dagcentre	7	7 %
Særlige visitationsteams	6	6 %
Andet*	>5	>5 %

*) faldforebyggelse, hjælpemidler, støttestrømper eller selvtræning

3.2. Hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem

Kommunernes tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem går grundlæggende set ud på at tilføje terapeutfaglige ressourcer til hjemmeplejen/plejeboligområdet, så der kan ydes en mere målrettet rehabiliterende indsats til borgerne. Kommunerne har arrangeret deres tilbud på forskellige måder for at opnå denne effekt.

Modeller for hverdagsrehabilitering

Kortlægningen identificerer 95 forskellige modeller for hverdagsrehabilitering fordelt på 92 kommuner³. De fleste er organiseret som et samarbejde mellem

³ Årsagen til, at der er flere modeller end kommuner er, at samme kommune kan have flere forskellige tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem.

hjemmeplejen og andre afdelinger i kommunen (organisationstype 1 – hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger), men der er også kommuner, der har valgt at ansætte ekstra ressourcer i form af terapeuter eller sygeplejersker direkte i hjemmeplejen (organisationstype 2 – hjemmepleje med ekstra ressourcer), eller som har valgt at etablere en tværfaglig specialenhed med social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker og terapeuter (organisationstype 3 – tværfaglig specialenhed). Et mindre antal kommuner har valgt en terapeutfaglig indsats til ansøgere/modtagere af hjemmehjælp (organisationstype 4 - terapeutmodellen).

Tabel 3.2. viser, hvor mange eksempler på de fire organisationstyper, som kortlægningen har identificeret.

Tabel 3.2. Organisationstyper, hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem

Navn	Antal eksempler
Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger	60
Hjemmepleje med ekstra ressourcer	14
Tværfaglig specialenhed	13
Terapeutmodellen	8
I alt	95



I det følgende beskrives de fire organisationstyper.

Organisationstype 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger

De fleste kommuner (60) har organiseret deres tilbud om rehabilitering til borgerne i hjemmeplejen som et samarbejde mellem den eksisterende hjemmepleje og andre afdelinger. Der er imidlertid også stor variation i forhold til, hvilke afdelinger hjemmeplejen arbejder sammen med og hvordan. Det mest udbredte er, at hjemmeplejen arbejder sammen med træningssektionen, men sygeplejen og visitationen indgår også i nogle kommuner.

Et typisk forløb for hverdagsrehabilitering er på tværs af kommuner:

- Borgeren eller dennes pårørende henvender sig til kommunen for at få hjælp til en ydelse på grund af fald i funktionsevne.
- Visitator besøger borgeren, laver helhedsvurdering og bruger sin faglighed til at vurdere om borgeren har rehabiliteringspotentiale.
- Visitator oplyser hjemmeplejen i det pågældende distrikt om, at der er kommet en ny borger, som har rehabiliteringspotentiale.
- Teamlederen organiserer hurtigt et startmøde, hvor en ergo- eller fysioterapeut og borgerens kontaktperson (social- og sundhedsassistent eller -hjælper) deltager.
- Terapeut og /eller borgerens kontaktperson udarbejder en handleplan i samarbejde med borgeren, hvor mål, delmål og handlinger fremgår
- Borgerens kontaktperson (social- og sundhedspersonalet) træner med borgeren og evaluerer f.eks. hver uge.
- Terapeut deltager evt. ved midtvejsevaluering.

- Kontaktperson sparrer evt. med terapeut eller kollegaer undervejs i forløbet
- Efter ca. 3 måneder afsluttes rehabiliteringsindsatsen.

Herefter får borgeren enten ikke længere hjemmehjælp, kompenserende hjemmehjælp eller rehabiliterende hjemmehjælp mod et eller flere nye mål.

Samarbejde med træningssektionen

Langt de fleste hverdagsrehabiliteringstilbud er organiseret som et samarbejde mellem hjemmeplejen (social- og sundhedspersonalet) og træningssektionen (terapeuterne). Ofte vil det være sådan, at et antal terapeuter ansat i træningssektionen er reserverede eller 'frikøbt' til at arbejde med hverdagsrehabilitering. Nogle steder har terapeuterne også almindelig genoptræning efter Sundhedsloven og Serviceloven ved siden af deres arbejde med hverdagsrehabilitering. I nogle kommuner har man valgt at give terapeuterne og træningssektionen hovedrollen. I de tilfælde kører terapeuterne de fleste hverdagsrehabiliteringsforløb og inkluderer kun sporadisk social- og sundhedsgruppen, hvis de vurderer, at det er relevant.

Kortlægningen viser, at samarbejdet mellem terapeuter og social- og sundhedspersonale er afgørende for at have succes med hverdagsrehabilitering. Mange kommuner har på denne baggrund overvejet at ansætte terapeuterne direkte i hjemmeplejen. Når de (endnu) ikke har gjort det, skyldes det i henhold til ældrecheferne/de tilsvarende, at terapeuterne ikke ønsker at være ansat i hjemmeplejen. Terapeuterne mener, at de får mest ud af at indgå i et fagligt og personligt fællesskab med andre terapeuter. Desuden har samarbejdet på tværs af områder den fordel, at terapeuterne kan sørge

Eksempel 3.1.

NÅR SYGEPLEJEN ER MED

“ Visitatoren bestemmer om fagkoordinatoren skal være terapeut eller sygeplejerske alt efter behov. Derefter sendes en henvisning til enten sygeplejen eller træningsenheden. Fagkoordinatoren afholder herefter et møde med den daglige hjælper, borgeren og evt. familien om, hvad der skal ske.”

Eksempel 3.2.

OM AMBASSADØRMODELLEN

“ Vi har valgt at uddanne en række ambassadører i grupperne. De tager det med i deres opgaveløsning i hverdagen, så borgeren ikke skal visiteres til et særligt forløb. Så det er det normale set up, kan man sige, med særligt uddannede ambassadører”

for at hverdagsrehabiliteringsindsatsen også huskes og rodfæstes i det træningsfaglige område fremfor kun i hjemmeplejen. For eksempel kan de se, om en borger, der går på et træningshold kunne have gavn af en hverdagsrehabiliterende indsats. De kan sørge for, at der er sammenhæng mellem den træning, der foregår i træningscentret og den, der foregår i borgerens hjem.

Samarbejde med sygeplejen

Sygeplejen spiller ikke en ligeså stor rolle i hverdagsrehabiliteringen som terapeuterne. I få kommuner indgår sygeplejerskerne på nogenlunde lige fod med terapeuterne, men i de fleste kommuner er det stadig en uopfyldt ambition at få integreret sygeplejen i deres hverdagsrehabiliteringstilbud. Dette skyldes for mange kommuners vedkommende en tvivl om, hvordan det kan lade sig gøre – både i forhold til hvilke ydelser, det skal dreje sig om og i forhold til, hvordan hverdagsrehabiliteringen kan gå på tværs af servicelov og sundhedslov.

I de kommuner, der har integreret sygeplejen i hverdagsrehabiliteringen, foregår det typisk ved, at visitator ved visitation eller revisitation vurderer, om borgeren har rehabiliteringspotentiale inden for en terapeutfaglig eller en sygeplejefaglig problemstilling. En sygeplejefaglig problemstilling kan fx være at dryppe øjne eller at tage medicin. Derefter arrangeres forløbet ligesom andre hverdagsrehabiliteringsforløb: Sygeplejersken og kontaktpersonen udarbejder mål og handleplan for og med borgeren. Kontaktpersonen og borgeren træner mod målet og sygeplejersken superviserer.

Samarbejde med visitation, hjælpemidler og andre afdelinger

Udover det tætte samarbejde med sygeplejen og træningssektionen, kan hjemmeplejen også samarbejde med andre afdelinger, som f.eks hjælpemiddelafsnittet

og visitationen, som en del af deres hverdagsrehabiliteringsmodel. Disse samarbejder drejer sig dog oftere om at skabe nogle organisatoriske relationer og fælles forståelser på lederniveau og om at forbedre kommunikationen, end om de praktiske samarbejder mellem de enkelte medarbejdere i plejen og i de øvrige afdelinger.

Enkelte steder er hjælpemiddelterapeuter og visitatorer dog jævnligt til stede på gruppemøder i hjemmeplejen for at se, om de med deres faglighed kan bidrage med en løsning for borgeren.

Ambassadørudgaven – en udgave af organisationstype 1

En del kommuner har valgt, at det kun er nogle af social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne i hver udekørende gruppe, der skal tage de rehabiliterende forløb. Nogle af disse kommuner beskriver denne beslutning som et ressourcspørgsmål, hvor de på denne måde sparer penge ved kun at uddanne nogle af medarbejderne. Andre af disse kommuner uddanner alle medarbejdere, men udnævner nogle medarbejdere til 'ambassadører' eller 'rehabiliteringsagenter' og giver dem særlig uddannelse inden for rehabilitering. Fælles for de to udgaver er, at man satser på en afsmittende effekt og (ofte) en gradvis overgang til at alle medarbejdere i plejen skal kunne være kvalificerede til at tage de rehabiliterende forløb. Derfor er ambassadørudgaven ikke nævnt som en selvstændig organisationstype, men som en udgave af organisationstype 1.

Træning før hjælp-udgaven – en udgave af organisationstype 1

Nogle kommuner kalder deres tilbud for 'træning før hjælp'. Træning før hjælp-tilbud er typisk organiseret som et samarbejde mellem hjemmeplejen og træningssektionen, men er særligt, fordi det retter sig mod nye

*Eksempel 3.3.***OM TVÆRFAGLIGT
SAMMENSATTE DISTRIKTER**

“ Vores udekørende distrikter er tværfagligt sammensatte. Der er en leder som under sig har social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejerske og terapeut. Det er et bevidst valg, som jeg med krig har fastholdt. Vi tager udgangspunkt i det, borgeren samlet set har brug for, og laver i fællesskab en plan. Når alle er ansat samme sted er det lettere at lave og drifte sådan en plan”.

borgere, der henvender sig om en ydelse eller borgere, der bliver revisiteret. Som navnet antyder, går det ud på, at borgeren tilbydes et målrettet træningsforløb, før han eller hun kan blive visiteret til en hjemmeplejeydelse. Det kan også være, at borgeren bliver tilbudt et hjælpemiddel, som kan gøre borgeren i stand til at varetage opgaven selv.

På den måde søger kommunerne at 'vende borgerne i døren' – dvs. gøre dem helt eller mere selvhjulpne, sådan at de bliver i stand til bedre at klare sig selv og har behov for færre ydelser.

Organisationstype 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer

14 kommuner har valgt at etablere et tværfagligt tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen ved ansættelse af særlige faglige ressourcer (terapeuter, sygeplejersker) direkte i plejen frem for at samarbejde med andre afdelinger som beskrevet under organisationstype 1.

En fordel ved denne model er, at den underbygger tæt, tværfaglig sparring. En anden fordel er, at de medarbejdere, der indgår, har samme leder. På den måde reduceres risikoen for, at fagspecifikke forståelser af rehabiliteringsindsatsens mål, metoder og rollefordeling kolliderer.

Under interviewene fortalte flere af interviewpersonerne i de kommuner, der havde organiseret deres tilbud om hverdagsrehabilitering som et samarbejde mellem hjemmeplejen og træningssektionen, at de overvejede at omlægge til en "type 2" for netop at styrke det tætte samarbejde på tværs af fagligheder. De så det dog bl.a. som en udfordring at rekruttere terapeuter og sygeplejersker til sådanne stillinger, hvor man sidder alene med sit fagområde. En terapeut fra en kommune fortalte, at

hun så det som en fordel ikke at være ansat i hjemmeplejen, fordi hun dermed "ikke har fingrene i driften og kan se det med friske øjne", fordi hun netop kommer fra en anden organisation.

Organisationstype 3: Specialiseret enhed

13 kommuner har organiseret deres hverdagsrehabiliteringsindsats som en specialiseret enhed, der arbejder på tværs af geografiske grænser i kommunen. I nogle kommuner er dette det eneste tilbud, og i andre spiller det sammen med hverdagsrehabilitering organiseret i de "normale" udekørende hjemmeplejegrupper. Den specialiserede enhed er oftest organiseret som et selvstændigt 'distrikt' med egen ledelse, ikke underordnet et geografisk område.

Sammensætningen af de specialiserede enheder varierer, men omfatter altid ergoterapeuter og social- og sundhedspersonale, og nogle gange sygeplejerske, fysioterapeut og ernæringsfagligt personale. Terapeutnormeringen er højere end i de almindelige hjemmeplejegrupper.

De specialiserede enheder er ofte designet til at tage sig af de nye borgere, der henvender sig om hjælp og støtte efter Servicelovens § 83 – og som får en tidsbegrænset og målrettet rehabiliteringsindsats (ofte efter § 86 i Serviceloven). De specialiserede enheder har relativt meget tid til den enkelte borger, fordi det ses som en investering i forhold til at gøre ham/hende selvhjulpne.

I kommuner med specialiserede enheder oplyser interviewpersonerne, at det kan være en udfordring, at de specialiserede enheder skal fungere side om side med den almindelige hjemmepleje. Medarbejderne i den almindelige hjemmepleje kan se de specialiserede enheder som en trussel, der fjerner deres arbejdsgrundlag

*Eksempel 3.4.***HVORFOR ARBEJDE
REHABILITERENDE PÅ PLEJECENTRE?**

“ Borgeren får større livskvalitet ved at være selvhjulpne. Hvis beboerne kan klare personlig hygiejne selv, er det et bedre liv. Det er ikke fordi de fleste bliver udskrevet igen, men de får et bedre liv på plejecentret. Det hjælper også på det fysiske arbejdsmiljø for medarbejderne. Det er også godt for de sociale relationer og giver plads til mere psykosocialt arbejde”

*Eksempel 3.5.***- OM AT ARBEJDE MED MÅL**

Der er ansat en ergoterapeut i tilknytning til plejeboligerne. Når der kommer en ny beboer, følger ergoterapeuten med borgerens kontaktperson de første 3-4 dage. I løbet af de dage vurderer hun, hvilke muligheder der er for, at beboeren kan klare noget selv, så personalet ikke tager over for beboeren med det samme. På den baggrund laver de en handleplan, og plejen overgår til kontaktpersonen. Ved ugemøder følger terapeuten op på, hvordan det går. Borgerens mål og plejens indsats justeres løbende. Måske skal kontaktpersonen trække sig mere tilbage, eller måske skal der være fokus på en ny aktivitet for beboeren.

(når borgerne får mindre brug for hjælp) og overflødiggør deres faglighed (da specialteamet ofte har efteruddannelse og særlige kompetencer, som de almindelige grupper ikke har).

Organisationstype 4: Terapeutmodellen

Syv kommuner har valgt terapeutmodellen. Det vil sige, at det i overvejende grad er terapeuter, der varetager træningen med borgerne uden at involvere andre personalegrupper – inklusive social- og sundhedsgruppen.

Kommunernes ræsonnement bag dette valg varierer. Nogle steder vurderer man, at det er terapeuterne, der kan lave de bedste resultater her og nu, og at det først er nødvendigt at koble hjemmeplejen på senere. I en kommune skyldes valget, at man gerne vil lave et forsøg med kontrolgrupper. Ved at isolere indsatsen til en faggruppe, som man ved er i stand til at arbejde rehabiliterende, vurderer kommunen, at det vil være lettere at sammenligne resultaterne i indsatsgruppen med kontrolgruppen. I en tredje kommune havde man til at begynde med regnet med, at social- og sundhedsgruppen skulle indgå i hverdagsrehabiliteringen, men det viste sig, at terapeuterne selv havde kapacitet til at tage sig af alle de borgere, der blev visiteret til et rehabiliteringsforløb.

3.3. Hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig

26 kommuner fortæller, at de har et tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig. Omtrent ligeså mange fortæller, at de er lige ved at skulle til at etablere det. De kommuner, der har etableret et tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig har typisk ansat eller tilknyttet en terapeut og evt. givet deres

medarbejdere efteruddannelse i rehabilitering. Indsatsen til borgere i plejebolig varierer meget. Generelt har den enkelte kommune mere systematik omkring sin hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen end i sit tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig. Det skyldes typisk, at disse rehabiliteringstilbud er startet senere i plejeboligerne eller kun lige er ved at skulle sættes i gang. Enkelte kommuner adskiller sig dog ved at være godt i gang på plejeboligområdet og ved at have opfattet det som lettere at implementere kulturforandringen blandt medarbejderne. Det sidste, fordi der er mere kontakt og synlighed mellem leder og medarbejder på plejeboligområdet, hvorfor det ifølge den pågældende kommune er lettere at sikre, at medarbejderne arbejder rehabiliterende.

Formålet med den rehabiliterende indsats på plejeboligområdet adskiller sig fra formålet med rehabilitering i hjemmeplejen. Det er ikke en ambition på plejeboligområdet at gøre borgerne så selvhjulpne, så de kan klare sig i eget hjem igen. På plejeboligområdet handler det i højere grad om livskvalitet og om at skabe en bedre hverdag for beboerne. Ifølge de interviewede kommuner smitter dette af på beboernes generelle indstilling og bidrager til at styrke de evner, de har.

Selv om det ikke er alle kommuner, der arbejder systematisk med rehabilitering på plejeboligområdet, er der nogle, der gør. Eksempel 3.5. og 3.6 beskriver, hvordan der arbejdes rehabiliterende i plejeboligen.

Indsatsen på plejeboligområdet hænger ofte sammen med hverdagsrehabiliteringen i hjemmeplejen, selv om det er to forskellige indsatser. Dette skyldes i henhold til interviewpersonerne, at plejeboligområdet ofte indgår i den samme organisatoriske struktur som hjemmeplejen. Det kan f.eks. være, at en distriktsleder er ansvarlig

Eksempel 3.6.**- OM AT SÆTTE MÅL**

En kommune arbejder med en fokusuge for hver borger, hvor det undersøges, hvilket mål borgeren har. Det er ikke alle borgere, der kan give udtryk for deres egne mål, hvis de f.eks. er demente. Men ved at inddrage de pårørende og spørge ind til borgeren forsøger social- og sundhedspersonalet at finde ud af, hvad borgeren tidligere, har oplevet og interesseret sig for. På den måde får de borgeren i tale og hjælper ham/hende med at udtrykke, hvad han eller hun gerne vil.

Eksempel 3.7.**EN KOMMUNE BESKRIVER SIT TILBUD OM DØGNREHABILITERING**

“ Den dag borgeren ankommer, introduceres denne til sin kontaktperson og snakker med en fysioterapeut og en ergoterapeut. Ergoterapeuten tester ADL-funktionen. Borgeren installeres på sit værelse og dagen efter starter træningen. Der er fysisk træning to gange dagligt. Social- og sundhedspersonalet står for ADL-træningen. Når folk kommer fra hospitalet, starter man ofte med at finde ud af, om der er styr på den medicin, borgeren får. Hvis folk har ernæringsproblemer, kommer køkkenet indover og laver noget mad, der støtter det rehabiliterende arbejde. Hvis der er psykiatiske problemer, kommer en psykiater indover.”

for både en hjemmeplejegruppe og et plejeboligområde, og at der på den måde sker en afsmittende effekt fra det ene til det andet.

3.4. Øvrige indsatser

Tabel 3.3. giver et overblik over de øvrige tilbud om rehabilitering, der nævnes ved interview. Det fremgår af tabellen, at ældrecheferne/de tilsvarende i 23 kommu-

ner nævner, at de har et tilbud om døgnrehabilitering. syv nævner, at de har aktiviteter i aktivitetscentre og dagcentre, seks nævner, at de har etableret et særligt visitationsteam, og et mindre antal (>5) nævner, at de har særlige tiltag vedrørende hjælpemidler, støttestrømper, faldforebyggelse eller selvtræning.

I dette afsnit beskrives disse tiltag og kommunernes erfaringer.

Tabel 3.3. Øvrige rehabiliteringstilbud, der nævnes af kommunerne

Døgnrehabilitering	Aktivitetscentre eller dagcentre	Særligt visitationsteam	Andet
23	7	6	>5

Døgnrehabilitering

26 kommuner nævner døgnrehabilitering som et af deres særlige tilbud om rehabilitering efter Serviceloven. Placeringen og antallet af døgnrehabiliteringspladser varierer meget fra kommune til kommune, både i henhold til kommunens størrelse og den strategiske satsning på døgnrehabilitering.

