

Fra pleje og omsorg til rehabilitering

Viden og anbefalinger

Pia Kürstein Kjellberg · Rikke Ibsen · Jakob Kjellberg

KL - Kommunernes Landsforening
FOA - Fag og Arbejde
Danske Fysioterapeuter
Ergoterapeutforeningen
Dansk Sundhedsinstitut
Fredericia Kommune

NOTAT / PROJEKT 3333 · SEPTEMBER 2011

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk


Dansk Sundhedsinstitut

Dette notat er udarbejdet i samarbejde mellem:

KL - Kommunernes Landsforening

FOA - Fag og Arbejde

Danske Fysioterapeuter

Ergoterapeutforeningen

Dansk Sundhedsinstitut

Fredericia Kommune

NOTAT / PROJEKT 3333

ISBN 978-87-7488-683-9 (elektronisk version)

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut · Dampfærgevej 27-29 · Postboks 2595 · 2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00 · Fax +45 35 29 84 99 · www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

Indhold

| | |
|---|----|
| Introduktion | 4 |
| Fredericia Modellen for hverdagsrehabilitering | 5 |
| Effekten af "Hverdagsrehabilitering" i tal | 7 |
| Implementering til den almindelige hjemmepleje | 7 |
| Hvordan skabes der succes med Hverdagsrehabilitering? | 9 |
| Økonomiske konsekvenser ud over besparelser på § 83-hjælpen | 10 |
| Anbefalinger til vellykket implementering | 12 |
| Litteratur | 14 |

Introduktion

Den demografiske udvikling sætter det danske velfærdssamfund under pres. Samtidig med at de store årgange fra 1940'erne og 1950'erne går på pension, indtræder de små årgange fra 1980'erne og 1990'erne på arbejdsmarkedet. Det vil inden for få år give problemer med at rekruttere arbejdskraft og finansiere den velfærd, vi er vant til.

Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune vil styrke fremtidens ældre, så de i større grad bliver i stand til at mestre egen tilværelse. Ideen er, at den enkelte borger skal forblive uafhængig, selvhjulpne og aktivt deltagende i eget liv så længe som muligt. Hermed er det potentielt set muligt at forbedre borgernes livskvalitet, samtidig med at man udskyder det tidspunkt, hvor de ældre får behov for offentlig hjælp og støtte.

Ideen om Længst Muligt i Eget Liv blev født på FOA's Ældretopmøde 2007, og Fredericia Kommune har arbejdet videre med ideen. I dette notat sammenfatter vi de mest væsentlige konklusioner og læresætninger på baggrund af deres arbejde i perioden 2008-2010.

Formålet med notatet er at bidrage til videns- og erfaringsdeling med de mange kommuner, der allerede har eller er på vej med lignende initiativer, ligesom de konkrete anbefalinger skal bidrage til en god start eller måske en kursændring eller kursjustering for de kommuner, der er godt i gang. Notatet har derfor primært fokus på de konklusioner og anbefalinger, som vurderes at være alment gældende for lignende projekter.

Først indeholder notatet en beskrivelse af begreberne Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering, dernæst en beskrivelse af de to modeller for hverdagsrehabilitering, der har været afprøvet i Fredericia, efterfulgt af de væsentlige konklusioner fra evalueringerne, og sidst konkrete anbefalinger.

Notatet er baseret på DSI's evalueringer og analyser af arbejdet med Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune (1-3). Det er udarbejdet af Pia Kürstein Kjellberg for FOA – Fag og Arbejde, Sundhedskartellet, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen og Kommunernes Landsforening.

Du kan læse mere om DSI's evalueringer og analyser på vores hjemmeside:
http://dsi.dk/dsi_kan/satsningsomraader/hverdagsrehabilitering/

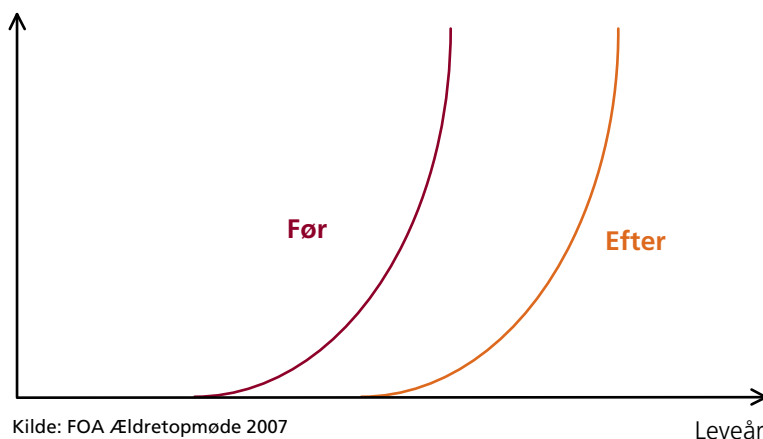
Præsentation af Længst Muligt i Eget Liv

Længst Muligt i Eget Liv er den samlede betegnelse for en række forskellige initiativer i Fredericia Kommune (4). Formålet er at styrke de ældre i at mestre eget liv, så de får større livskvalitet, samtidig med at forbruget af hjemmeplejeydelser falder.