Døgnrehabiliteringspladser har typisk to målgrupper: Borgere, der netop er blevet udskrevet fra sygehus, og borgere i eget hjem. I begge tilfælde er der tale om borgere, der har oplevet et stort fald i funktionsniveau og har brug for et boost for at blive mere selvhjulpne og bedre kunne klare sig selv i eget hjem igen.

Tilbuddet om døgnrehabilitering består af en intensiv, tværfaglig indsats i en afgrænset periode på nogle uger. De faggrupper der indgår er typisk sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter. Der er ikke i så højt omfang ansat social- og sundhedsassistenter på døgnrehabiliteringspladser, da de ikke har de relevante kompetencer. Et par steder er der også ansat en læge.

Døgnrehabiliteringspladsernes fysiske og organisatoriske placering er væsentlig for, hvor mange borgere, de får igennem. Kommunerne har enten døgnrehabiliteringspladserne på et selvstændigt rehabiliteringscenter, de deler rammer med et plejecenter eller de er spredt

Eksempel 3.8.**OM AT DELE DE FYSISKE RAMMER MED ANDRE TILBUD**

“ Formålet med rehabiliteringscentret var, at man skulle tage borgerne i opløbet, så man sparede borgeren og kommunen for indlæggelsen. Men vi ser ikke så tit dem fra hjemmeplejen, for der er run på med borgere fra sygehuset. Det er en kroner- og ørebeslutning, fordi det er så dyrt at have en [færdigbehandlet] borger på sygehus”

Eksempel 3.9.**EN RELEVANT FAGPERSON SOM TOVHOLDER**

Kommunen var kritisk over for tanken om, at man kan træne sig fra alting. De indførte derfor – inspireret af tankegangen bag FAM [Fælles Akut Modtagelse] på sygehusene – at faglighederne skulle rykkes frem. Når en borger henvender sig om hjælp, sender de et brev om, at borgeren vil få besøg af en relevant person fra rehabiliteringsteamet. Den person følger borgeren til de fagligheder, der er brug for, for at udrede borgerens problem. Efterfølgende hjælper personen også med at finde ud af, om det er hjemmepleje, et rehabiliteringsforløb i diabetes eller noget helt tredje, der er brug for.

forskellige steder i kommunen. Mange steder er de placeret sammen med midlertidige pladser, akutpladser og/eller aflastningspladser. Det går igen ved interview, at denne placering er en stor udfordring for rehabiliteringspladserne, fordi de bliver fortrængt af de andre typer pladser.

Selv om kommunerne har ambitioner om, at døgnrehabiliteringspladserne (også) skal bruges til at booste modtagere af hjemmepleje, så de kan klare sig bedre i eget hjem og undgå indlæggelser, bliver pladserne altså i praksis i langt højere grad brugt til at tage borgere hjem fra sygehus. Denne tendens forstærkes af, at rehabiliteringspladserne i perioder bliver brugt som akut- og aflastningspladser, hvis de er placeret sammen, alt efter hvad der er efterspørgsel på. Denne fleksibilitet går imidlertid ofte kun fra rehabiliteringspladserne til de andre pladstyper og ikke den anden vej. Det skyldes, at rehabiliteringspladserne har en højere medarbejdernormering og udgør et mere intensivt tilbud. Der er derfor ikke mulighed for at tilbyde flere rehabiliteringspladser end normeringen siger, fordi der ikke er medarbejderressourcer til det.

Døgnrehabiliteringen er i varierende grad tænkt sammen med kommunens hverdagsrehabiliterings-tilbud. Det kan f.eks. være ved at en terapeut fra døgnrehabiliteringen tager med borgeren ud i eget hjem ved udskrivelse og instruerer hjemmetræneren/kontaktpersonen i, hvordan han/hun kan vedligeholde og styrke det funktionsniveau borgeren har trænet sig op til på døgnopholdet. I en kommune er de terapeuter, der arbejder på rehabiliteringscentret, ansat samme sted som hverdagsrehabiliteringsterapeuterne (myndighedsafdelingen), sådan at de kan sparre med hinanden.

Særligt visitationsteam

Under denne kategori findes de forskellige tiltag, som skal forbedre visitationens rolle i at rehabiliterer borgeren. Tiltagene har lidt forskellig karakter, der vises ovenfor i eksempel 3.9. og 3.10.

Tiltagene adskiller sig altså ved enten at være ”tovholder-tilbud”, hvor særlige medarbejdere fører borgeren igennem kommunens muligheder, regler og tilbud, eller ”indgangstilbud”, hvor man møder borgeren med en bred tværfaglighed. Det varierer også, hvor bredt tilbudets råderum er tænkt. Nogle steder er det holdt inden for ældreområdet. Andre steder kan tilbuddene også knytte sig til job, psykiatri eller andre områder.

Formålet med at nedsætte disse ”særlige visitationsteams” er at yde borgeren en mere målrettet og kvalificeret hjælp hurtigere.

Disse særlige visitationsteams har en række udfordringer. For det første kan det være et praktisk og logistisk problem at koordinere mellem de forskellige faggrupper. For det andet kan det i nogle modeller være problematisk at finde en procedure for, hvilke borgere, der skal inkluderes. For det tredje kan det i nogle modeller være til diskussion, om det er hensigtsmæssigt, at en hel flok medarbejdere møder op hos borgeren. En kommune har valgt at løse dette problem ved at sørge for at fagpersonerne holder et ’formøde’ om borgeren og på den måde koordinerer deres indsats.

Et andet tiltag, som søger at forbedre rehabiliteringsindsatsen via visitationen adskiller sig fra de ovennævnte. En kommune har arrangeret, at et antal visitatorer to gange om ugen kører til de nærliggende sygehuse og holder møde med afdelingsledelsen. Her diskuterer de hvilke patienter, der er relevante for visitatoren at tale

*Eksempel 3.10.***BRED TVÆRFAGLIGHED I HJEMMET**

Når en borger ansøger om hjælp efter § 83 afholdes et tværfagligt møde hos borgeren, hvor man vurderer borgerens potentiale. Det er visitators vurdering, hvilke faggrupper, der skal med. Der indgår altid en terapeut og en hjemmehjælper. Her er pårørende også involveret. Der kan også være demenskoordinator eller sygeplejerske med. I denne kommune har man valgt, at alle fagligheder skal med, så borgeren kun skal fortælle sin historie en gang.

*Eksempel 3.11.***OM FORMÅLET MED "SÆRLIGE VISITATIONSTEAMS"**

“ Vores teams skal tage sig af de ustabile forløb. Der er så mange ting, der kan gøre en borger ustabil. Det kan være fyring, førligheden, pludselig sygdom, stress – hvad har de så brug for? En mental terapeut? En økonomisk rådgiver? Noget medicinsk? Vi henter de fagligheder, der dækker de områder, hvor vi ikke slår til. ”

med. Visitatoren opsøger så de relevante patienter og oplyser dem om, hvad deres muligheder for hjælp er, når de kommer hjem til deres egen bolig. På den måde forebygger de et problem, som mange andre kommuner oplever med borgere, der er blevet udskrevet fra hospitalet. Disse borgere får ifølge kommunerne ofte at vide af personalet på hospitalet, at de kan komme hjem og få en masse hjælp. Når kommunen så stiller krav om, at borgeren skal træne mod at blive selvhjulpne, bliver borgeren overrasket og nogle gange utilfreds.

Aktivitetscentre og dagcentre

Flere kommuner nævner også deres tilbud på aktivitetscentre og dagcentre som tilbud om rehabilitering. På aktivitetscentrene kan der være ansat forskellige typer medarbejdere, fx social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere, terapeuter og pædagoger.

I nogle kommuner ser man tilbuddene på aktivitetscentrene som rehabiliterende i sig selv. I andre kommuner indgår aktivitetscentrene i hverdagsrehabiliteringen og er på den måde rehabiliterende. Det kan f.eks. være at en medarbejder i dagcentret er med til den tværfaglige opstartssamtale med en borger i hverdagsrehabiliteringen. Eller det kan være at terapeuterne fra hverdagsrehabiliteringen mere eller mindre formelt opdaterer medarbejderne i aktivitetscentrene i forhold til, hvilke mål borgeren aktuelt arbejder efter, og hvordan de kan støtte op.

(Se eksempel 3.12 næste side)

Andre tilbud om rehabilitering

De tilbud, der kun blev nævnt af enkelte kommuner, beskrives her.

Enkelte kommuner er i gang med projekter som skal sætte fokus på, hvordan **hjælpemidler** kan udgøre en

del af den rehabiliterende indsats. I en kommune arbejder man meget systematisk med, hvordan man ved at teste og kategorisere ansøgerne om hjælpemidler med en særlig model, der kan målrette den støtte borgeren får og gøre borgeren mere selvhjulpne hurtigere. De foreløbige resultater tyder ifølge den projektansvarlige på, at der er god effekt af deres indsats. En anden kommune tilbyder særlige hold, hvor de ældre kan møde op og lære, hvordan man hjælper sig selv ved at bruge forskellige hjælpemidler.

En kommune har efter amerikansk inspiration indført **"life style redesign"-kurser** til borgere, der modtager hverdagsrehabilitering. Det er til borgere med relativt lille funktionsnedsættelse. De tilbydes et forløb der minder om et patientskoleforløb, hvor der er fokus på, hvordan de kan ændre deres liv, så de kan være mere selvhjulpne. Forløbet består af otte kursusgange på et dagcenter, og forløbet slutter med at borgerne skal blive en 'selvhjælpsgruppe', der støtter hinanden. Det har kommunen ifølge ældrechefen i kommunen gode erfaringer med.

Enkelte kommuner har også projekter, som udelukkende handler om **støttestrømper**. Erfaringen er, at dette er et område, hvor der hurtigt kan opnås målbare resultater.

*Eksempel 3.12.***OM AT DELE DE FYSISKE RAMMER
MED ANDRE TILBUD**

“ Det er sjovt. De [aktivitetscentrene] har været i drift i mere end 20 år. Men de bliver mere og mere rehabiliterende, fordi borgerne efterspørger det. Vi har aldrig haft mere motion og mental træning, end vi har nu. De efterspørger det simpelthen!”

3.5. Sammenfatning

Kortlægningen viser, at 92/98 kommuner (94 %) har etableret et eller flere særlige tilbud om rehabilitering til de ældre borgere, der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven.

Typer af tilbud, der nævnes af kommunerne, er:

- Hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem (95 eksempler)
- Hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig (26 eksempler)
- Døgnrehabilitering (23 eksempler)
- Aktiviteter i aktivitets- og dagcentre (7 eksempler)
- Særlige visitationsteams (6 eksempler)
- Øvrige tiltag (>5 eksempler)

Hverdagsrehabilitering er den fællesbetegnelse, som kommunerne bruger til beskrivelse af de tilbud om rehabilitering, der er målrettet borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at forbedre borgernes funktionsevne og gøre dem mere selvhjulpne i dagligdagen.

Kortlægningen udpeger 95 forskellige tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem, fordelt på 92 kommuner. Hertil kommer 26 tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig.

En analyse af den måde samarbejdet om hverdagsrehabilitering er organiseret på, finder fire overordnede organisationstyper:

- Organisationstype 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger
- Organisationstype 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer
- Organisationstype 3: Tværfaglig specialenhed
- Organisationstype 4: Terapeutmodellen.

Der ses betydelige forskelle på samarbejdets organisering, også indenfor rammerne af den enkelte organisationstype. Bl.a. varierer det, hvilke borgere der får tilbud om rehabilitering, hvilke fagpersoner der indgår i kommunens tilbud, og hvor mange timer de har til rådighed for træning med borgeren.



Kapitel 4

KOMMUNERNES REHABILITERINGSERFARINGER

Kortlægningen viser, at kommunerne – på tværs af modeller – har gjort sig en række væsentlige læresætninger om, hvad der skal til for at opnå succes med hverdagsrehabilitering. I dette kapitel beskrives de faktorer, der efter kommunernes opfattelse er afgørende for succes – og de udfordringer, som kommunerne oplever i deres arbejde.



4.1. Hvilke faktorer er kritiske for succes?

Kortlægningen viser, at kommunerne har mange forskellige modeller for hverdagsrehabilitering. Mange modeller tager udgangspunkt i de samme ideer om bl.a. tværfagligt samarbejde, kompetenceudvikling indenfor rehabilitering og motivation samt målsætning og handleplaner for borgerne. Alligevel formes modellerne af kommunernes forskellige organisatoriske strukturer og af de ressourcer, de investerer i modellerne. Interviewene viser, at der på tværs af modeller er en række faktorer, som viser sig at være afgørende for om en hverdagsrehabiliteringsmodel leverer det, den skal – nemlig mere selvhjulpne borgere. Det gælder muligheden for tæt tværfagligt samarbejde om den enkelte borger, systematiske procedurer for visitation og rekruttering, målrettet styring af tidsforbruget i hjemmeplejen og kontinuerligt ledelsesfokus.

Mulighed for tæt, tværfagligt samarbejde

Det er centralt for rehabiliteringens succes, at der er gode muligheder for tværfagligt samarbejde mellem de forskellige medarbejdergrupper. Dette er ikke noget, der kan etableres en gang for alle på et kompetenceudviklingsforløb: Der skal ifølge kommunerne også være kontinuerlig mulighed for og nærmest insistere på at udveksle og udvikle faggrupperne imellem.

Kommunerne har prioriteret muligheden for tæt tværfagligt samarbejde på vidt forskelligt: I nogle modeller mødes de forskellige faggrupper kun hos borgeren og ikke engang hos alle borgere. I andre modeller er der dagligt mulighed for sparring. Når faggrupperne kun mødes hos borgeren, er der typisk tale om en opstartssamtale, hvor terapeut eller evt. sygeplejerske instruerer social- og sundhedsassistent eller -hjælper i, hvor-

dan de skal træne med borgeren. De modeller, der giver mulighed for daglig sparring mellem faggrupperne er typisk dem, der er organiseret som specialenheder. Der er dog også nogle kommuner, der prioriterer muligheden for tæt faglig sparring højt i andre modeller.

Den tværfaglige sparring skal dels bruges til at holde fokus på rehabilitering og dels til at få og give konkrete forslag til forbedring.

Flere kommuner beskriver det som en særlig udfordring at etablere god **sparring mellem social- og sundhedsgruppen og terapeuter** (og evt. sygeplejersker). Det skyldes ifølge disse kommuner, at social- og sundhedsgruppen i mange har gået for sig selv og passet deres arbejde. Når terapeuterne kommer med gode råd og vejledning, opfatter social- og sundhedsmedarbejderne det som belærende og forstyrrende for deres rutiner. Derfor er det vigtigt at støtte op om terapeuternes vejledning og supervision på en måde, så den bliver opfattet positivt af social- og sundhedsgruppen – og samtidig støtte op om en kulturændring, der gør det mere naturligt for social- og sundhedsgruppen at opsøge terapeuterne.

Mange kommuner fremhæver i den forbindelse, at muligheden for **uformel sparring** er vigtig. Det er ikke nødvendigvis tilstrækkeligt med et ugentligt møde, hvor man kan drøfte aktueller borgersager. Det er ikke alle social- og sundhedsmedarbejdere, der har det godt med at fremlægge de udfordringer, de oplever i deres arbejde, på et gruppemøde. I nogle kommuner har man, som det er fremgået ovenfor, imødekommet dette ved at ansætte terapeuten direkte i et distrikt eller en gruppe, sådan at social- og sundhedsgruppen og terapeuten deler lokaler. I kommuner hvor terapeuten skal dække flere områder eller primært er tilknyttet en anden afdeling, er det en mulighed at terapeuten f.eks. spiser frokost med social-

Eksempel 4.1.

EKSKLUSIONSKRITERIER

- Borgere med demens
- Terminale borgere
- Borgere, der ikke samarbejder
- Borgere med misbrug
- Borgere, som kun vil kunne forbedre livskvalitet

og sundhedsgruppen nogle gange om ugen eller er til stede, når de kommer tilbage efter besøg hos borgerne.

En kommune har opfundet en slags **omvendt coaching** som en måde at imødekomme social- og sundhedsgruppens eventuelle opfattelse af at blive kritiseret. Når terapeut eller sygeplejerske og kontaktpersonen er hos borgeren for at forbedre indsatsen, er det som oftest kontaktpersonen, der udfører opgaven og terapeuten eller sygeplejersken, der undervejs kommer med forslag til forbedring. I denne kommune har man imidlertid gode erfaringer med at vende det om, sådan at terapeuten f.eks. støtter borgeren i forbindelse med bad, og kontaktpersonen kommer med forslag undervejs.

Interviewene med kommunerne tyder desuden på, at **personlige relationer** er centrale i forhold til sparring. Det er altså ikke ligegyldigt, om kommunerne sender "en terapeut fra træningssektionen" ud for at supervisere og vejlede de udekørende grupper, eller om kommunen sender en fast ergoterapeut ud til den enkelte gruppe. Hvis modellen er tilrettelagt sådan at social- og sundhedsgruppen skal søge telefonisk rådgivning hos eksempelvis terapeuter, er det også vigtigt, at det er en terapeut, social- og sundhedsgruppen kender, da de herved oplever færre barrierer for at ringe og søge vejledning.

Visitationsproceduren: Glem ikke visitationen

Det fremgår ved interview, at flere kommuner har oplevet en udfordring med at rekruttere et tilstrækkeligt antal borgere til deres tilbud om rehabilitering. I disse kommuner har det typisk vist sig, at visitationen ikke har deltaget i udviklings- og implementeringsfasen.

Visitationens rolle varierer fra at være marginal til at være det sted, hvor rehabiliteringsindsatsen er forank-

ret. Netop dette har under kortlægningen vist sig at have stor betydning for en models succes. Her sammenfattes de vigtigste delelementer i visitationsproceduren, som kortlægningen har peget på:

- Definition af målgruppen,
- Metode til inklusion af borgere, der har været i hjemmeplejen igennem længere tid, samt
- Motivation og frivillighed.

Definition af målgruppen

Visitationens centrale rolle er i de fleste tilbud at sørge for at visitere den rette målgruppe til tilbuddet. Kommunerne har overordnet set alle sammen den samme målgruppe – nemlig borgere der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Servicelovens paragraf 83 om personlig og/eller praktisk hjælp i hjemmet. Inden for denne gruppe har kommunerne yderligere kriterier i forhold til hvem, deres tilbud henvender sig til. Her er en række eksempler på definition af målgruppen for et bestemt tilbud:

- Borgere, der efter visitators vurdering har rehabiliteringspotentiale.
- Borgere, som kognitivt er i stand til at være med til at lave og arbejde efter mål.
- "De lavest hængende frugter" – hvilket typisk vil sige borgere, der bruger støttestrømper, nye borgere i hjemmeplejen, og evt. modtagere af personlig pleje
- Nye borgere (generelt).
- Nyudskrevne borgere fra sygehus eller midlertidige ophold eller borgere med langsomt faldende funktionsevne eller nyhenviste borgere.
- Borgere i et bestemt distrikt e.l., hvis tilbuddet er et projekt.

For at præcisere målgruppen yderligere, har mange



kommuner også en række eksklusionskriterier (se eksempel 4.1.). Flere af dem fortæller dog, at visitationen af borgerne i høj grad sker på baggrund af visitationens personlige, faglige vurdering af den enkelte borger. Denne er vigtigere end formelle retningslinjer og kriterier. Nogle kommuner er meget bevidste om dette og afstår derfor fra at have skarpe definitions-kriterier ud fra rationalet ”måske har lige det her menneske nogle gode pårørende, nogle ressourcer eller andet, som gør, at han eller hun kan være med”.

Andre kommuner forsøger retrospektivt at definere, hvad det er for grupper, det har vist sig, at visitationen ekskluderer, for at kunne opbygge en systematik. En kommune har haft terminale borgere ekskluderet, men omdefinerede sin målgruppe undervejs, fordi medarbejderne og lederne ikke kunne forsvare over for de terminale borgere, at de ikke måtte være med, hvis de gerne ville og kunne forventes at have et positivt udbytte af at modtage kommunens tilbud.

Inklusion af borgere, der har været i hjemmeplejen gennem længere tid

Interviewene viser entydigt, at det er kommunernes erfaring, at nye borgere er lettest at rekruttere til hverdagsrehabilitering, og at de opnår de bedste resultater. Mere udfordrende bliver det med borgere, der har været i hjemmeplejen igennem længere tid – både i forhold til at identificere borgere med rehabiliteringsbehov og i forhold til at motivere dem.

Kortlægningen har afdækket en række af de metoder, visitationen bruger til at rekruttere borgere, der har været i hjemmeplejen i længere tid: Revisitation, medarbejderne identificerer potentiale, systematisk gennemgang af ydelsesmodtagere og faglig oprustning til visitatorerne.

En metode er at identificere borgeren ved **revisitation**. Det vil sige, at når en borger (eller en pårørende) henvender sig for at få mere hjælp, benytter visitator muligheden til at vurdere, om borgeren kunne være i målgruppen for et rehabiliteringstilbud. Metoden har dog den ulempe, at den overser borgere, der potentielt har rehabiliteringspotentiale, men som ikke oplever et fald i funktionsevne og derfor ikke bliver revisiteret. En kommune understreger desuden, at det er en fejltagelse at gå ud fra, at de fleste borgere henvender sig til visitationen, når de har brug for mere hjælp. Det sker langt oftere, at det er medarbejderne i hjemmeplejen, der bliver opmærksomme på, at borgeren har brug for mere hjælp, og gør visitationen opmærksom herpå.

At **medarbejderne identificerer de** relevante borgere er en anden metode til at få inkluderet de borgere, der har været i hjemmeplejen igennem længere tid. Denne metode bliver typisk mere effektiv, jo bedre rehabiliteringstankegangen er implementeret i kommunen. Desto bedre bliver medarbejderne nemlig til at se, hvilke borgere der vil have gavn af en indsats. Det kan både være medarbejdere i hjemmeplejen, træningssektionen, dagcentrene eller andre steder, der identificerer borgere. Et par kommuner påpeger dog, at det kan være en udfordrende opgave at få medarbejderne til at identificere relevante borgere, fordi de synes, at de svigter borgerens tillid, når de gør visitationen opmærksom på, at borgeren måske – ved et tilbud om rehabilitering – vil kunne klare sig med mindre hjælp. Det kommer dog meget an på medarbejdernes opfattelse af indsatsen, om dette er en problemstilling.

I nogle kommuner foretager man også en **systematisk gennemgang** af borgerne i hjemmeplejen for at screene deres rehabiliteringspotentiale. En kommune har en regel om, at alle borgere skal revisiteres en gang hvert

Eksempel 4.2.

OFTE STILLEDE SPØRGSMÅL GUIDE

Hvorfor skærer I ned i plejen?

Vi skærer ikke ned i plejen. Vi tilpasser den til dine behov og sætter fokus på, hvad du kan. I stedet for at give hjælp fokuserer vi nu mere på hjælp til selvhjælp. De fleste synes, det giver større livskvalitet at kunne ting selv.

Hvorfor kan jeg ikke bare få den hjælp, jeg plejer?

Jo flere ting du selv kan klare, jo større frihed får du i dagligdagen. Mange synes, at det giver større livskvalitet. Vi støtter dig til at øve og blive bedre til det, du gerne vil blive bedre til. Hvad vil du allerhelst kunne klare selv? Skulle vi ikke prøve...?

Hvorfor stopper I med at komme hos mig?

Fordi du nu er blevet så god til selv at gøre tingene, at du kan klare dig selv. Du kan fortsætte med at arbejde mod de mål, du har sat dig samt møde andre i samme situation hos... (henvis til frivillige, idrætsforeninger, Ældresagen mv.)

Hvad sker der, hvis jeg får det dårligere igen?

Får du igen behov for hjælp og pleje, kan du ringe til visitationen på telefon xx xx xx xx i telefonden.

kalenderår. En anden kommune har et system, hvor de starter med at gennemgå alle de borgere, der får mere end 12 timers hjælp om ugen. Derefter borgere med mere end 10 timer, 8 timer osv., indtil alle borgere har været igennem. Visitationen vurderer, om noget kunne gøres anderledes for at støtte den enkelte borger i at blive mere selvhjulpne. Hvis de finder det relevant, sender de et brev til borgeren om, at han eller hun vil få besøg af en hverdagsrehabiliteringsterapeut.

En tredje metode kommunerne bruger til at forbedre visitationen til tilbuddene er **faglig oprustning af visitatorerne** til at se borgernes rehabiliteringspotentiale. Dette har kommunerne forskellige metoder til. Den ene består i at inkludere visitatorerne i udviklingen, implementeringen og kompetenceudviklingen af tilbuddet. Den anden består i at placere tilbuddets terapeuter organisatorisk og fysisk tæt på visitatorerne, så der opstår en naturlig samtale og udveksling mellem de to faggrupper. Den tredje er at holde tæt kontakt mellem visitatorer og udfører, f.eks. ved faste møder mellem terapeuter og visitatorer eller ved, at visitator jævnligt deltager i gruppemøder hos de udekørende grupper.

Motivation og frivillighed

En vigtig faktor, som har indflydelse på hvor godt det lykkes en kommune at få rekrutteret borgere til hver-

dagsrehabilitering, er de rammer, tilbuddet præsenteres under. Det vil sige spørgsmålet om **motivation og frivillighed**. Kommunerne har meget forskellige strategier for, om de præsenterer deres tilbud om hverdagsrehabilitering som kommunens *tilbud* eller valgfrit alternativ til hjemmepleje. Mange kommuner er splittet mellem disse to opfattelser: På den ene side vil de gerne fastholde, at hverdagsrehabilitering hos dem "er tilbuddet" og på den anden side har de også erfaret, at man ikke kan arbejde rehabiliterende med en borger, der ikke ønsker rehabilitering.

De fleste kommuner oplyser, at de gør alt, hvad de kan for at motivere borgeren til at deltage, men at de ikke afviser at give borgeren kompenserende hjælp, hvis det ikke lykkes dem. Og mange fortæller også, at det kun drejer sig om enkelte tilfælde, hvor borgerne har sagt nej tak. Interviewene tyder dog også på, at stadigt flere tilbud bliver obligatoriske, når projektfaserne overstås og de nye arbejdsmetoder skrives ind i kvalitetsstandarderne. I et par kommuner henviser man til Retssikkerhedsloven § 11, som siger at borgere skal medvirke til frembringe oplysninger, som er nødvendige for at vurdere, hvilken hjælp de er berettiget til, og bruger den som opbakning i en eventuel beslutning om at fastholde, at tilbuddet om rehabilitering er det tilbud, kommunen har.

Kommunerne er dog i mange tilfælde opmærksomme på, at måden tilbuddet præsenteres på, er meget vigtig. Hvis indsatsen kommer til at være forbundet med tvang, rimer det på besparelser og lavere serviceniveau, og det er ikke inviterende for borgerne. Hvis borgerne i stedet for får præsenteret tilbuddet som en kvalitetsforbedring i plejen, som kan gøre dem i stand til bedre at klare sig selv, er det mere interessant. Som led i den strategi uddanner mange kommuner deres visitatorer og øvrige medarbej-



dere i samtaleteknologier som 'den motiverende samtale'. Læs evt. mere om dette i afsnittet om kompetenceudvikling. Flere kommuner laver også pjecer til både pårørende, borgere og medarbejdere om, hvad tilbuddet kan byde på. Medarbejderne har også i flere kommuner fået en "ofte stillede spørgsmål"-guide, så de er i stand til at håndtere de kritiske spørgsmål, der evt. kan komme fra borgeren eller hans eller hendes pårørende. Se eksempel 4.2. for et eksempel på en sådan guide.

Styring og tidsforbrug: Nye muligheder og nye dilemmaer

Kortlægningen har undersøgt, hvordan kommunernes styring og tilrettelæggelse af hjemmeplejens arbejde støtter op om den rehabiliterende indsats.

Der er nogen variation i forhold til, hvordan kommunerne bruger styring som redskab til at støtte op om den rehabiliterende indsats i hjemmeplejen. I nogle kommuner er der ingen forandringer: Medarbejderne forventes inden for de eksisterende rammer at omlægge deres arbejdsmetoder, så de gør borgerne mere selvhjulpne. I de fleste kommuner skelner man dog mellem rehabiliterende forløb, som udløser mere tid og kompenserende hjælp, der kører som normalt.

Her beskrives fire metoder, som kommunerne bruger til at støtte op om deres rehabiliterende forløb. Bagefter diskuteres en særlig udfordring i forhold til visitation og styring, nemlig målsætning.

En meget brugt metode til at støtte op om medarbejdernes rehabiliterende arbejde, er **visitering af ekstra tid** til de ydelser, borgeren skal blive mere selvhjulpne i. I nogle kommuner får medarbejderne f.eks. 15 minutter ekstra per gang, når der skal arbejdes rehabiliterende - eller der gives en halv time ekstra de første uger og

derefter fem minutter ekstra. Nogle steder er det en individuel vurdering fra gang til gang, hvor meget ekstra tid, der er brug for. Der er også flere kommuner, der visiterer en startydelse til borgere, der skal have et rehabiliterende forløb. Denne ekstra starttid bruges f.eks. til at udarbejde borgerens handleplan og/eller til at afprøve nye metoder til at arbejde med borgeren.

Udover at give ekstra tid laves også ofte en **markering i kørelisterne**, som viser, at borgeren er i et rehabiliterende forløb. Medarbejderen kan på den måde se på sin håndholdte computer, om borgeren har en "rehab-markering". Så ved hun, at hun skal læse borgerens handleplan for at se, hvordan plejen/træningen skal foretages. I nogle kommuner findes handleplanen i en mappe hos borgeren. I andre kommuner kan medarbejderne se handleplanen på computeren i det lokale, de kører ud fra. I andre kommuner igen kan medarbejderne se handleplanerne direkte på de håndholdte computere. Flere kommuner nævner, at det ved f.eks. at bruge Ipads, bliver nemmere for medarbejderne at se handleplanen og dokumentere borgerens fremskridt. Ipad'en gør det nemlig muligt at udfylde borgerens handleplan med det samme hos borgeren.

En tredje metode kommunerne bruger til at støtte op om hverdagsrehabiliteringen er at visitere "**rehab-pakker**" i stedet for at visitere på minuttal. Det vil sige, at distriktet eller gruppen får en "pakke" pr. borger frem for ydelsesspecificeret, visiteret tid. Det er så op til den enkelte gruppe at vurdere, hvordan de vil bruge tiden. I en kommune har de f.eks. tre rehab-pakker - pakke 1, pakke 2 og pakke 3. Pakke 1 giver ikke ekstra tid, men viser bare, at borgeren er i et rehabiliteringsforløb og medarbejderen derfor skal støtte op om det. Pakke 2 giver lidt mere tid, og pakke 3 mere end det. Det er visitator, der afgør hvilken af de tre pakker, borgeren skal have.

*Eksempel 4.3.***HVORFOR VISITERE PAKKER FREM FOR MINUTTER?**

“ Vi skal have hjemmeplejen flyttet til at tænke, at når borgeren har nået sit mål, så har jeg gjort mit arbejde. De skal ikke længere bare levere ydelser, der kommer på en spiseseddel”.

Eksempel fra kommune

*Eksempel 4.4.***EN KOMMUNE OM LEDELSENS ROLLE**

“ Man skal have det øverste ledelseslag til at stå frem og møde op. På vores ti kurser for personalet her i 2012 har der hver gang stået en ældrechef eller kommunaldirektør og sagt “nu skal I høre, hvorfor vi gør det her”. Signalkædet er ubetalelig!”.

En sidste metode, som kommunerne anvender, er **tidsbegrænsede forløb** (se også beskrivelsen af ”træning før hjælp” i kapitel 3). Perioden spænder fra 8 til 12 uger. Herefter standser den visiterede tid mere eller mindre automatisk, og der skal foretages en slut-vurdering af borgerens forventede reducerede hjælpebehov. En kommune understreger, at den fast afgrænsede periode er helt central i forhold til at implementere en afslutningskultur i hjemmeplejen.

Der kan dog også være ulemper ved de faste perioder. Flere af de kommuner med en relativt lang, tidsbegrænset periode (omkring 12 uger) nævner, at de ofte opnår deres mål hurtigere, og at det derfor ville være mere relevant med en individuelt defineret tidsbegrænsning.

Borgerens målsætning: Hvad hvis borgeren vil noget andet?

Kommunernes ambitioner om, at borgeren skal have medindflydelse på definitionen af sine mål kan komme på prøve, hvis borgeren vil noget andet end at blive i stand til selv at mestre de opgaver, som han eller hun er visiteret hjælp til. Det dilemma har kommunerne håndteret på forskellige måder.

I nogle kommuner er det visitationen, der egenhændigt sætter mål for borgeren. Visitationen beslutter f.eks. at borgeren skal lære at gøre rent, og så må borger, terapeuter, og andre fagpersoner indrette sig efter det mål. Hvis borgeren ikke har nogen interesse i at lære at gøre rent selv, kan det være svært at nå målet.

Nogle kommuner fastholder både at tage udgangspunkt i, at borgeren er blevet visiteret til rehabilitering inden for en særlig ydelse, OG at fagpersonerne skal bruge forskellige redskaber, f.eks. COPM, til at sætte mål for borgeren. Denne dobbelte målostilling kan ifølge en

terapeut føles manipulerende – for terapeuten er nødt til at forsøge at styre borgeren til at vælge et mål, der f.eks. passer til målsætningen om, at borgeren selv skal kunne gøre rent. I nogle kommuner håndterer terapeuterne dette dilemma ved at bruge en strategi, der handler om at sætte **kreative delmål**. Det vil sige, at terapeuterne og de andre fagpersoner fastholder det overordnede mål om, at borgeren skal lære at gøre rent. Sideløbende med det, undersøger de dog også, hvad borgerens egen interesse er. Det kan f.eks. være, at borgeren gerne vil kunne gå en tur på torvet eller tømme sin postkasse. Så opstiller terapeuten det som delmål til hovedmålet om rengøring.

I andre kommuner igen har man valgt, at borgernes mål sættes af terapeut eller lign. og hjemmeplejen. Denne strategi bygger på den erfaring, at når først hverdagsrehabiliteringsgangen er implementeret, bliver medarbejderne rigtig gode til at se udviklingsmuligheder hos borgeren. Medarbejderne har mulighed for at lave mere præcise eller flere mål for borgeren, end dem visitatoren kunne definere på baggrund af en samtale, og på den måde muligvis gøre borgeren mere selvhjulpent inden for flere områder, end det ellers havde været muligt.

Kontinuerligt ledelsesfokus

Gang på gang understreger både ældrechefer og andre interviewpersoner, at ledelse er alfa og omega for at implementere og fastholde hverdagsrehabilitering som en kultur i kommunerne.

Ledelsens primære rolle er at holde fokus, så medarbejderne ikke falder tilbage i de gamle rutiner. Udtrykket ”at holde gryden i kog” går igen på tværs af kommunerne, når de skal beskrive ledelsens vigtigste rolle.

Lederskabets vigtighed fremhæves hele vejen fra top

*Eksempel 4.5.***EN KOMMUNE OM TYDELIG
KOMMUNIKATION OG FØLGESKAB**

“ Det skal synliggøres hvad organisationen gerne vil: Visionerne skal være tydelige og formidles i et sprog så alle forstår, hvad det er for en retning vi skal gå i. Det skal være meget tydeligt. Og det skal kommunikeres ofte. Hvis vi havde gjort en større indsats omkring det, ville det have betydet meget for medarbejdernes motivation”

til bund i den kommunale organisation. I flere kommuner er det erfaringen, at det har meget stor værdi, hvis borgmesteren eller en kommunal direktør involverer sig i hverdagsrehabiliteringen. Det kræver nemlig ifølge kommunerne **sikker styring og konstant følgeskab**, hvis kulturforandringen skal slå igennem.

Tættere på frontmedarbejderne er det også vigtigt, at ledelsen fastholder fokus på rehabilitering. Hverdagsrehabilitering skal ifølge kommunerne konstant på dagsordenen for at fastholde kulturændringen. Dette sker bl.a. når det lykkes at opretholde en tæt, tværfaglig sparring, som tidligere nævnt. Derudover bruger kommunerne forskellige metoder til at **holde fokus på rehabilitering**.

Nogle af disse metoder er meget håndgribelige. I en kommune har man f.eks. lavet en 'vandrestilling': De projektansvarlige i den pågældende kommune har udarbejdet et sæt plancher, som ved hjælp af tekst og billeder illustrerer, hvordan man kan støtte borgeren til at blive selvhjulpne i forskellige plejesituationer. Plancherne bliver så flyttet rundt i mellem de forskellige gruppe lokaler, sådan at der jævnlige kommer fokus på nye ydelser. På den måde bliver medarbejderne dels mindet om, at de skal arbejde rehabiliterende og dels får de konkret inspiration til, hvordan de kan gribe deres arbejde an.

I en anden kommune har man sat whiteboards op i gruppe lokalerne med information om de borgere, der aktuelt er i rehabiliteringsforløb. Så kan kollegaer følge med i om der er fremskridt og nemt vide, hvad de skal, hvis borgerens primære kontaktperson f.eks. er syg. Nogle af de kommuner, der har arbejdet med hverdagsrehabilitering i længst tid, fremhæver, at ledelsens job er mere end at fastholde en kulturændring: Det drejer

sig ifølge dem også om den daglige **driftsstyring**:

Hvordan tilrettelægger vi vores tid hos borgeren? Hvordan laver vi mindre køretid? Hvordan kan vi være effektive ved en sygdomsmelding – hvem kalder vi ind? Hvordan planlægger vi? Hvordan bruger vi hver eneste krone? Det er hver distriktsleders ansvar. Hvis en bruger for meget, går det ud over os alle!

Kortlægningen viser, at en kulturændring fra passiv pleje til trænende pleje alene ikke er nok: Der skal være styr på styringen.

4.2. Barrierer og udfordringer

Kortlægningen har vist, at kommunerne oplever mange af de samme udfordringer i forhold til deres arbejde med rehabilitering af målgruppen af ældre, der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven. Her beskrives udfordringerne og giver nogle eksempler på, hvordan de er blevet håndteret.

Frit valg af leverandør

Hvordan hindrer man, at borgeren siger nej tak til den trænende hjemmehjælp, kommunen tilbyder, og i stedet vælger kompenserende hjælp hos en privat leverandør? Håndteringen af borgerens ret til frit valg af leverandør af ydelser efter Servicelovens § 83 fylder meget i kommunernes overvejelser om, hvordan de bedst kan tilrettelægge deres hverdagsrehabilitering. Her fremhæves nogle af de udfordringer og muligheder, der fremgik af interviewene.

Status

Tabel 4.1. viser, at 30 ud af de 92 kommuner, der arbejder med hverdagsrehabilitering, ikke har forholdt sig til

eller håndteret udfordringen med frit valg af leverandør. I nogle kommuner har det den praktiske forklaring, at der er meget få eller ingen godkendte private leverandører i kommunen. Langt de fleste kommuner i denne kategori har dog ikke håndteret udfordringen, fordi de (endnu) ikke har fundet ud af, hvordan de skal gribe den

an. 32 kommuner har valgt at tilrettelægge deres rehabiliteringsindsats under § 86, hvor der ikke er frit valg af leverandør. 30 kommuner oplyser, at de har placeret deres rehabiliteringsindsats under § 83, og at de private arbejder rehabiliterende ligesom kommunen.

Tabel 4.1. Kommunernes håndtering af fritvalgsordningen

Kommunernes håndtering af fritvalgsordningen		
De private leverandører er med under § 83	Rehabiliteringsforløb er under § 83	Ikke håndteret/ved Ikke/ikke relevant
30	32	30

Interviewene viste en klar tendens til, at kommunernes mål og ønske er at få de private leverandører til at yde hverdagsrehabilitering efter § 83 ligesom den kommunale leverandør. De kommuner der aktuelt har håndteret udfordringen vha. § 86, anser det generelt som en midlertidig løsning.

Hvordan integreres de private?

30 kommuner fortæller, at de private leverandører i deres kommune tilbyder hverdagsrehabilitering på samme måde som dem selv. Her er nogle eksempler på, hvordan kommunerne har grebet denne opgave an.

Flere kommuner svarer, at hverdagsrehabilitering er vedtaget som arbejdsmetode i deres **kvalitetsstandarder**, hvilket omfatter de kommunale og private leverandører, og at det forventes at begge parter leverer. På samme måde har nogle kommuner tilføjet i kontrak-

terne med de private leverandører, at de skal arbejde hverdagsrehabiliterende.

Nogle kommuner har ikke foretaget sig yderligere, mens andre har gjort brug af forskellige metoder til at implementere hverdagsrehabiliteringen hos de private leverandører. Nogle kommuner har f.eks. tilbudt medarbejderne hos de private leverandører **kompetenceudvikling** i hverdagsrehabilitering o. lign. I nogle tilfælde skal de private leverandører selv betale for kompetenceudviklingen, og i andre tilfælde skal de kun selv betale for forplejning. I nogle kommuner er der ingen private leverandører, der har taget imod tilbuddet om kompetenceudvikling, og i andre kommuner har medarbejderne allerede været igennem.

I et par kommuner har de private leverandører på lederniveau været involveret i udviklingen og implementeringen af kommunens tilbud om hverdagsrehabilitering.



De har **siddet i styregruppen** og har indgået på lige fod med de andre medlemmer.

I en række kommuner har terapeuter, sygeplejersker og evt. andet personale **samme superviserende rolle** i forhold til medarbejderne hos de private leverandører som hos de kommunale leverandører. Det kan f.eks. være sådan, at visitatoren visiterer en borger til en rehab-pakke inden for personlig pleje. Hvis borgeren vælger en privat leverandør, aftaler kommunens rehabiliteringsterapeut et møde hos borgeren, hvor kontaktpersonen fra den private leverandør også deltager. Her opsætter de mål og laver en handleplan for og med borgeren. Herefter arbejder kontaktpersonen efter handleplanen.

Hvis kommunen har en tidsbegrænset rehabiliteringsydelse på f.eks. 12 uger, vil terapeuten på et evalueringmøde følge op på, om borgeren har nået sine mål efter de 12 uger.

En kommune med en meget stor fritvalgsleverandør har besluttet, at terapeuterne jævnligt kører med leverandørens medarbejdere ud på deres rute. På den måde kan terapeuterne lære medarbejderne at kende. I denne kommune har terapeuterne desuden stillet det som krav, at de private leverandører har nøglepersoner inden for hverdagsrehabilitering. Nøglepersonerne skal deltage i møder hos leverandøren ligesom nøglepersonerne fra den kommunale hjemmepleje. De skal også være kontaktpersoner for kommunens terapeuter.

Det går lettere end forventet

De fleste af de kommuner, der arbejder sammen med de private leverandører om hverdagsrehabilitering, oplever, at det går meget lettere end forventet.

”Det har været svært på grund af de praktiske barrierer, men når man er i hjemmet er der ingen forskel”.

Det lader til at kommunernes erfaring er, at det incitament-paradoks, der eventuelt kunne være hos de private leverandører, ikke er at finde blandt medarbejderne. Flere ældrechefer pointerer også, at situationen hos de private ligner den hos de kommunale leverandører. På trods af de gode erfaringer er dog stadig en række udfordringer i forhold til at kvalitetssikre de private leverandørers udførelse af opgaven med hverdagsrehabilitering.

Udfordringer med kvalitetssikring hos de private leverandører

En helt central udfordring er, at det af praktiske årsager er stort set umuligt at tilbyde de private leverandørers medarbejdere den tværfaglige sparring, som ellers er et af de helt centrale elementer for hverdagsrehabiliteringens succes.

Hvis en kommune har mange små, private leverandører, er det eksempelvis ikke muligt for en terapeut at deltage på et ugentligt gruppemøde hos hver leverandør – og slet ikke muligt at stå til rådighed for uformel sparring. Hvis en leverandør modsat er meget stor, kan den brede sig på tværs af kommunegrænser. Dermed risikerer medarbejderne, at skulle arbejde med hverdagsrehabilitering på forskellige måder, alt efter hvilken kommune den borger, de skal besøge, bor i.

Desuden er der en stor udfordring i forhold til kommunikationssystemer, idet kommunens system ikke altid kan tale med den private leverandørs system.

Det at borgeren har mulighed for at tilkøbe sig ekstra ydelser hos de private leverandører udgør endnu en udfordring.

*Eksempel 4.6.***OM UDFORDRINGEN VED BORGERENS MULIGHED FOR KØB AF EKSTRAYDELSE**

“ Det kan være svært at se, hvad der er tilkøbt, og hvad der er visiteret. Hvis borgeren fx ikke gider tørre støv af og jeg ikke kan få dem til at forstå budskabet om at klare sig selv, er det svært. Jeg kan ikke bestemme, hvad borgeren vil købe. Hvornår slutter det, kommunen betaler for, og hvornår starter det, borgeren vil købe? Der er ikke andet at gøre end at appellere til borgeren, men de kan jo ikke tvinges.”

En terapeut

*Eksempel 4.7.***OM PROBLEMET MED AT DOKUMENTERE EFFEKTEN**

“ Hvis træningsindsatsen kræver mere tid, kan man bede om en rehabiliteringspakke. Men ofte behøver hjemmeplejen ikke mere tid, hvis indsatsen fx består i et hjælpemiddel. Og når borgeren ikke får mere tid, kan man ikke se, om vi arbejder udviklende med borgeren. Vi ville gerne markere det i vores omsorgssystem, men det kan vi ikke. Ledelsesmæssigt har vi valgt at se, at det vigtigste er at medarbejderne arbejder med det. Så må vi komme efter med det bureaukratiske...”

Et eksempel fra en kommune

Selv om der er gode oplevelser med de enkelte medarbejdere, oplever flere kommuner altså, at de praktiske omstændigheder kan gøre det både meget besværligt og meget fordyrende, hvis de private leverandører skal have samme muligheder for tværfaglig sparring som de kommunale leverandører.

Dokumentation og evaluering

At måle og dokumentere resultaterne af en indsats er en gennemgående udfordring for kommunerne. Dels er det en udfordring at dokumentere sin egen indsats og dels er det en udfordring at gøre det på en måde, der gør resultaterne sammenlignelige med andre kommuners. Dette afsnit sammenfatter to gennemgående temaer i interviewpersonernes beskrivelser af de udfordringer, de oplever i forhold til at dokumentere.

Udfordring 1: At isolere og indfange effekten af indsatsen

De fleste kommuner udarbejder eller forsøger at udarbejde en kvantitativ evaluering af deres indsats eller projekt. Derudover laver nogle kommuner en evaluering af projektets effekt på borgernes livskvalitet eller lign. Nogle få kommuner evaluerer derudover på andre parametre som medarbejdertilfredshed, borgerens funktionsniveau, samarbejdspartneres kendskab til indsatsen m.v. Til hvert af disse evalueringssområder knytter der sig særlige udfordringer.

Den økonomiske effekt

Når kommunerne vil måle den økonomiske effekt af deres indsats, er den mest brugte metode at lave en *skyggevisitation*. Det vil sige, at visitatoren, der visiterer borgeren til hverdagsrehabilitering samtidig markerer, hvilken hjælp borgeren ellers ville have fået. Når det rehabiliterende forløb er afsluttet, er det på den måde muligt at sammenligne hverdagsrehabiliteringens

effekt med den hjælp, borgeren ellers ville have fået. Evalueringer af denne type fortæller således hvor mange borgere, der har afsluttet et forløb, hvor stor en andel af disse, der er blevet helt selvhjulpne, hvor mange, der har fået et mindre behov for hjælp, hvor mange, der har samme behov for hjælp, hvor mange, der har mere behov for hjælp og evt. hvor mange, der er frafaldet. Derudover er der nogle kommuner, som undersøger om der er forskellige effekter blandt forskellige kategorier af borgere. Det kan f.eks. være forskelle i effekt mellem mand/kvinde, personlig pleje/praktisk hjælp og nye borgere/borgere, der på forhånd modtager hjælp.

Når kommunerne anvender denne form for evaluering, støder de ind i nogle udfordringer i forhold til at isolere effekten af deres indsats. Den største udfordring består i at indfange den **afsmittende effekt** af hverdagsrehabiliteringsindsatsen. I de fleste kommuner er det ikke alle borgere, der får tilbud om rehabilitering. Alligevel mener kommunerne, at også de borgere, der ikke får tilbud om rehabilitering, vil opleve effekt af indsatsen, fordi medarbejderne tager arbejdsmetoderne med sig – også når de arbejder med de øvrige borgere.

Et andet problem med skyggevisitationen som metode, er at resultaterne let kan blive udsat for **'støj'**. Det vil sige, at metoden kommer til at måle effekter af andre ting, end dem indsatsen består af. Flere kommuner fortæller f.eks., at hvis en borger brækker benet eller får en voldsom lungebetændelse, så stiger deres behov for hjælp markant. Denne stigning kommer til at afspejle sig i resultatmålingen, selv om dens årsag ikke kan tilskrives indsatsen. Et andet problem med 'støj' er den ældre befolknings generelle efterspørgsel på hjælp. Hvis en kommune f.eks. kan påvise, at antallet af visiterede timer er faldet i løbet af de sidste 3 år samtidig med indførslen af hverdagsrehabilitering, er de i tvivl om dette



fald skyldes hverdagsrehabiliteringen eller en generel tendens. F.eks. overvejer kommunerne, om den ældre befolkningsgruppe måske generelt er blevet bedre og derfor efterspørger mindre hjælp eller om de ældre venter længere med at efterspørge hjælp, fordi de har hørt, at kravene for at kunne få hjælp er steget, og at man måske selv skal træne.

Udfordring 2: At finde evalueringsmetoder, der passer til målgruppen

Kommunerne oplever nogle evalueringsudfordringer, som knytter sig til den særlige målgruppe, der skal evalueres. Flere projektmedarbejdere og terapeuter, der har medvirket i undersøgelsen har fortalt, at de har måttet omlægge deres evaluerings- og målingsstrategier, fordi deres metoder ikke matchede de ældre.

Det er især de lange interviewredskaber, der kan være en udfordring for de ældre. De kan have svært ved at forstå spørgsmålene, og de kan blive udmattede fysisk eller på koncentrationsevnen, hvis det tager lang tid at gennemføre. Hvis kommunen vil lave en spørgeskemaundersøgelse, kræver det også særlige hensyn. F.eks. vurderer flere kommuner, at det er nødvendigt, at en medarbejder fysisk er til stede og afleverer og tager imod skemaet. Hvis borgeren forventes selv at sende skemaet med posten, vil det give en skævvridning i besvarelserne, idet en række borgere angiveligt ikke vil være i stand til at poste skemaet.

Det kan også være en udfordring for personalet at skulle bidrage til indsamling af evalueringsmaterialet. Flere kommuner fortæller, at deres frontmedarbejdere – primært social- og sundhedsassistenterne og -hjelperne har oplevet det som grænseoverskridende pludseligt at skulle have en helt anden type dialog med sin borger. Det kan føles underligt at skulle sætte sig ned ved et

bord og stille personlige spørgsmål om livskvalitet m.m. til en borger, man har kendt gennem gange år. Derfor kan nogle medarbejdere have en tendens til at undlade at udfylde skemaer o.lign.

Implementeringsstrategi og kompetenceudvikling

Alle kommuner skal træffe et valg om, hvordan de vil gribe implementeringen af deres hverdagsrehabiliteringstilbud an. Den beslutning består især af en afgørelse af, hvordan og om de vil tilbyde deres medarbejdere kompetenceudvikling og af, hvordan de konkret skal implementere indsatsen eller projektet. I dette afsnit gennemgås de forskellige strategier og læringspunkter, kortlægningen har identificeret.

Implementeringsstrategier

Kommunerne har grebet implementeringen af hverdagsrehabilitering forskelligt an. Det er ikke muligt på baggrund af denne kortlægning at vurdere, om nogle strategier er bedre end andre. Men to pointer går igen på tværs af de forskellige strategier. For det første skal man, ifølge mange kommuner, *holde momentum*, når man først er gået i gang med at implementere hverdagsrehabilitering. Man skal udnytte medarbejdernes energi og entusiasme lige efter de har været på kursus eller kick-off seminar til at sætte gang i arbejdet med det samme. Derefter skal man følge op og sørge for, at der fortsat er udvikling i arbejdet og at evt. startproblemer håndteres hurtigt og effektivt.

For det andet anbefaler mange – uanset konkret strategi – at man begynder med de *lavest hængende frugter*. Det kan f.eks. være de borgere, der er mest velvillige og interesserede i at indgå. Det kan også være at starte med at kompetenceudvikle de *medarbejdere*, der er mest interesserede. På den måde får man ifølge kommunerne startet en positiv spiral. Strategier er, at de

*Eksempel 4.8.***HVORFOR STARTE HELE KOMMUNEN PÅ EN GANG?**

“ Det var ikke småpenge, vi skulle spare. Vi skulle finde løsninger! Vi talte om, om vi skulle starte med et område. Men når alle kommuner har vist, at det virker, så tænkte vi, at vi ligeså godt kunne implementere direkte. Vi havde ikke tid til at være længe om det. Og det har været godt, for så har vi allerede fået tilrettet værktøjerne og systemerne”

Et eksempel fra en kommune

borgere eller medarbejdere, der ikke var interesserede til at begynde med, vil fatte interesse for tilgangen, når de ser de positive effekter og hører de gode historier fra naboer eller kollegaer.

Udrulningsmetoder

Interviewene har kortlagt en række forskellige udrulningsmetoder. Her gives et kort overblik over de forskellige metoder og opridses nogle af kommunernes erfaringer.

En meget brugt udrulningsstrategi er at **starte med en gruppe eller et distrikt og udbrede derfra**. Denne strategi bruges især af kommuner, der starter deres arbejde med hverdagsrehabilitering som et projekt, inden de implementerer i hele kommunen. Fordelen ved denne metode er, at det er overskuelige enheder, der skal kompetenceudvikles og introduceres til den nye arbejdsmetode. Det gør det hurtigere og nemmere at få alle medarbejderne igennem et evt. kursus, og lettere for de fagpersoner, der skal supervisere, at være til stede i gruppen i starten.

Nogle kommuner bruger desuden en slags ”snebold-version” af denne metode, hvor de lader et par medarbejdere fra første gruppe indgå i opstarten af næste gruppe og så videre. Ingen kommuner har decideret kritik af denne udrulningsstrategi. Nogle mener dog, at den kan være tidskrævende. Andre at den ikke er forenelig med f.eks. et fælles kick off-arrangement for hele hjemmeplejen med oplæg fra en borgmester eller direktør, fordi det kun vil være muligt at udnytte gejsten og holde momentum for den første gruppe, der går i gang.

En del kommuner vælger at **starte i hele kommunen**. Det vil sige, at alle kommunens medarbejdere kompetenceudvikles nogenlunde samtidig og forventes at begynde at identificere borgere og gennemføre lave

rehabiliterende forløb samtidigt på tværs af grupperne. Kommuner der har valgt denne strategi, bruger ofte som argument, at de ikke kan se nogen grund til at vente. De trækker på andre kommunernes erfaringer og går direkte i drift. Fordele ved denne udrulningsstrategi er, at man kan opnå hurtige resultater og have arrangementer og kompetenceudvikling på tværs i hele kommunen. Ulemperne kan være, at hvis et delelement i modellen ikke virker, så bøder man for det i en hel kommune frem for i en enkelt gruppe. Desuden kræver det meget af kommunen at holde momentum, når der er tale om en så stor medarbejdergruppe.

I andre kommuner har man valgt at udrulle hverdagsrehabiliteringen ved at **starte med nogle medarbejdere i hver gruppe**. Denne model er tidligere kaldt for ambassadørmodellen, idet nogle udvalgte medarbejdere gøres til ambassadører for hverdagsrehabiliteringen. De øvrige medarbejdere vil i nogle kommuner slet ikke være involveret i hverdagsrehabiliteringen, og i andre kommuner vil de have været igennem noget kompetenceudvikling – om end mindre end ambassadørerne. Fordele ved denne model er, at man gør brug af princippet om de lavt hængende frugter i forhold til medarbejdergruppen. Medarbejderne vil nemlig enten selv have søgt en stilling som f.eks. ”trænende hjemmehjælper” eller de vil være blevet blive ”prikket” af en leder. Derfor vil man typisk få fat i de medarbejdere, som ser mest positivt på principperne om hjælp til selvhjælp og som gerne vil bidrage til at forandre hjemmeplejen. Desuden vil det være muligt med relativt få terapeut- og/eller sygeplejeressourcer at udøve supervision til medarbejdere, der spreder sig udover et stort geografisk område. Det kan gøres ved at afholde tværfaglige møder med de udvalgte ambassadørmedarbejdere.

Eksempel 4.9.

OM AT STARTE MED BESTEMTE YDELSER

“ Vi startede med strømperne. Derefter gik vi over til personlig pleje – mest bad. Det er der altid stor motivation hos borgerne. Vi startede med områder, hvor vi forventede gode resultater. Sådan at det startede med succes og så kunne bredes ud. Både blandt borgerne og blandt medarbejderne.”

Et eksempel fra en kommune

Kommunernes erfaringer med denne udrulningsmodel er blandede. I nogle grupper har det haft en positivt afsmittende effekt på de øvrige medarbejdere, at ambassadørerne har sat hverdagsrehabilitering på dagsordenen. En kommune fortæller f.eks. at en medarbejder, som aldrig har fået noget kompetenceudvikling begyndte at se potentiale hos sine borgere og tog det op på et møde, om disse borgere ikke skulle tilbydes trænende hjemmehjælp. Hendes evne til at se borgernes potentiale var udelukkende kommet af, at hun havde hørt sine kollegaer tale om hverdagsrehabilitering. Andre steder er der opstået en mere negativ stemning i grupperne, fordi de medarbejdere, der ikke er valgt som ambassadører, føler sig sat på et sidespor. De oplever en frygt for at miste deres job. Dels fordi deres ambassadørkollegaer fjerner arbejdsgrundlaget for dem ved at gøre borgerne selvhjulpne, og dels fordi de ikke er ligeså kvalificerede, som deres kollegaer (som ofte har fået efteruddannelse) og dermed føler, at de er i risiko for at stå først i køen, hvis der kommer sparerunder.

En fjerde udrulningsstrategi er at **starte med bestemte ydelser**. Det er typisk støttestrømper og andre 'lette' ydelser, kommuner begynder med. Som boksen til højre viser, er fordelene ved denne metode at give indsatsen en blid og positiv start, så både borgere og medarbejder bliver positivt stemte. Desuden kan der være nogle faglige kvaliteter i at starte på enkelte ydelser, idet medarbejderne kun skal lære at bruge hverdagsrehabiliteringsmetoderne på én ydelse af gangen. En kommune bruger også denne metode til at udrulle fra ambassadørmodellen til alle medarbejderne i gruppen. De medarbejdere, der ikke er ambassadører, starter med de enkle ydelser og udvider derfra til alle, sådan at der til sidst ikke være forskel på ambassadørerne og de 'almindelige' medarbejdere.

Kompetenceudvikling

Et centralt element i de fleste implementeringsstrategier er kompetenceudvikling. Interviewene har vist, at der er ligeså mange forskellige kompetenceudviklingsforløb, som der er modeller. Der er meget stor forskel på hvor meget kommunerne vælger at satse på hverdagsrehabiliteringen. Nogle kommuner giver *alle* medarbejdere på ældreområdet dage- eller ugelange forløb, mens andre giver et introduktionsarrangement.

Det gik imidlertid igen på tværs af interview, at det vigtigste at opnå gennem kompetenceudviklingen i henhold til kommunerne er, a) at medarbejderne ændrer opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, og b) at der etableres et fælles, tværfagligt udgangspunkt. Derudover tyder kommunernes erfaringer på, at et vellykket kompetenceudviklingsforløb med fordel kan indeholde c) motivation af borgeren, d) undervisning i supervision og e) oplæring i dokumentation og f) læring i praksis.

I det følgende beskrives det først, hvorfor det er vigtigt for kommunerne, at medarbejderne ændrer opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, samt at der etableres et fælles, tværfagligt udgangspunkt. Dernæst beskrives de fire elementer, som kommuner har gode erfaringer med at inkludere i deres kompetenceudviklingsforløb.

Medarbejderne skal ændre opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg

Hvis én præmis skulle fremhæves for at skabe et vellykket tilbud om rehabilitering, er det, at de medarbejdere, der indgår, har ændret deres opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, så det *ikke* længere ses som omsorgsfuldt at tilbyde borgeren kompenserende hjælp. *I stedet* er det omsorg at forsøge at støtte borgeren i at komme til at klare sig selv.

*Eksempel 4.10.***HVAD VIL DET SIGE AT "SE LYSET"?**

“ Det vigtigste er, at medarbejderne ser lyset. Vi skal have fat helt nede i den enkelte medarbejder: "Hvordan arbejder jeg? Hvordan samarbejder jeg med min borger? Er det synd for hende, eller er det faktisk mere synd, at jeg gør det for hende, for så fratager jeg hende flere funktioner?"

En projektleder fra Region Sjælland forklarer

*Eksempel 4.11.***OM AT KOMMUNIKERE FORMÅLET MED HVERDAGSREHABILITERING TIL MEDARBEJDERNE**

“ Ved hvert evigt eneste kursusforløb har ældrechefen givet en intro. Han har gentaget hvad formålet er, og givet medarbejderne mulighed for at lufte deres bekymringer om nedskæringer”

Kommunerne kalder dette at "se lyset" og forklarer, at det ikke er nok, at medarbejderne har forstået princippet om at 'holde hænderne på ryggen'. Det er først, når medarbejderne har ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, at deres opfattelse af deres egen rolle for alvor ændres: De skal gøre noget andet (aktiv pleje/hverdagsrehabilitering) for at opnå det samme mål (at yde pleje og omsorg).

Medarbejdere, der på denne måde har internaliseret hverdagsrehabilitering som logik, kan i henhold til kommunerne forventes at efterstræbe at disciplinere (eller forme) sig selv og sine omgivelser til at arbejde for og få glæde af hverdagsrehabilitering. Dette viser sig konkret ved, at medarbejdere, der har ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, *selv* efterspørger supervision og vejledning i, hvordan de kan blive endnu bedre til hverdagsrehabilitering. Ligesom medarbejdere, der har ændret opfattelse, aktivt går ud og identificerer rehabiliteringspotentialer hos deres borgere.

Medarbejdere der har ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, er således omdrejningspunktet for en velfungerende hverdagsrehabiliteringsmodel.

Kommunikation

Forskellige elementer kan vanskeliggøre processen om at gøre medarbejderne i stand til at ændre opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg. En udbredt barriere for, at medarbejderne ændrer opfattelse er, hvis hverdagsrehabiliteringen kommer til at blive associeret med besparelser i stedet for at blive associeret med en bedre form for omsorg og pleje. Kommunerne skal derfor konstant være opmærksomme på, hvordan de italesætter hverdagsrehabiliteringen. På den ene side skal det ikke præsenteres som et besparelsesprojekt. På den anden side er en del af formålet ofte besparelser. Denne dob-

belthed er svær at rumme retorisk for ældrecheferne, der f.eks. forklarer at det direkte mål er kvalitetsforbedring, men at en behagelig sidegevinst er besparelser.

Hvis hverdagsrehabiliteringen kun er og kommer til at fremstå som et besparelsesprojekt, kan medarbejdernes bekymring for at miste deres job have indflydelse på deres engagement. Det kan give medarbejderne en fornemmelse af, at "save den gren over, de selv sidder på", når de bidrager til at gøre borgerne mere selvhjulpne. Flere kommuner har derfor arbejdet med en mere eller mindre formel kommunikationsstrategi i introduktionen af hverdagsrehabilitering. Disse strategier kan gå ud på at fastholde, at der fortsat vil være brug for hjemmeplejerne i fremtiden. De mest brugte argumenter er:

- Vores kommune er i den særlige situation, at vi oplever en markant stigning i antallet af ældre, så der vil fortsat være kundegrundlag.
- Hvis man ser på gennemsnitsalderen i plejen, kan man se, at x antal medarbejdere vil gå på pension inden for det næste år. Besparelserne kan altså klares ved naturlig afgang
- I fremtiden kommer vi til at mangle arbejdskraft. Vi skal klare mere med de samme ressourcer. Derfor er vi nødt til at udvikle de ressourcer, vi har.

På den måde lykkedes de fleste kommuner ifølge eget udsagn at 'mane frygten til jorden' eller sørge for, at 'den [frygten for at miste sit arbejde] dør', sådan at hverdagsrehabiliteringen ikke (udelukkende) ses som et besparelsestiltag. De besparelser, der måtte komme, bliver italesat som en (nødvendig) sidegevinst ved kvalitetsløftet i plejen, men ikke noget, der vil gå ud over den enkelte medarbejder.

Eksempel 4.12.

OM AT ETABLERE ET FÆLLES UDGANGSPUNKT

“ Alle ansatte har været med på kursus. Også visitationen. Også pedeller og køkkenpersonale. Køkkenpersonalet er i høj grad med og vigtige. De administrative er også tænkt ind. De har alle sammen en handleplan for, hvordan de vil arbejde med det.”

Kommuner, der har haft afskedigungsrunder, er i en særlig situation i forhold til denne problematik. Her består opgaven ifølge ældrecheferne i at adskille hverdagsrehabiliteringen fra fyringerne og at lægge ekstra kræfter i at motivere medarbejderne til at arbejde med hverdagsrehabilitering. Det tyder nemlig på, at medarbejdere, der har ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, er mere tolerante over for eventuelle fyringer.

Fælles, tværfagligt udgangspunkt

Når man spørger kommunerne, hvad de ville have gjort anderledes, hvis de skulle starte forfra med implementeringen af et rehabiliteringstilbud, er det hyppigste svar, at de ville have brugt flere ressourcer på at etablere et fælles, tværfagligt udgangspunkt. Kommunernes indsats på området spænder vidt: Nogle kommuner har ikke gjort noget for at skabe et fælles udgangspunkt, mens andre har afholdt flere dage lange fælles, tværfaglige kurser. Det er kun meget få kommuner, som slet ikke har tilbudt noget kompetenceudvikling om rehabilitering, men der er flere, som ikke har givet noget *fælles* for de involverede faggrupper udover evt. en ”kick off-dag”. Denne beslutning skyldes flere ting.

Mange kommuner har en opfattelse af, at terapeuterne allerede har en faglig viden om rehabilitering fra deres uddannelse og derfor ikke behøver yderligere introduktion til konceptet. Andre kommuner fortæller, at deres erfaring er, at faggrupperne har brug for skræddersyede tilbud om kompetenceudvikling, som er målrettet deres niveau og baggrund. Skræddersyede tilbud om kompetenceudvikling til de enkelte faggrupper er dog kun en del af den oprustning, der er brug for, for at få et tilbud om rehabilitering til at virke. Den anden del er nemlig at få etableret et fælles, tværfagligt udgangspunkt.

At etablere et fælles tværfagligt udgangspunkt handler

om at være enige om et mål og en metode til at nå målet. Dette kan blandt andet sikres gennem en tydelig og ensartet **ledelse**. Flere nævner det som et ”ubetaleligt” eksempel, at deres borgmester eller en direktør ved alle arrangementer har stillet sig op og gentaget, hvad det er for en kulturændring der skal ske og hvorfor. I tråd hermed nævner nogle kommuner, hvordan det potentielt er problematisk, når flere chefer fra forskellige områder deler ledelsen. Hvis de også er ansvarlige for at introducere og oplære deres egne medarbejdere i rehabilitering, kan det nemlig ske, at de forskellige medarbejdergrupper får forskellige forståelser af hvad de skal og hvordan.

Et andet centralt element i at etablere et fælles, tværfagligt udgangspunkt er, at de forskellige medarbejdergrupper får **indsigt i hinandens rammer** og vilkår for arbejdet. F.eks. nævner en kommune, at de kan mærke, at det har gjort en stor forskel, at social- og sundhedspersonalet har fået en forståelse for visitatorernes arbejdsvilkår. Før blev visitatorerne set som modstanderen, der ikke forstod, hvad plejens arbejde gik ud på. Det fælles samarbejde har gjort, at de i højere grad kan se visitatorerne som samarbejdspartnere.

Udover indsigt i hinandens rammer, er det også vigtigt, at **incitamenterne** i de forskellige faggrupper får medarbejderne til at arbejde i samme retning. Dette element er noget mange kommuner tumler med i forhold til social- og sundhedsgruppen, som skal igennem en radikal kulturændring fra ’minuttyranni’, som mange kalder det, til at bruge den tid der skal til for at støtte borgeren i at blive selvhjulpne (Se mere i *afsnittet om Styring og tid*). I mange kommuner spiller økonomien en stor rolle i forhold til, om det bliver prioriteret at etablere et fælles, tværfagligt udgangspunkt. Jo strammere økonomi, desto hurtigere i gang og dermed ofte mindre forbe-

redelse. Det er imidlertid flere kommuners erfaring, at denne tilgang er at gøre sig selv en bjørnetjeneste. Som en kommune fortæller:

”Det, at vi har taget en skrabet model fra start, giver os nu bøv! med at komme videre. For vi mangler en fælles ramme for det!”

En anden kommune fortæller på samme måde, at de havde ”slået et større brød op, end de kunne bage” – de var ikke opmærksomme nok på faggruppernes behov for at få et fælles sprog og blev derfor nødt til at snævre projektet ind og bruge mere tid på at etablere rammer

som kunne facilitere paradigmeskiftet fra pleje til rehabilitering. Det er altså flere kommuners erfaring, at det også kan betale sig økonomisk at investere i at skabe et fælles, tværfagligt udgangspunkt.

Kompetenceudvikling: At motivere borgeren
39 kommuner svarer at deres tilbud om hverdagsrehabilitering er valgfrit tilbud for borgerne – dvs. at borgerne frit kan vælge, om de vil have hverdagsrehabilitering eller almindelig hjemmepleje. 42 kommuner svarer, at deres tilbud om hverdagsrehabilitering er indført som standard, dvs. at det er det tilbud, kommunen har – og som borgeren så frit valg vælge, om han/hun vil tage imod.

Tabel 4.2. Valgfrihed i rehabiliteringstilbud

Valgfrit tilbud	Kommunens standard	Uklart/fremgår ikke af interviewet
39	42	11

I de kommuner, hvor man har valgt at tilbuddet om hverdagsrehabilitering skal være et valgfrit tilbud til borgerne i hjemmeplejen, erkender man, at det stiller store krav til medarbejderne, som skal have kompetencer til at motivere borgerne. Der er generel enighed om, at hvis hverdagsrehabiliteringen skal virke, skal borgerne have lyst til at deltage. Derfor er det helt centralt, at medarbejderne er i stand til at motivere borgerne. Medarbejdernes evne til at motivere borgerne hænger

meget sammen med om de har ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg jf. ovenfor. Hvis medarbejderne selv kan stå inde for kommunens hverdagsrehabilitering, er det meget lettere at motivere borgeren, end hvis hun er utilpas og kritisk i forhold til at borgeren skal til at træne mere.

Om medarbejderen har ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, og at medarbejderen kan



motivere borgeren, hænger på den måde sammen med hele kommunens vinkling af, hvorfor de implementerer hverdagsrehabilitering.

I mange kommuner har man lavet forskellige tiltag til at støtte medarbejderen, når de skal motivere borgeren. Det kan f.eks. være en pjese med ofte stillede spørgsmål. Den kan medarbejderen dels selv tage udgangspunkt i, dels kan hun dele den ud til borgeren og dennes pårørende. Mange kommuner uddanner også deres personale i *den motiverende samtale* eller lignende samtaleteknikker. Det går ud på nogle forskellige spørgeteknikker, som man kan bruge til at motivere borgeren til forandring.

I flere kommuner bruger de desuden et e-læringsværktøj, som blandt andet består af øvelser i den motiverende samtale. Dette program kan medarbejderen bruge til at træne i den motiverende samtale, når det passer.

Kompetenceudvikling: Dokumentation

Et omdrejningspunkt for de fleste hverdagsrehabiliteringstilbud er brugen af handleplaner i arbejdet med borgeren. I disse handleplaner fremgår typisk borgerens overordnede mål, evt. delmål og de konkrete handlinger, kontaktpersonen skal støtte borgeren i at udføre, for at nå sine mål.

Brugen af handleplaner er en stor omvæltning for social- og sundhedspersonalet. Særligt hvis de er ansvarlige for at udarbejde handleplanerne og dokumentere borgerens fremskridt. Flere kommuner fortæller, at det kræver grundig kompetenceudvikling og støtte, hvis social- og sundhedspersonalet skal være trygge ved og i stand til at løfte denne opgave: Denne faggruppe har måske netop valgt deres fag, fordi det er praktisk og ikke går ud på at læse og skrive.

Både kommuner, der har givet kompetenceudvikling i at arbejde med dokumentation og handleplaner og de, der ikke har (men har forventet at social- og sundhedspersonalet skulle løfte opgaven), anbefaler, at man giver en grundig introduktion. Denne introduktion skal både handle om det tekniske, hvis handleplanen f.eks. er i et særligt computerprogram, og om det indholdsmæssige: Hvad skal skrives ned, hvor meget, hvorfor og hvor ofte.

Flere kommuner fortæller, at de med gode erfaringer har formidlet budskabet 'al dokumentation er bedre end ingen'. Dette budskab skal støtte op om den kulturændring det er for social- og sundhedspersonalet at skulle til at arbejde skriftligt. En kommune fortæller, at denne strategi har givet det første skub: Nu får de en masse information fra hjælperne og assistenterne. Det står ikke altid det rigtige sted og det er ikke altid relevant information, men kommunen fokuserer på, at det er lykkedes at få implementeret en dokumentationskultur. Så må korrektionen og præciseringen af, hvordan der skal dokumenteres, komme senere.

Flere kommuner har udviklet systemer, som skal gøre det mere enkelt for social- og sundhedspersonalet at dokumentere borgerens fremskridt. F.eks. har to kommuner indført en smileyordning. Det fungerer sådan, at borgeren eller kontaktpersonen vurderer dagens indsats med en smiley. Smileyen kan have fem forskellige udtryk fra meget godt til meget dårligt. På den måde bliver det tydeligt for både borger, kontaktperson og de superviserende fagpersoner, hvis der er et pludseligt dyk i borgerens indsats, så man kan gribe ind med det samme. Andre har samme system med trafiklys-farver: Grøn hvis alt går godt, gul hvis der er noget, der halter og rød, hvis der er markant forværring.

Figur 4.1. Figur fra www.denmotiverendesamtale.dk

Kompetenceudvikling: Supervision af andre faggrupper

Når terapeuterne (og evt. sygeplejerskerne) superviserer social- og sundhedspersonalet, er det ikke kun nyt for social- og sundhedspersonalet. Det er også en ny opgave for terapeuterne (og evt. sygeplejerskerne). Det er anderledes og nyt for terapeuterne at skulle træne med borgeren via en anden person – og via en person med en anden faglig baggrund end ens egen.

Derfor har flere kommuner uddannet deres terapeuter og evt. også andre faggrupper i, hvordan man superviserer andre. Det har de haft stor glæde af. En kommune fortæller, at det kan være et "kulturchok" at komme ud i en social- og sundhedsgruppe som terapeut, fordi fagligheden og omgangsformen er markant anderledes. Det er derfor vigtigt at være forberedt på, hvordan man griber arbejdet i en anden kultur an.

En kommune, som ikke har givet terapeuterne undervisning i supervision har oplevet, at det har været en udfordring at etablere en ligeværdig kultur mellem terapeuter og social- og sundhedsgruppen. En terapeut fra kommunen fortæller, at social- og sundhedsgruppen har været for vant til, at det er terapeuterne, der dikterer og sætter i gang. Det skaber ikke refleksion hos social- og sundhedsgruppen, fortæller hun. Hvis hun skulle gøre noget om i deres tilbud, ville det derfor være at skabe et bedre samarbejde mellem terapeuter og social- og sundhedsgruppen.

Kompetenceudvikling: Praktisk læring er vigtigst

Den praktiske læring er ifølge kommunerne altid vigtigere end den teoretiske, undervisningsbaserede læring. Det er deres erfaring, at når en kulturændring skal implementeres, er det vigtigt, at det bliver fuldstændig udspecificeret, hvad det konkret er, der skal gøres anderledes. Nogle social- og sundhedsmedarbejdere

mener nemlig, at de allerede arbejder med hjælp til selvhjælp, når de bliver introduceret til hverdagsrehabilitering. Men når det detaljeret bliver vist, hvordan man kan håndtere en specifik situation, kan de fleste medarbejdere godt se, hvor og hvordan de kan udvikle deres metoder.

Kommunerne bruger meget de samme metoder til læring i praksis: Sidemandsoplæring/mesterlære, workshops og casebaseret læring.

Kommunerne bruger udtrykket **sidemandsoplæring** både om situationer, hvor kollegaer med samme faglige baggrund og med forskellig faglig baggrund i praksis viser og rådgiver om, hvordan en konkret situation kan håndteres. Det kan f.eks. være, at en terapeut tager med ud til en borger, der skal have bad. Her kan terapeuten via spørgsmål, guidning og konkrete forslag hjælpe medarbejderen til at yde aktiverende pleje. Nogle kommuner praktiserer systematisk sidemandsoplæring, hvor en terapeut på en aftalt dag kører med social- og sundhedsmedarbejderen rundt på en rute. Andre kommuner bruger sidemandsoplæring, hvis social- og sundhedsmedarbejderen efterspørger det, eller hvis borgeren ikke opnår de forventede fremskridt hurtigt nok.

En variation af sidemandsoplæring går ud på, at medarbejderen inden hun bliver 'udlært' som hjemmetræner, skal følges med en terapeut eller en erfaren hjemmetræner gennem en borgers hverdagsrehabiliteringsforløb. Her er formålet at kontaktpersonen har prøvet at opstille mål, lave handleplaner og dokumentere i samarbejde med en terapeut eller erfaren kollega, før hun bliver ansvarlig for at gøre det selv.

En anden metode til læring i praksis er **workshops**. Denne metode bliver typisk brugt som en del af den ind-

ledende kompetenceudvikling. Det kan f.eks. være ved, at et konsulentfirma holder oplæg for medarbejderne om hverdagsrehabilitering. Herefter får medarbejderne besked på at forsøge at implementere bestemte metoder i deres daglige arbejde. Efter nogle dage mødes medarbejdere og konsulentfirmaet igen, og diskuterer hvordan medarbejderne oplevede at skulle sætte deres nye viden om til praksis.

Casebaseret læring består ofte i, at en terapeut, gruppeleder eller projektmedarbejder tager en konkret borger, situation, eller forløb op på et gruppemøde, hvor social- og sundhedsmedarbejderne deltager. På den måde får medarbejderne mulighed for at udvikle og udveksle ideer med hinanden, ligesom de får mulighed for at høre den superviserende fagpersons bud på, hvordan man kunne gribe sagen an.

4.3. Sammenfatning

Kortlægningen viser, at langt de fleste kommuner oplever arbejdet med hverdagsrehabilitering som et brud med en velkendt måde at arbejde på. Derfor kræver det stor vedholdenhed fra ledere og medarbejdere at implementere et rehabiliterende fokus i dagligdagen.

Følgende faktorer fremstår på tværs af kommunernes tilbud som vigtige for at opnå succes med hverdagsrehabilitering:

- At der er gode rammer for tværfagligt samarbejde om den enkelte borger
- At der sker en systematisk identifikation og visitation til rehabilitering
- At der sker en målrettet styring af hjemmeplejens tidsforbrug

- At der er et vedvarende ledelsesfokus.

Følgende faktorer fremstår på tværs af kommunernes tilbud som væsentlige udfordringer i arbejdet med hverdagsrehabilitering:

- At inddrage de private leverandører i arbejdet med hverdagsrehabilitering
- At dokumentere og evaluere kommunens rehabiliteringsindsats
- At implementere rehabilitering i hjemmeplejen.

Den sværeste og mest afgørende faktor i implementeringsprocessen er i henhold til kommunerne, at medarbejderne ændrer opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, så det ikke længere anses som omsorgsfuldt at tilbyde hjælp og støtte til de dagligdags aktiviteter, som borgeren selv er i stand til at klare selv. Denne holdningsændring kan (først) opnås, når medarbejderne oplever, at borgerne har et positivt udbytte af at deltage i en rehabiliteringsindsats.

Kapitel 5

KOMMUNERNES EVALUERINGER

I dette kapitel afrapporteres analysen af kommunernes evalueringer af deres rehabiliteringsindsatser. Først gives en kort beskrivelse af de evalueringer, der er identificeret ved interview og efterfølgende litteratursøgning (for en nærmere beskrivelse af søgestrategien, se kapitel 2). Bagefter beskrives evalueringernes studiedesign og resultater, og der gives en samlet konklusion.



5.1. Kort om evalueringsmaterialet

I alt 42 evalueringer fra 34 kommuner er identificeret og inkluderet i denne analyse. 12 evalueringer er gennemført af eksterne aktører, heraf er tre evalueringer udarbejdet i samarbejde med uddannelsesinstitutioner, som har stillet projektet til rådighed for bachelorstuderende (fx fysio- eller ergoterapeuter), der typisk har analyseret borgernes og medarbejdernes oplevelser ved hjælp af kvalitative interview. 30 evalueringer er gennemført af kommunerne selv. Fem har karakter af statusopgørelser snarere end egentlige evalueringer⁴.

Hvilke indsatser er evalueret?

Ud af de 42 evalueringer er 40 evalueringer eksempler på evalueringer af hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem, mens to evalueringer er eksempler på hverdagsrehabilitering til borgere i plejebolig.

Antallet af evalueringer pr. organisations type er:

- Organisationstype 1, hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger: 7 evalueringer
- Organisationstype 2, hjemmepleje med ekstra ressourcer: 16 evalueringer
- Organisationstype 3, tværfaglig specialenhed: 10 evalueringer
- Organisationstype 4, terapeutmodellen: 1 evaluering⁵.

⁴ F.eks. materiale brugt som led i politiske beslutningsprocesser, som ridser foreløbige resultater op med henblik på at kunne vurdere behovet for projektets fortsættelse.

⁵ I forhold til opgørelsen skal det bemærkes, at seks evalueringer ikke beskriver indsatsen på en måde, der gør det muligt at placere den i en af ovenstående kategorier. Det skal også bemærkes, at enkelte indsatser har været genstand for mere end en evaluering. Antallet af evalueringer vedrørende de fire organisationstyper summer derfor ikke til 40.

5.2. Evalueringernes formål og metode

Det primære formål i langt de fleste evalueringer er at undersøge indsatsens effekt på borgernes selvhjulpethed og funktionsniveau. Dette er i nogle, men ikke alle tilfælde koblet til et ønske om at estimere eventuelle effekter målt på behovet for hjemmeplejens ydelser. Endelig har flere evalueringer til formål, at undersøge personalet og borgernes erfaringer med det pågældende tiltag.

Metodisk er der stor variation imellem evalueringerne. Flere af kommunernes evalueringer er omfattende evalueringer med detaljerede analyser af både kvalitative og kvantitative data, og hvor det fremgår, at evalueringens design har været gennemtænkt fra projektets eller tilbuddets start. Andre af de kommunale evalueringer er mere beskedne i omfang og er typisk karakteriseret ved at fokusere på de registreringer, som plejepersonale og terapeuter foretager løbende eller registreringer af f.eks. tildelt tidsforbrug pr. borger.

Kontrolgruppe

I langt de fleste evalueringer er der ikke tænkt en kontrolgruppe ind i evalueringens design⁶. Det betyder, at man ikke med sikkerhed kan afgøre, om de resultater, som er opnået, er konsekvens af kommunens indsats – eller ville være opnået under alle omstændigheder. Udfordringen ved at inkludere en kontrolgruppe er bl.a., at man skal være sikker på, at denne kontrolgruppe ligner den gruppe som deltager i 'forsøget', f.eks. hvad angår køn, alder, socioøkonomisk baggrund og civilsta-

⁶ Der er kun én kommune, der forholder sig til denne del af studie-designet. Her begrundes fravalget af kontrolgruppe med, at det ikke har været muligt at lave et design med en sammenlignelig kontrolgruppe, fordi det har været et væsentligt inklusionskriterium for projektet, at borgerne var motiverede for at forbedre deres funktionsniveau.

*Eksempel 5.1.***EKSEMPLER PÅ METODER TIL MÅLING AF BORGERNES FUNKTIONSEVNE**

- COPM
- Barthel
- FIM
- IFC
- Senior Fitness Test
- EQ5D
- AMPS

tus. Det har man i et studie løst ved at foretage sammenligninger mellem borgere i forskellige kommuner, som modtager fx et rehabiliteringstilbud og hjemmeplejens sædvanlige ydelser (6).

I et studie har man haft mulighed for at koble undersøgelsen til et implementeringsforløb, der er foregået trinvis i kommunens fem hjemmeplejedistrikter. Her er der foretaget før- og efterregistreringer fem gange, og herefter foretaget en samlet analyse (7).

I et andet studie anvendes et før/efter design, hvor kommunens forbrug af hjemmeplejeydelser før indsatsen sammenlignes med kommunens forbrug af hjemmeplejeydelser efter indsatsen (1,3).

Løbende og ensartede registreringer

For at få brugbare og valide data er kommunerne afhængige af, at de valgte data bliver registreret på en ensartet og systematisk måde. Denne systematik påhviler den enkelte medarbejder – typisk visitatorer eller terapeuter – og nogle kommuner beskriver, hvordan databearbejdningen har været vanskeliggjort af variation på tværs af personalet.

Borgernes journaler bliver i flere evalueringer fremhævet som et væsentligt redskab til kommunikation i det tværfaglige arbejde, dvs. som en måde at overlevere viden om borgerens forløb og progression til kolleger. En udfordring som går igen i flere evalueringer er imidlertid, at medarbejdere i hjemmeplejen ofte ikke er vant til, trænedes i og/eller trykkes ved skriftlig dokumentation. Nogle steder har kommunerne undervejs besluttet at reducere kravet til dokumentation i journalerne. Journalerne som et sted, hvor rehabiliteringsindsatserne kan dokumenteres løbende og systematisk, har derfor været svært fuldt at udnytte.

Journalerne fungerer primært som et internt kommunikationsredskab, og i de fleste evalueringer fremgår det ikke eksplicit om kommunerne også betragter dem som en datakilde til brug i nuværende eller fremtidige evalueringer. Flere evalueringer indeholder dog beskrivelser af konkrete borgeres forløb. En kommune har eksplicit gjort brug af journaler i en analyse af klagesager.

Studiepopulationens størrelse – inklusion og frafald

Ikke alle evalueringer indeholder beskrivelser af, hvilke og hvor mange borgere, der indgår i evalueringen. Der tegner sig dog generelt et billede af, at evalueringerne er baseret på relativt få borgere (20-30 borgere eller færre), hvis der ses bort fra de større kommuner.

Flere kommuner beskriver, hvordan de til at starte med havde udpeget et særligt hjemmeplejedistrikt, hvor rehabiliteringsindsatsen skulle pilottestes. Det viste sig dog at være svært at rekruttere borgere nok, og derfor så kommunerne sig nødsaget til at udvide indsatsen til andre distrikter.

Desuden tegner der sig et billede af, at mange borgere ikke gennemfører rehabiliteringsforløbet eller ikke har gennemført målinger af funktionsniveau, som beskrevet ovenfor.

Måling af funktionsevne og selvhjulpethed

Eftersom formålet med rehabilitering er at forbedre målgruppens funktionsniveau, indgår der naturligt forskellige metoder til at måle dette i langt de fleste evalueringer. Disse metoder er i langt de fleste tilfælde internationalt anerkendte og validerede metoder, men i nogle evalueringer fremgår der ikke andet end at de tilknyttede medarbejdere eller borgerne selv har vurderet funktionsniveau ved rehabiliteringsforløbets start og slutning.



Særligt om anvendelsen af COPM

COPM er anvendt i langt størstedelen af kommunerne. COPM tjener for det første det formål, at det hjælper til at identificere borgerens problemområder og er dermed et redskab til at sætte mål for rehabiliteringsindsatsen. Derudover tjener det som redskab til effektmåling, hvor kommunerne sammenligner målinger før og efter et gennemført forløb.

COPM er et interviewbaseret redskab, hvor borgerne selv vurderer sin funktionsevne og prioriterer imellem daglige aktiviteter. Fordelen er, at borgeren derved får en meget aktiv rolle i at definere egne mål og motiveres til at opnå forbedringer. Ulempen er, at det tager lang tid at gennemføre, og at kognitivt svage borgere ofte ikke er i stand til at besvare spørgsmålene og bevare fokus igennem hele interviewet. I flere evalueringer er resultaterne derfor kun baseret på en mindre del af de inkluderede borgere.

I en evaluering fremgår det desuden, at gennemførelse af COPM blev en barriere for at komme hurtigt i gang med den rehabiliterende indsats, og de valgte derfor kun at gennemføre en del af COPM inden start. I dette tilfælde er målingerne før og efter rehabiliteringsindsatsen ikke sammenlignelige.

Kommunernes kommentarer til de øvrige måleredskaber

Kommunernes kommentarer til de øvrige måleredskaber er mere sporadiske. Eksempelvis fremgår det af en evaluering, at mange borgere scorer 100 % på Barthel testen, og at den derfor har været mest anvendelig som et redskab til at strukturere samtalen med borgeren end et mål for effekt på funktionsevne.

I en anden evaluering konstaterer en kommune, at

Senior Fitness Test viste sig at være svær at anvende som baggrund for at vurdere borgernes træningspotentiale. Dette måleredskab har fokus på smidighed, balance og styrke og borgerne rykkede sig ikke mærkbart på disse parametre som følge af rehabiliteringsindsatsen. Denne kommune vurderer på den baggrund, at en mere general terapeutfaglig vurdering af borgerens rehabiliteringspotentiale er mere anvendelig.

Endelig konstaterer en kommune, at måleredskabet EQ5D (som fokuserer på selvvalderet helbredsstatus) ikke matchede rehabiliteringsprojektets fokus på at styrke borgerne i at klare sig bedre i hverdagen.

Måling af tidsforbrug og økonomiske besparelser

I flere evalueringer fremgår det, at den demografiske udvikling med flere ældre nødvendiggør en mere effektiv hjemmepleje. Rehabilitering vil være en løsning, hvis det i sig selv er mindre tidskrævende end almindelig hjemmepleje, eller hvis målsætningen om at øge borgernes funktionsniveau og selvhjulpethed på sigt vil betyde et reduceret tidsforbrug til hjemmehjælp. Mange kommuner har på denne baggrund interesseret sig for at måle ændringer i tidsforbruget i hjemmehjælp, som følge af forsøg med eller implementering af hverdagsrehabilitering.

Måling af tidsforbrug bliver gennemført på to måder. I nogle evalueringer har visitationen foretaget skygge-registreringer, dvs. at de har registreret hvilken ydelse og hvilket tidsforbrug de ville visitere borgeren til ved almindelig kompenserende hjemmepleje samtidig med, at de har visiteret borgeren til et rehabiliteringstilbud. Denne registrering siger ikke noget om, hvorvidt rehabiliteringstilbuddet påvirker borgernes funktionsniveau, og dermed borgerens behov for hjemmehjælp i fremtiden. Derimod er det en indikation på om rehabiliterings-

indsatsen i sig selv er mindre tidskrævende og dermed billigere end hjemmeplejens sædvanlige indsats.

I andre evalueringer har enten visitatorer eller terapeuter registreret de nødvendige ydelser og tidsforbrug hertil ved start og slutning af alle borgerforløb. Denne registrering afspejler i højere grad, hvordan rehabiliteringsindsatsen påvirker borgerens funktionsevne og dermed reducerer behovet for hjemmeplejens ydelser – hvis og såfremt der kan sammenlignes med en relevant kontrolgruppe.

Borgernes og personalets erfaringer

Mange kommuner interesserer sig også for, hvordan både borgere og personale oplever at arbejde rehabiliterende, idet dette på mange måder er et brud med den sædvanlige måde at arbejde i hjemmeplejen. Til dette formål benytter kommunerne sig helt overvejende af kvalitative interviews. Nogle kommuner har selv foretaget disse interviews, andre har benyttet sig af eksterne konsulenter eller ergo- og fysioterapistuderende på bachelorniveau.

I nogle evalueringer er der desuden foretaget observationsstudier over længere tid for at få indblik i hvordan tiltagene udmønter sig i praksis og de udfordringer som personalet møder i hverdagen.

5.3. Evalueringernes resultater

Rehabiliteringsindsatsernes effekt på borgernes funktionsniveau og selvhjulpethed

Som det fremgår af afsnit 5.2 benytter kommuner mange forskellige metoder til at måle funktionsevne og selvhjulpethed, og i nogle evalueringer fremgår det ikke, hvilke metoder der har været benyttet. Det er

derfor ikke muligt at foretage en egentlig sammenligning mellem kommunerne, men generelt rapporterer kommunerne om positive resultater. I de tilfælde, hvor resultaterne af de forskellige test fremgår, er effekten af rehabiliteringsindsatserne estimeret til at forbedre funktionsevne og selvhjulpethed med mellem 30 og 70 %⁷. Andre evalueringer finder ingen effekt, og i en kommune er 50 % af de deltagende borgere blevet afsluttet med mere hjælp. Det er desværre ikke på denne baggrund muligt, at udlede nogen tendenser hvad angår en bedre effekt af nogle typer af indsatser end andre.

Nogle kommune vurderer, at nogle borgere har sat urealistiske mål, og det afspejler sig i negative resultater. En kommune diskuterer om forbedret funktionsniveau er et realistisk mål for alle borgere. For nogle borgere er det ikke realistisk, at de forbedrer deres funktionsevne, hvorimod et realistisk mål kan være at bevare den nuværende funktionsevne f.eks. ved hjælp af hjælpemidler. Denne effekt kommer til at fremstå negativ på linje med tabt funktionsevne, hvis evalueringens designet ikke rummer denne mulighed for at sætte og registrere differentierede mål.

Målgruppens betydning for resultaterne

Som nævnt i afsnit 5.2. er datamaterialet ofte begrænset. Derfor er det ofte ikke muligt at drage klare konklusioner og slet ikke om effekten på forskellige undergrupper. Nogle kommuner forsøger dog at drage disse konklusioner, men ofte ikke baseret på statistiske signifikanstest.

Nogle evalueringer peger på, at borgere som ikke før har modtaget hjemmehjælp opnår bedre resultater end

⁷ Disse tal dækker over forskellige funktionsevne-test og vurderinger af selvhjulpethed. Tallene er primært refereret for at illustrere de overvejende positive resultater samt give et billede af størrelsesordenen af disse.



borgere som allerede modtager hjemmehjælp. Andre angiver, at de oplever størst effekt blandt borgere, som kun har fysisk nedsat funktionsevne.

I flere evalueringer beskriver kommunerne, hvordan hjælp til personlig pleje, f.eks. på- og aftagning af støttestrømper, er en af de aktiviteter, som har størst effekt, hvor træning i praktiske opgaver, fx rengøring, har mindre effekt. I en af evalueringerne diskuteres det om dette resultat skyldes, at de borgere, som bliver trænet i praktiske opgaver formentlig er dem der i forvejen har en relativt høj funktionsevne, og at forbedringspotentialet derfor er lavere end hos dem, som får en indsats målrettet den personlige hygiejne og påklædning.

Målgruppen er ikke nærmere defineret i de fleste evalueringer, udover at det er borgere, som er visiteret til hjemmehjælp. De borgere som bliver visiteret til kommunernes rehabiliteringsindsats kan altså både være dem som kortvarigt har behov for hjælp, fx efter et hospitalsophold, og dem som har mere varige funktionsstab, som kræver mere permanent hjælp i hjemmet. I nogle evalueringer problematiserer kommunerne selv, at deres evalueringsmetode ikke giver mulighed for at differentiere resultaterne på borgerens funktionsevne ved indsatsens start. Flotte resultater kan altså i princippet dække over, at de inkluderede borgere hører til dem, som kun kortvarigt har behov for hjælp og med en almindelig indsats fra hjemmeplejen ville have opnået samme forbedring i funktionsevnen.

Denne problematik er som nævnt kun berørt i få evalueringer og sammenholdt med de manglende målgruppebeskrivelser er det ikke muligt at komme tættere på effekten af kommunernes rehabiliteringsindsats på forskellige typer af borgere og med forskellige niveauer af funktionsnedsættelse.

Rehabiliteringsindsatsernes effekt på tidsforbrug og økonomi

Kommunerne evalueringer viser også positive effekter på tidsforbrug og økonomi. Registreringerne af timeforbruget før og efter rehabiliteringsindsatsen for den enkelte borger peger på et reduceret behov for hjemmeplejens ydelser. I nogle evalueringer er dette omregnet til en udgiftsreduktion svarende til mellem 1,5 og 8,4 mio. kr. Også skyggeregistreringerne tyder på, at rehabiliteringstilbuddene er forbundet med færre ydelser og derved en økonomisk gevinst for kommunerne. De to evalueringer, der gør brug af en kontrolgruppe, finder et reduceret forbrug af hjemmeplejeydelser efter implementering i en størrelsesorden af 10-13% (1,3,7).

Borgernes erfaringer med rehabiliteringsindsatserne

I langt de fleste interviewundersøgelser er borgerne overvejende positive overfor en rehabiliterende indsats. I nogle interviews giver borgerne f.eks. udtryk for, at de værdsætter at være selvhjulpne, og bliver glade og stolte, når de oplever en udvikling.

Omvendt peger andre evalueringer på, at nogle borgere ikke kobler livskvalitet til funktionsevne og selvhjulpnehed. Det fremgår ikke, hvor mange borgere der er tale om – men det fremgår, at der findes borgere, som ikke i samme omfang oplever en eventuel effekt af rehabilitering som positiv. En kommune finder som supplement hertil og eventuel forklaring, at borgere er mere tilfredse med at bevare evnen til personlig pleje og mindre tilfredse med at blive frataget hjælp til praktiske opgaver som fx rengøring, som følge af rehabiliteringsindsatsen. En anden fremfører, at borgerne kan opleve det som overvældende at deltage i et rehabiliteringsforløb, og at borgerne kan opleve det som et pres, når fokus er på udvikling frem for hjælp. I denne evaluering fremgår det, at det er væsentligt, at personalet gør sig umage

med at sikre, at borgerne forstår principperne, og at det at motivere borgeren til at antage en mere aktiv rolle skal ske i en god tone.

Personalets erfaringer med rehabiliteringsindsatserne

Hverdagsrehabilitering beskrives i mange evalueringer, som en ny tankegang i ældreplejen, som personalet skal vænne sig til. Der tegner sig dog et billede af, at personalet generelt oplever det som positivt at skulle tænke i nye løsninger. Desuden oplever personalet det i flere kommuner som positivt, at rehabiliteringstankegangen sætter fokus på mål frem for hvor lang tid de må bruge hos borgeren. Kørelisterne kan altså træde i baggrunden til fordel for en mere fleksibel tilgang til arbejdet med større arbejdsglæde til følge. I nogle evalueringer fremgår det, at det er meningsfuldt for personalet at arbejde mod netop det mål, som de oplever at langt de fleste borgere har, nemlig selvhjulpethed. For plejepersonalet kan det dog også være en udfordring at skulle arbejde mere selvstændigt med et mål frem for en konkret opgave for øje. De angiver derfor at det er væsentligt, at de via uddannelse opnår kompetencer til at udføre arbejdet mere selvstændigt og kreativt.

Medarbejderne oplever, at de hos nogle borgere skal bruge tid på at motivere borgeren til at indgå i rehabiliteringsforløb. Nogle borgere – især dem som i forvejen modtager hjælp – oplever det som en del af en spareplan, at de nu skal deltage mere aktivt og nogle pårørende giver udtryk for at det er synd for borgeren eller at målsætningen er for høj. I nogle kommuner efterspørger personalet hjælp til at håndtere sådanne situationer, f.eks. muligheden for at henvise til at rehabilitering er en politisk beslutning eller hjælp til formuleringer som sætter fokus på, at det er en hjælp frem for plan om at spare.

Det ofte tætte tværfaglige samarbejde fremhæves i flere

evalueringer, som en kilde til faglig udvikling. Eksempelvis fremgår det af en evaluering, at visitation oplever det som positivt, at de via rehabiliteringsprojektet har fået større fokus på og forståelse for at bruge borgernes ressourcer som vurderingsparameter. Det tværfaglige samarbejde rummer dog også udfordringer. Ovenfor er behovet for ensartet og systematisk dokumentation nævnt som afgørende for, at alle kan følge med i forløbet hos den enkelte borger og bidrage til et sammenhængende forløb. Koordinering er et nøgleord i mange evalueringer, og det kræver ifølge de adspurgte medarbejdere og ledere både tid og rum, f.eks. i form af faste møder og aftaler om kommunikationsveje.

Effekten af de forskellige organiseringer af rehabiliteringsindsatsen

Der tegner sig et relativt entydigt billede af, at hverdagsrehabilitering har gode effekter på borgernes funktions-ejne, og at der er et besparingspotentialer for kommunerne sammenlignet med sædvanlig hjemmepleje. Der tegner sig til gengæld ikke tydelige forskelle i effektiviteten af de forskellige organiseringer.

Kun et studie foretager direkte sammenligninger af forskellige organiseringer for rehabilitering, og disse er udelukkende af kvalitativ art. Her finder man overvejende forskelle relateret til forskellige udfordringer i implementeringsprocessen. Herunder at organiseringen af rehabiliteringsindsatsen i særlige teams eller specialenheder har den fordel, at der entydigt er defineret et ansvar for den rehabiliterende tilgang, og at medarbejderne her specifikt har søgt dette område. Indførelse af rehabilitering i den generelle hjemmepleje er sværere, f.eks. fordi der opstår tvivl om terapeuternes rolle og social- og sundhedshjelperne har haft svært ved at leve op til krav om at udarbejde handleplaner og evaluere forløbene løbende. Det rehabiliterende fokus er ganske



enkelt sværere at fastholde i denne type organisering. I en opfølgende undersøgelse konkluderes det desuden, at de personer som har til opgave at udbrede rehabiliteringstankegangen og supervisere det øvrige personale skal have både fagligt og personligt overskud, hvis konceptet ikke skal møde modstand, hvis personalet skal udvikle deres faglige kompetencer, og hvis der skal skabes meningsfulde borgerforløb.

5.4. Sammenfatning

Alle evalueringerne fokuserer overvejende på fysisk funktionsevne og selvhjulpethed. Herudover er mange kommuner interesseret i de erfaringer, som både personale og borgere gør sig i et forløb, som adskiller sig relativt meget fra et sædvanligt hjemmeplejeforløb, hvor der ikke er samme fokus på en aktiverende indsats.

Der er generelt positive meldinger fra kommunerne i forhold til effekten på borgernes funktionsevne og selvhjulpethed, kommunernes besparingspotentiale og borgernes og personalets tilfredshed. En gennemgående svaghed ved de kommunale evalueringer er dog, at mange af dem udelukkende er baseret på de borgere, som har deltaget i det pågældende tilbud om rehabilitering, og at der dermed mangler en kontrolgruppe.

De to evalueringer, der gør brug af kontrolgruppe, finder et mindre forbrug af hjemmeplejeydelser efter implementering af kommunens rehabiliteringstilbud. De viser samtidig, at det kan være vanskeligt at implementere hverdagsrehabilitering i den almindelige hjemmepleje.

Gennemgangen af kommunernes evalueringer bekræfter, at skiftet til en mere aktiverende indsats på ældreområdet i kommunerne er udfordrende. De udfordrin-

ger, som evalueringerne viser, at kommunerne oplever, er oplistet nedenfor.

Udfordringer i relation til kvalitets- og resultatopfølgning

- *Modsatrettede mål i evalueringsdesign og dagligt arbejde:* Der er en pointe i at komme hurtigt i gang med rehabiliteringsindsatsen, men når mange test skal udfyldes med henblik på evaluering, bliver denne start udskudt. Der er flere eksempler på, at der undervejs justeres i evalueringsdesignet, hvilket formentlig gør hverdagen nemmere, men giver problemer, når effekten skal gøres op. Det samme gælder valg af målemetoder, idet nogle af de valgte målemetoder ikke er brugbare for alle borgere. Der er ligeledes eksempler på, at målemetoder fravælges, hvilket bliver en udfordring i forhold til evaluering.
- *Systematikken i registreringsarbejdet* fremstår også som en udfordring. Nogle kommuner beretter om, at visitatorer og terapeuter ikke registrerer ensartet. Desuden har nogle af social- og sundhedshjælperne ikke de fornødne kompetencer til dokumentationsarbejdet.

Udfordringer i relation til organisering og implementering

- Kommunerne peger på at det *tværfaglige arbejde* både er en fagligt givende, men også udfordrende. Definition af roller og ansvar samt rutiner for det tværfaglige møde opstår ikke af sig selv, men skal opdyrkes.
- *Manglende opkvalificering* af personalet har vidst sig at være en væsentlig udfordring, når kommunernes skal implementere rehabiliteringstiltag. Særligt i de typer af indsatser, som er organiseret med udgangspunkt i den generelle hjemmepleje.
- *Kommunikationen til borgerne* om formålet med indsatsen samt undervejs i forløbet viser sig også at være en gennemgående udfordring.

Kapitel 6

CASE-ANALYSE AF SEKS EVALUEREREDE REHABILITERINGSINDSATSER

I dette kapitel afrapporteres analysen af de seks evaluerede rehabiliteringstiltag (cases), der er udvalgt til nærmere beskrivelse og analyse.



6.1. Valg af cases

De seks cases er udvalgt efter kriterier om, a) at repræsentere de forskellige organisationstyper der er identificeret i kapitel 3, b) at være beskrevet bedst muligt i det foreliggende evalueringmateriale, samt c) at tilføre ny

viden til brug for udvikling af håndbogen i rehabilitering på ældreområdet.

Tabel 6.3 giver en oversigt over de cases, der beskrives i kapitlet.

Tabel 6.3. Cases udvalgt til nærmere beskrivelse

Nr.	Navn	By	Organisationstype	Igangsat	Evalueret
1	Hverdagsrehabilitering	Fredericia	Specialiseret enhed	2008	2010
2	Grib hverdagen	Århus	Specialiseret enhed	2010	2012
3	Aktiv i din hverdag – hverdagstræning	Rudersdal	Terapeutmodellen	2010	2011
4	Aktiv pleje	Fåborg Midtfyn	Hjemmepleje med ekstra ressourcer	2009	2010
5	Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering	Helsingør	Hjemmepleje med ekstra ressourcer	2011	2012
6	Træning som Hjælp	Odense	Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger	2010	2012

Begrundelsen for valg af de to første cases (Hverdagsrehabilitering/Fredericia og Grib Hverdagen/Århus) er, at der er tale om to meget forskellige eksempler på specialiserede enheder, der begge er godt beskrevet i evalueringsmaterialet.

Begrundelsen for valg af den tredje case (Aktiv i din hverdag – hverdagstræning i Rudersdal) er, at der er tale om et godt eksempel på ”terapeutmodellen”, der samtidig er godt beskrevet i evalueringsmaterialet. Der er samtidig ikke fundet øvrige evalueringer af terapeutmodellen.

Begrundelsen for valg af den fjerde og femte case (Aktiv Pleje/Faaborg Midtfyn, Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering/Helsingør) er, at der er tale om to typiske eksempler på kommuner, der har forsøgt at forankre det rehabiliterende arbejde i den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere, der er ansat i den almindelige hjemmepleje. De repræsenterer hver sin yderlighed af ”hjemmepleje med ekstra ressourcer” – den ene med en decentralt ansat terapeut, og den anden med en centralt ansat terapeutenhed. Evalueringsmaterialet for de to kommuner er samtidig meget forskelligt. Den ene er kvantitativ og baseret på måling af borgernes funktions- evne før/efter, mens den anden er kvalitativ og baseret på interview med borgere og medarbejdere.

Begrundelsen for valget af den sjette (Træning som Hjælp/Odense) er, at der er tale om et atypisk, men lærerigt eksempel på en model, hvor hjemmeplejen samarbejder med andre afdelinger, som er evalueret i et kontrolleret evalueringdesign.

Analysens struktur

Analysen er struktureret, således at der først gives en beskrivelse af de to cases, der er udvalgt som eksempler

på specialiserede enheder (Hverdagsrehabilitering/Fredericia og Grib Hverdagen/Århus). Derefter beskrives den case, der er udvalgt som eksempel på terapeutmodellen (Aktiv i din hverdag – hverdagstræning i Rudersdal), og forskelle og ligheder mellem de to modeller udledes.

Herefter følger en beskrivelse og analyse af de i alt tre cases, der har forsøgt at forankre det rehabiliterende arbejde i den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere, der er ansat i den almindelige hjemmepleje (Aktiv Pleje/Faaborg Midtfyn, Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering/Helsingør og Træning som Hjælp/Odense). Først beskrives de to typiske eksempler på den organisationstype, hvor hjemmeplejen er tilført ekstra ressourcer (Aktiv Pleje/Faaborg Midtfyn, Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering/Helsingør). Bagefter beskrives det atypiske men lærerige eksempel på den organisationstype, hvor hjemmeplejen samarbejder med andre afdelinger (Træning som Hjælp/Odense).

Datagrundlag

Fremstillingen er videst muligt baseret på skriftligt materiale i form af eksisterende, skriftlige evalueringer (1-4,7-13). Der er kun i et enkelt tilfælde (Aktiv Pleje/Faaborg Midtfyn) inkluderet materiale fra interview til beskrivelse af indsatsen.

6.2. Specialiseret enhed

Århus og Fredericia er to eksempler på kommuner, der har valgt at tilrettelægge dele af deres rehabiliteringsindsats som et tilbud, der gives af specialiserede tværfaglige enheder – men på hver sin måde. I det følgende beskrives de to forskellige modeller. Bagefter gives en kort sammenfatning af forskellen på de to tilgange.



Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune

Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune er et tilbud til de *nye borgere*, der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp til personlig pleje efter Servicelovens § 83, og som visitator skønner, har rehabiliteringspotentiale (ca. 1/3). Disse borgere visiteres til et tværfagligt tilbud om rehabilitering i eget hjem eller nærmiljø, der leveres af en nyoprettet, specialiseret enhed under plejen, bestående af:

- 1 leder
- 1 planlægger
- 1-2 sygeplejersker
- 2-3 terapeuter
- Ca. 12 ”hjemmetrænere” (6 assistenter, 6 hjælpere)

Når en borger visiteres til Hverdagsrehabilitering sender visitator et advis til den specialiserede enhed med angivelse af, hvad borgerens hjælpebehov og mestringsevne er jf. Fælles Sprog II. Herefter sørger leder og planlægger for, at borgeren får de besøg i eget hjem, der skal til for at dække borgerens aktuelle hjælpebehov. Der udpeges en kontaktperson med særligt ansvar for borgeren, der som udgangspunkt foretager besøgene i borgerens hjem i dagtimerne. Er der behov for hjemmesygepleje, leveres det af den/de sygeplejersker, der er tilknyttet enheden. Er der behov for hjælp og støtte aften/nat, leveres det af den almindelige, kommunale hjemmepleje.

Samtidig med at denne proces går i gang, vil de 2-3 terapeuter, der er tilknyttet enheden sørge for at den pågældende borger får tilknyttet en ansvarlig terapeut. Valget af terapeut vil basere sig på borgerens aktuelle problemstilling og terapeuternes arbejdsbelastning. Den ansvarlige terapeut vil herefter arrangere et møde i borgerens

hjem, hvor terapeuten sammen med borgeren udarbejder en rehabiliteringsplan. Som redskab til udarbejdelse af rehabiliteringsplanen anvendes COPM – men uden at der nødvendigvis for alle borgere foretages en konkret score af borgerens aktuelle formåen. De mål, som terapeut og borger enes om at opstille, sammenfattes i en tværfaglig rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer, som videregives til hjemmetrænerne og danner afsæt for deres daglige arbejde. Terapeuten følger løbende op på, hvad der er status på de enkelte målsætninger, og står jævnlige til rådighed for dialog med den ansvarlige hjemmetræner. Lederen af Hverdagsrehabiliteringen følger løbende op på, hvilke resultater der nås, og fører statistik over antallet af borgere, der afsluttes til henholdsvis ingen hjælp, mindre hjælp eller samme hjælp som de ellers ville have fået i den almindelige hjemmepleje. Der er naturligvis også borgere, der afsluttes af andre årsager, f.eks. sygdom og død.

Fredericiamodellen for hverdagsrehabilitering rummer mulighed for, at terapeuterne i hverdagsrehabiliteringen selv kan træne med borgerne, hvis de skønner det nødvendigt. Der er dog loft over hvor mange timer terapeuterne må bruge på at træne selv. Skønner terapeuterne, at borgeren har brug for mere terapeutfaglig træning, end der kan gives under rammerne af hverdagsrehabiliteringen, har de mulighed for at visitere til døgnrehabilitering, som er et *andet* rehabiliteringstilbud til *samme målgruppe*, der kræver at borgeren indskrives på institution.

Flere af de borgere, der modtager tilbud om hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, får samtidig ”almindelig” genoptræning efter Sundhedsloven eller Serviceloven. Terapeuternes vurdering er, at der er en god synergi mellem de forskellige tilbud, og at den daglige træning, som borgeren får i forbindelse med hverdags-

rehabiliteringen, er med til at understøtte det tilbud de samtidig/senere får på kommunens genoptræningscenter.

Fredericiamodelen for hverdagsrehabilitering er beskrevet i flere systematiske evalueringer. Den adskiller sig fra almindelig hjemmepleje ved at tiden, fokus og målsætningerne er anderledes, og ved at der sker en løbende justering af det tilbud, som borgeren modtager, så det modsvarer borgerens aktuelle behov. Kommunens interne opgørelser viser, at ca. 45 % afsluttes som selvhjulpne, men ca. 40 % afsluttes til mindre hjælp, end de ellers ville have fået (N=404).

En ekstern evaluering af forbruget af hjemmeplejeydelser før/efter implementering viser et årligt besparelspotentiale på ca. 13 %.

Grib Hverdagen i Århus Kommune

Grib Hverdagen i Århus Kommune er et tilbud til de borgere, der er bosiddende i hjemmeplejens ude-område, og som enten er nye borgere med rehabiliteringspotentiale (samme målgruppe som Fredericia ovenfor) eller borgere, der får praktisk hjælp og efterspørger pleje – eller omvendt.

Grib Hverdagen består af to forskellige borgerforløb:

- Et "Light Forløb", der er rettet mod borgere, der forventes at få samme (eller bedre) funktionsevne som tidligere, f.eks. i forhold til tøjvask, rengøring, bad eller støttestrømper. Light Forløbene tager udgangspunkt i den enkelte opgave og kalder typisk på 1-2 faggruppers ekspertise (typisk ergoterapeut og hjemmetræner).

- Et "Rehab Forløb", der er rettet mod borgere med risiko for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. Forløbet tager afsæt i hele borgerens livssituation og omfatter tværfagligt samarbejde og ekspertise fra flere faggrupper.

Grib Hverdagen er organiseret med **tværfaglige teams** som ramme. Der er etableret 25 tværfaglige teams bestående af: en koordinerende leder, en fysioterapeut, en visitator, en ergoterapeut, en sygeplejerske og et variabelt antal hjemmetrænere (social- og sundhedsassistenter). Visitatorerne er centralt ansat på samme matrikel og har hverdagsrehabilitering som deres primære arbejdsområde. Hver visitator dækker flere teams. De øvrige medarbejdere er ansat lokalt på forskellige matrikler og har hverdagsrehabilitering som delbeskæftigelse. De mødes til **ugentlige tværfaglige møder** foruden **ad hoc møder** om konkrete borgersager.

Forløbet for en borger, der visiteres til rehabilitering, målrettes den enkelte og differentieres i forhold til om der er tale om et "Light Forløb" med få specifikke fokusområder eller et "Rehab Forløb" med flere sammenhængende og komplicerede problemstillinger.

I det første tilfælde foretages en monofaglig (typisk ergoterapeutfaglig) undersøgelse, hvorefter der udarbejdes en plan med faglige mål, og uden videre drøftelse på tværfaglige møder. Handlinger overdrages til hjemmetræner, der foregår et multidisciplinært samarbejde, og der følges op/evalueres.

I det andet tilfælde gennemføres et dialogmøde i borgers hjem, gerne med flere fagpersoner (da forskellige fagpersoner ser og spørger om forskellige ting), og der gøres brug af COPM og Barthel 20. På denne baggrund udarbejdes en plan, der syntetiserer borgerens mål og



faglige mål, og der udpeges en kontaktperson/sundhedsfaglig forløbsansvarlig. Borgersagen drøftes ved tværfaglige møder, og alle relevante faggrupper yder en indsats omkring borgeren. Kontaktpersonen/den sundhedsfaglige forløbsansvarlige er ansvarlig for opfølgning og evaluering.

Århus Modellen adskiller sig fra øvrige modeller ved sin særlige organisering, hvor sygeplejersker og visitatorer er en integreret del af det tværfaglige team, og hvor indsatsen er delt op i to: Rehab og Light. Slutevalueringen, der er baseret på 1837 borgerforløb, viser at gennemsnitsalderen er 75 år og langt størstedelen (2/3) bor alene. 37 % er afsluttet som selvhjulpne (33 % Rehab, 53 % Light), og langt de fleste har fået en bedre funktionsevne målt på hhv. Barthel 20 (70 %) og COPM (85 %). Data for antallet af borgere, der er afsluttet som delvist selvhjulpne, har ikke kunnet skabes.

Sammenfatning

Der er væsentlige forskelle på de to forskellige organiseringer af arbejdet med rehabilitering i henholdsvis Fredericia og Århus. Fredericia har organiseret sin hverdagsrehabiliteringsindsats i én tværfaglig afdeling, der går på tværs af kommunens udekørende hjemmeplejedistrikter. Århus har organiseret sin med 1-2 tværfaglige teams pr. distrikt.

Det er kendetegnende for begge kommuner at arbejdet med hverdagsrehabilitering foretages af en tværfaglig, specialiseret enhed med terapeutfaglige, sygeplejefaglige og social- og sundhedsfaglige kompetencer. Det er ligeledes kendetegnende for begge, at der for hver borger lægges en individuel plan for hvordan borgeren bedst muligt kan rehabiliteres, og gives en indsats baseret på relevante fagligheder. En interessant forskel lig-

ger i, at Århus Kommune differentierer mellem "Rehab" og "Light" forløb og eksplicit lader "Light" forløbene være to-faglige (typisk: ergoterapeut/social- og sundhedsfagligt), mens "Rehab" forløbene er tværfaglige, baseret på indsatser fra alle faggrupper og funderet i en sundhedsfaglig kontaktperson med ansvar for opfølgning og evaluering. Det kan ikke afgøres, hvor store dele af Fredericias tilbud, der har karakter af henholdsvis "Rehab" og "Light" jf. Århus Kommunes definitioner.

6.3. Terapeutmodellen

Rudersdal Kommune er eksempel på en kommune, der har tilrettelagt sit hverdagsrehabiliteringstilbud som en ensidig terapeutfaglig indsats, målrettet mod brugere af hjemmeplejen. I det følgende beskrives indsatsen i Rudersdal kommune, hvorefter de væsentligste forskelle til Fredericia og Århus udledes.

"Aktiv Hver Dag" – hverdagstræning i Rudersdal Kommune

Aktiv Hver Dag er et tilbud om træning i hverdagslivets aktiviteter ("hverdagstræning") til borgere, der søger om eller allerede modtager hjemmehjælp til daglig personlig pleje, bad, kompressionsstrømper, rengøring, tøjvask og indkøb. Formålet er at støtte borgerne i at bevare livet på egne betingelser i længere tid, og dermed udskyde behovet for hjælp i hverdagen til personlige og praktiske gøremål.

Henvielse til hverdagstræning sker via bevillingsenheden, og indsatsen leveres af et terapeutfagligt team bestående af fire fuldtidsansatte ergo- og fysioterapeuter. Teamet forestår vurdering, planlægning og udførelse af træningsindsatsen på det givne aktivitetsområde i en tidsbegrænset periode. Den kommunale

hjemmepleje og private leverandører varetager hjælpen om aftenen og i weekenden, og yder borgeren anden pleje og bistand i dagtiden efter behov. Terapeuterne afholder regelmæssigt møder med hjemmeplejen for at koordinere indsatsen i forhold til den enkelte borger og få sparring i forhold til sygeplejefaglige områder.

Forløbet for en borger, der gives tilbud om hverdagstræning, består typisk af:

- En ergo- eller fysioterapeutisk undersøgelse af borgerens funktionsevne og tilfredshed med at klare den pågældende aktivitet.
- En aftale med borger om træningsforløb og mål.
- Anbefaling til hvorledes borgeren bedst vedligeholder sit funktionsniveau og fortsat klarer sig i hverdagen.
- En præcis, løbende graduering af aktiviteten, en aktivitetsanalyse, i forhold til borgerens fysiske og mentale funktion ud fra viden om træningsprincipper.
- Et kortere eller længerevarende træningsforløb, målrettet størst mulig selvhjulpnehed.
- En vurdering af borgerens behov for hjælp, og evaluering sammen med borgeren af borgerens tilfredshed med at klare den pågældende aktivitet.

Hverdagstræning adskiller sig fra andre former for træning ved at a) den foregår i hjemmet eller de hjemlige omgivelser, b) den er overvejende målrettet den aktivitet, som borgeren har søgt hjælp til, c) den foregår oftest direkte i hverdagssituationerne og består kun sjældent af deciderede øvelser, d) den tilpasses borgerens egne rutiner, egen bolig og eget udstyr. Har en borger behov for specifik genoptræning efter Sundhedslovens § 84 og 140 eller genoptræning eller vedligeholdende træning efter Servicelovens § 86, kan dette foregå sideløbende

på trænings-, aktivitets- og dagcentrene, ligesom borger kan modtage vederlagsfri fysioterapi samtidig.

I perioden 10. december 2010-31. december 2011 er der henvist i alt 381 borgere til hverdagstræning, hvoraf 378 forløb er afsluttede d. 1.4. 2012. 50 % er afsluttet som selvhjulpne, og 14 % er afsluttet til mindre hjælp. I alt 36 % er afsluttet til samme hjælp som før træningsindsatsen.

Analyser af deltagere viser, at 68 % visiteres fra eget hjem, mens 28 % visiteres fra døgnrehabilitering (22 %) eller midlertidige ophold (6 %). Kun 3 % visiteres fra hospital. Af de borgere, der visiteres fra eget hjem, er 41 % nye borgere, mens 54 % er borgere, som allerede modtager hjemmehjælp til indsatsen, men ønsker et træningsforløb. Målgruppen adskiller sig herved fra Fredericiamodellen.

Sammenfatning

Den væsentligste forskel mellem hverdagstræning i Rudersdal og hverdagsrehabilitering i henholdsvis Århus og Fredericia Kommune er, at indsatsen leveres af et team, der kun består af terapeuter. Nogen koordinering foregår dog fortsat i forhold til hjemmesygeplejen samt de kommunale/private leverandører, der er ansvarlige for hjælp og støtte dag, aften og weekend. Det kan ikke på baggrund af foreliggende data afgøres, om den rene terapeutfaglige indsats er mere effektivt end den traditionelt duale terapeut/social- og sundhedsfaglige indsats – og heller ikke, om den har en større/mindre borgertilfredshed.



6.4. Hjemmepleje med ekstra ressourcer

Faaborg Midtjylland og Helsingør er eksempler på kommuner, der har valgt at ansætte et mindre antal terapeuter i plejen for derved at udvikle social- og sundhedsmedarbejdernes kompetencer indenfor hverdagsrehabilitering. I det følgende beskrives indsatsen i disse to kommuner, hvorefter de mest væsentlige forskelle til Fredericia, Århus og Rudersdal udledes.

Aktiv Pleje i Faaborg Midtjylland

”Aktiv Pleje” i Faaborg Midtjylland Kommune står for ”et målrettet tilbud om en aktiverende indsats til de borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen”: Til dette formål blev der i perioden 1. maj 2009 31. december 2010 ansat to forebyggende terapeuter - en fysioterapeut og en ergoterapeut - i fagsekretariatet Pleje og Omsorg sammen med visitatorer, demenskoordinatorer, uddannelseskoordinatorer m.fl.

De forebyggende terapeuters opgave bestod, i henhold til projektbeskrivelsen, i at:

- At gøre borgerne bevidste om deres eget udviklingspotentiale, trods evt. helbredsmæssige/socialt besværligheder
- At sikre borgerne en målrettet indsats til bedre at kunne klare dagligdagens opgaver
- At øge fokus på hjælp til selvhjælp i organisationen og befolkningen,
- At social- og sundhedspersonalet oplevede øget udfordring ved konkret sparring med en anden faggruppe
- At styrke det tværfaglige samarbejde.

De metoder, der blev brugt til at skabe Aktiv Pleje, var:

Opstilling af retningsgivende mål jf. Fælles Sprog II (at udrede, at udvikle, at fastholde eller at lindre og understøtte), brug af testredskabet Barthel 20, brug af testredskabet COPM, undervisning af social- og sundhedspersonalet (temadag i Fælles Sprog II, visitation og aktiv pleje). I et projektforsløb på ca. 10 måneder blev 100 borgere henvist til Aktiv Pleje. Borgere, der kunne henvises, var: borgere med tidsbegrænset bevilling, borgere med varig bevilling, som i en tidsbegrænset periode har behov for ekstra ydelser, borgere med varig bevilling, der kan få behov for 2 social- og sundhedsmedarbejdere til at udføre hjælpen, samt borgere med varig bevilling, hvor social- og sundhedspersonalet sporer et potentiale for udvikling⁸.

Forløbet for en borger, der blev henvist til Aktiv Pleje, var:

- Visitator visiterer til Aktiv Pleje og opstiller retningsgivende mål for samarbejdet med afsæt i Fælles Sprog II.
- En forebyggende terapeut starter forløbet med et besøg hos borgeren, hvor der formuleres aktiverende mål med afsæt i COPM (dog ikke for kendte borgere, der forventes afsluttet indenfor 2-3 uger).
- Den forebyggende terapeut samarbejder med borgeren omkring de retningsgivende mål samt de mål, der er aftalt gennem COPM.
- Social- og sundhedspersonalet overtager det praktiske arbejde og terapeuterne følger med på sidelinjen og fungerer som vejledere.
- Terapeuten tager kontakt til social- og sundhedspersonalet efter 2-3 uger (individuel behov) og følger

⁸ Borgere kan ikke fravælge at deltage, men terminale og meget demente borgere ekskluderes, da borgerne skal have et vist udviklingspotentiale og vurderes til realistisk at kunne deltage med øget selvhjælpenhed eller deltagelse for øje.

op. Terapeuten tager ud til borgeren, evt. sammen med social- og sundhedspersonalet for at observere funktionerne og retter til i plejeplanen.

- Terapeuten aftaler i samarbejde med plejepersonale og borgeren, hvornår forløbet afsluttes (individuel relevans).

En evaluering af Aktiv Pleje efter ca. 10 måneder viser, at det først og fremmest er borgere med midlertidige bevillinger samt borgere med udviklingspotentiale, der er henvist til projektet. I alt ca. 100 borgere er inkluderet, heraf 2 som har valgt en privat leverandør. De fleste af de inkluderede borgere har ifølge evalueringen forbedret deres funktionsevne og reduceret deres ugentlige plejeforbrug i den periode, hvor de har været tilknyttet projektet.

En spørgeskemaundersøgelse til social- og sundhedspersonalet før/efter de 10 måneders projektforløb skulle måle om social- og sundhedspersonalet havde oplevet: Udfordringer, styrkelse af faglige kompetencer og øget fokus på hjælp til selvhjælp. Skemaet viste sig imidlertid ikke egnet, dels fordi social- og sundhedspersonalet allerede fra start syntes, at de arbejdede efter princippet hjælp til selvhjælp – dels fordi alle medarbejderne ikke har haft mulighed for at have en borger sammen med de forebyggende terapeuter. Spørgeskemaundersøgelsen viser dog, at social- og sundhedspersonalet har fået mere viden om Fælles Sprog II. En mundtlig evaluering viser, at social- og sundhedspersonalet i ét af de to områder, der har været omfattet af projektet, mener at have fået øget fokus på hjælp til selvhjælp, men at det indimellem er svært at motivere borgeren hertil.

Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering i Helsingør kommune

Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering er et

udviklingsprojekt, der har haft til formål at udvikle, afprøve og evaluere en ”medinddragende og rehabiliterende arbejdsmodel”, der afspejler hele fasen fra visitation til levering af ydelse i den kommunale hjemmepleje.

Modellen tager afsæt i en henvendelse til Forebyggelse & Visitation fra en bruger, pårørende, hospitalskoordinator eller social- og sundhedsmedarbejder i hjemmeplejen. Henvendelsen kan både vedrøre nye og eksisterende borgere/ personlig og praktisk hjælp. Ved telefonisk kontakt til borgeren afdækker visitator, om brugeren har potentiale til at indgå i projektet. Hvis det er tilfældet, planlægges en dato for et tværfagligt visitationsmøde, hvor visitator deltager sammen med en udekørende projekterapeut samt en social- og sundhedsmedarbejder (ideelt set: borgerens kontaktperson). Visitator fungerer som tovholder på det tværfaglige visitationsmøde, hvor et COPM interview fører frem til en *handleplan* med konkrete målsætninger for hverdagsrehabilitering, som efterfølgende danner udgangspunkt for en visitation til hverdagsrehabilitering med de aktuelle målsætninger og samlet tidsramme på 18 timer pr. bruger til social- og sundhedsydelser (PDA registreret komme/gå-tid hos brugeren). Terapeuten og social- og sundhedsmedarbejderen omsætter herefter den bevilgede tid til konkrete handlinger, som blev beskrevet i døgnrytmeplanen samt i planen for hverdagsrehabilitering.

Træningen af borgeren (v. social- og sundhedsmedarbejderen) påbegyndes få dage efter det første besøg, og terapeuten deltager i det første besøg for at gennemgå handleplanen med brugeren, foretage en Barthel test samt foretage en objektiv vurdering af borgerens funktionsniveau i forhold til de opstillede mål. Terapeuten superviserer og vejleder løbende social- og sundhedsmedarbejderen i hverdagsrehabiliteringsforløbet



hos den enkelte bruger, foretager en opfølgning på hverdagsrehabiliteringen og vurderer i samarbejde med borger og bruger, hvornår hverdagsrehabiliteringen skal afsluttes.

Det fremgår af evalueringen af forsøget med hverdagsrehabilitering i Helsingør Kommune, at det har været vanskeligt at finde borgere til at indgå i projektet, fordi brugeren skulle være motiveret og have potentiale for at opfylde sine mål. Ud af 60 tværfaglige visitationsmøder var det kun 26 borgere, der blev fundet egnet til visitation til hverdagsrehabilitering – og ud af de 27 forløb, der blev gennemført⁹, vurderer projekterapeuten kun, at det er 11 brugere, der reelt har været kandidater til hverdagsrehabilitering – hvis og såfremt hverdagsrehabilitering ansues som et ”komplekst forløb, der kræver en koordineret, målrettet og tidsbestemt indsats med ekstra ressourcer i en kort periode”.

Det fremgår også af evalueringen, at det – fordi man har valgt at satse på social- og sundhedsgruppen bredt, og fordi det reelt kun er få borgere, der har fået tilbud om hverdagsrehabilitering – kun er få social- og sundhedsmedarbejdere, der har haft mulighed for at arbejde med hverdagsrehabilitering. Det betyder at de øvrige medarbejdere har følt sig sat på sidelinjen og ikke har oparbejdet de særlige kompetencer, som hverdagsrehabilitering kræver (dette fordi den direkte involvering i arbejdet er den primære kompetenceudviklende aktivitet). I den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere finder evalueringen to typer: De modvillige og de begejstrede.

En del af personalet er blevet bedre til at holde hænderne på ryggen. Men evt. overskydende tid konverteres fortsat for langt størstedelen af medarbejdernes

vedkommende, til hygge/omsorg med borgeren frem for kortere forløb.

Da evalueringen samtidig finder udfordringer i forhold til mange skiftende hjælpere og vikarer i det enkelte borgerforløb, er anbefalingen fra Helsingør, at antallet af borgere og antallet af involverede social- og sundhedsmedarbejdere i fremtiden samstemmes, evt. med faste rehabiliteringsteams i stil med Århus- og Fredericia Modellen.

Sammenfatning

De to modeller, der er beskrevet i dette afsnit, adskiller sig fra Fredericia, Århus og Rudersdal ved, at det er valgt at satse på den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere i den almindelige hjemmepleje frem for en mindre gruppe udvalgte medarbejdere (Århus, Fredericia) eller en terapeutfaglig indsats (Rudersdal).

Faaborg Midtjylland og Helsingør har begge valgt modeller, hvor et mindre antal hverdagsrehabiliteringsansvarlige terapeuter er ansat centralt i tilknytning til plejens ledelse og (ikke mindst) visitation. Begge oplever et tæt samarbejde til visitationseenheden, men er fjernere plejen. Her er den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere en udfordring, fordi kompetenceudvikling primært sker i de borgerforløb, som de hverdagsrehabiliteringsansvarlige medarbejdere deler med social- og sundhedspersonalet, og fordi der er en række barrierer for at gå fra pleje og omsorg til rehabilitering i den almindelige hjemmepleje.

Der er ikke data, der understøtter, at den brede social- og sundhedstilgang skulle være mere effektiv end en tilgang, der baserer sig på rene terapeuter eller en specialiseret enhed.

⁹ En borger har fået to forløb og tæller derfor to gange

6.5. Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger

Odense kommune er et eksempel på en kommune, der har valgt at basere dele af sit arbejde med hverdagsrehabilitering på et samarbejde mellem den eksisterende hjemmepleje og andre afdelinger (hjemmesygeplejen, træningsenheden, visitationen). I dette afsnit beskrives indsatsen Træning som hjælp i Odense kommune, hvorefter de mest væsentlige forskelle til de foregående indsatser udledes.

Træning som Hjælp (Odense)

Træning som Hjælp i Odense Kommune er et koncept, der blev udviklet i 2010, og som ønskede at implementere en model for hverdagsrehabilitering efter inspiration fra bl.a. Faaborg Midtjylland og Fredericia (ovenfor). Lokale erfaringer med tværfaglige møder i borgerens hjem blev kombineret med elementer fra de to andre modeller, således, at der blev skabt et borgerforløb, hvor:

- Alle nye borgere, der tilgår hjemmeplejen, tilbydes et tværfagligt møde i borgerens hjem med deltagelse af a) visitator, b) en terapeut fra træningssektionen, c) en hjemmesygeplejerske samt d) en social- og sundhedsmedarbejder (ideel set: borgerens kontaktperson)
- På mødet kortlægges borgerens behov på baggrund af Fælles Sprog II, idet visitator fungerer som tovholder, mens hjemmesygeplejerske og terapeut hver især spørger ind til de områder, som de har særlig ekspertise i forhold til – og hvor social- og sundhedsmedarbejderen bidrager med sine observationer fra dagligdagen (de besøg der evt. er foretaget inden mødet). Der lægges en tværfaglig handleplan, og der foretages en afgørelse, om borgeren skal visiteres til:

- Træning som Hjælp (en særlig § 86 ydelse på maks. otte uger, der leveres af den offentlige hjemmepleje og som har til formål at gøre borgeren selvhjulpnen)
- Almindelig hjemmepleje.

- Herefter arbejder hjemmesygeplejerske, terapeut samt social- og sundhedspersonale efter de mål, der er udarbejdet i den tværfaglige handleplan.
- Efter (senest) otte uger afsluttes borgeren fra Træning som Hjælp ved et nyt tværfagligt møde i borgerens hjem, der kortlægger borgerens videre hjælpe- og rehabiliteringsbehov.

En evaluering af forløbet viser, at de væsentlige nye elementer i Træning som Hjælp er den tværfaglige handleplan, der lægges på det tværfaglige møde i borgerens hjem, samt den faste tidsbegrænsning på maks. otte uger for de borgere, der tilgår hjemmeplejen. I det omfang det er borgerens kontaktperson, der deltager på det tværfaglige møde i borgerens hjem, ses et øget fokus (for kontaktpersonen) på at holde hænderne på ryggen og tilskynde borgeren til en øget grad af selvhjulpnenhed, men ikke, når/hvis det er øvrige social- og sundhedsmedarbejdere, der kommer i hjemmet. I det omfang det ikke er kontaktpersonen, der deltager på mødet, giver deltagelsen kun i meget begrænset omfang mening, da de øvrige medarbejdere ikke har det samme nære kendskab til borgeren, som kontaktpersonen har.

En økonomisk evaluering af Træning som Hjælp viser en systematisk reduktion i leveret tid i de hjemmeplejestrakter, der implementerer konceptet, på ca. 10 %. Der er ikke foretaget analyser af projektets effekt på borgerens funktionsevne jf. standardiserede test. En kvalitativ analyse af medarbejdernes oplevelser 4-5 måneder



efter implementering viser, at tilbuddet om Træning som Hjælp af mange opfattes som et kvalitetsløft, fordi borgeren fra første dag får en tværfaglige indsats rettet mod at kunne vende tilbage til et aktivt og meningsfuldt hverdagsliv. Det tværfaglige møde i borgerens hjem kan dog af mange borgere opfattes som overvældende, fordi så mange fagprofessionelle diskuterer borgerens situation. Der er ikke samme fortrolige stemning mellem borger og fagperson, som der er ved et almindeligt visitationsmøde.

Sammenfatning

Odense Kommune sætter tværfagligt ind fra første dag med parallelle aktiviteter for henholdsvis hjemmesygeplejerske, terapeut og social- og sundhedsmedarbejder. Det nye er det koordinerede tilbud, at der sættes ind med terapeut- og sygeplejefaglig bistand fra første dag, samt at al ny hjælp revurderes efter otte uger. Der ses nogen ændring af fokus blandt de social- og sundhedsmedarbejdere, der som kontaktpersonen involveres i arbejdet, men ikke blandt de øvrige – svarende til erfaringerne fra de øvrige kommuner, der har forsøgt at udbrede arbejdet med hverdagsrehabilitering til den samlede gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere.

Odense Kommune har fællesnævner med Århus Kommune for så vidt, at indsatsen er bredere tværfagligt funderet end de fleste øvrige kommuner (dette idet de inddrager hjemmesygeplejen mere aktivt i det rehabiliterende team). Erfaringerne er nogle af de samme, nemlig at det er relevant for nogle borgere, men ikke for alle.

6.6. Sammenfatning

Der er mange forskellige tilbud om hverdagsrehabilitering i de danske kommuner. I dette afsnit er der foreta-

get en gennemgang af seks cases, der adskiller sig på væsentlige punkter.

Vigtige fælleselementer er, at der for borgerne lægges en rehabiliteringsplan med mål og handlinger, der løbende evalueres – samt at den visiterede tid hos borgeren justeres, så den afspejler borgerens aktuelle hjælpebehov.

Evalueringsmaterialet for de i alt seks cases peger på, at det alt efter borgerens situation vil det være forskelligt, hvilke faggrupper det er relevant at inddrage i arbejdet med rehabilitering. Nogle borgere vil have gavn af en ensidig terapeut faglig indsats – andre en ensidig sygeplejefaglig indsats – og igen andre mere/mindre tværfaglige borgerforløb.

For udvalgte nye borgere peger evalueringsmaterialet endvidere på, at det kan være omkostningseffektivt at koble en rehabiliteringsansvarlig fagperson til social- og sundhedspersonalet for derved at sikre, at der arbejdes rehabiliterende i mødet med borgeren.

Den rehabiliteringsansvarlige fagperson kan enten være terapeut eller sygeplejerske. Den vigtigste rolle består i at lægge en individuel rehabiliteringsplan for borgeren samt at sikre, at social- og sundhedspersonalet arbejder efter denne plan.

Her er det en helt generel udfordring, at der kommer mange forskellige personer i hjemmet, hvorfor det – for de borgere, hvor der skal opnås en hurtig indsats – kan være relevant at nedsætte faste teams med enkelte social- og sundhedsmedarbejdere, der kun arbejder med rehabilitering, således at der hos disse borgere kun kommer få social- og sundhedsmedarbejdere, der alle arbejder efter borgerens rehabiliteringsplan.

Referencer



- (1) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (2) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering - viden og anbefalinger (Notat). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (3) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (4) Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering. Notat udarbejdet til Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- (5) Månsson M, Hansen H. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg; 2007.
- (6) Boll Hansen E, Eskelinen L, Dahl HM. Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen. Hvordan er praksis, og er der en virkning? (AKF Rapport). København: AKF; 2011.
- (7) Kjellberg J, Ibsen R. Træning som hjælp. Økonomevaluering. København: Dansk Sundhedsinstitut & itracks; 2012.
- (8) Tonnesen M, Bak Sørensen J, Nygaard Henriksen K. Grib hverdagen. Slutevaluering (Pixiudgave). Aarhus: Aarhus Kommune. Sundhed og Omsorg; 2012.
- (9) Tonnesen M, Bak Sørensen J, Nygaard Henriksen K. Grib hverdagen. Slutevaluering. Hverdagsrehabilitering. Aarhus: Aarhus Kommune. Sundhed og Omsorg; 2012.
- (10) Rudersdal Kommune. "Aktiv hver dag". Træning i hverdagslivet. Evaluering 2011. [Holte]: Rudersdal Kommune; 2012.
- (11) Faaborg-Midtfyn Kommune. Projekt Aktiv Pleje. Slutevaluering. April 2010. [Ringe]: Faaborg-Midtfyn Kommune; 2010.
- (12) Helsingør Kommune. Evaluering af projekt "Brugerinddragelse og hverdagsrehabilitering". Helsingør: Helsingør Kommune; 2012.
- (13) Kjellberg PK. Træning som hjælp. Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2012.
- (14) socialebegreber.dk.



Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