Figur 1. Længst Muligt i Eget Liv

Udskyde og forkorte behovet for hjælp – uden at nogen lades i stikken

Behov for hjælp



Kilde: FOA Ældretopmøde 2007

Leveår

Længst Muligt i Eget Liv har til dato arbejdet med og afprøvet to forskellige modeller for Hverdagsrehabilitering. Det første projekt (model) hedder kort og godt "Hverdagsrehabilitering" og består af en organisatorisk enhed, som udelukkende beskæftiger sig med hverdagsrehabilitering til nyvisiterede borgere. Det andet projekt (model) hedder "Trænende Hjemmehjælp" og består i, at hverdagsrehabilitering integreres som målrettet ydelse i almindelige hjemmeplejegrupper.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er én ud af flere metoder til at sikre, at borgeren kan blive Længst Muligt i Eget Liv. Den svenske ergoterapeut Marita Månsson (5) fra Östersund beskriver hverdagsrehabilitering som en indsats, der:

- bedrives i borgerens hjem eller nærmiljø
- har til formål, at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller forebygge forringelse af sine funktioner og evner
- tager afsæt i hjemmeplejen
- har hjemmeplejens personale som basis, terapeuter som "motor" og sygeplejersker/hjemmeplejeledere som samarbejdspartnere (5).

Fredericia Modellen for hverdagsrehabilitering

Den model for Hverdagsrehabilitering, der er udviklet, afprøvet og implementeret i Fredericia Kommune, har følgende kendetegn:

- Nye borgere, der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet efter servicelovens § 83, visiteres til Hverdagsrehabilitering (§ 86) frem for almindelig hjemmehjælp (§ 83), hvis visitator vurderer, at de har rehabiliteringspotentiale.
- Tilbuddet gives af en nyetableret gruppe under Plejen, der kun arbejder med Hverdagsrehabilitering, og som i runde tal består af:
 - en leder
 - en planlægger
 - tre terapeuter (en fysioterapeut, to ergoterapeuter)
 - en sygeplejerske
 - tolv "hjemmetrænere" (seks social- og sundhedshjælpere, seks social- og sundhedsassistenter).
- Tilbuddet tilrettelægges med afsæt i en rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer:
 - Mål opstilles af den ansvarlige terapeut (evt. sygeplejerske) med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske evalueringsredskab COPM (se side 8 for en nærmere beskrivelse).
 - Handlinger opstilles af den ansvarlige terapeut (evt. sygeplejerske) med afsæt i COPM.
 - Evalueringer udarbejdes af den ansvarlige terapeut og/eller hjemmetræner.
- Tilbuddet udmøntes af 1-2 ansvarlige hjemmetrænere i samarbejde med den ansvarlige terapeut (evt. sygeplejerske).
- Tilbuddet gives, så længe borgerne vurderes at have nytte af det. Herefter afsluttes de enten til ingen hjælp, mindre hjælp eller samme hjælp, som de alligevel ville have fået i den almindelige hjemmepleje (§ 83).

Hvad er forskellen i praksis?

Mange har med rette stillet spørgsmålet; "Hvad gør hverdagsrehabilitering særligt, når vi altid har arbejdet med fokus på egenomsorg og hjælp til selvhjælp, jf. Servicelovens formålsparagraffer?"

Hverdagsrehabilitering adskiller sig fra almindelig hjemmepleje på en række forskellige punkter. Væsentlige forskelle relaterer sig til formål, fokus, tid og justering.

- *Formål:* Hvor arbejdet i den almindelige hjemmepleje tager udgangspunkt i de mål, der er formuleret af kommunen med afsæt i borgerens rettigheder (eksempelvis hjælp til personlig pleje), tager arbejdet med hverdagsrehabilitering udgangspunkt i de mål, der er formuleret af borgeren med afsæt i COPM (eksempelvis at kunne gå i byen og handle).
- *Fokus:* Hvor medarbejderne i den almindelige hjemmepleje er optaget af at løse opgaver for borgerne, er medarbejderne i hverdagsrehabilitering optaget af at hjælpe borgerne til at klare opgaverne selv.
- *Tid:* Hvor tidsforbruget i den almindelige hjemmepleje er konstant og evt. stigende over tid, er tidsforbruget i hverdagsrehabiliteringen kendetegnet ved, at der bruges meget tid i starten, hvorefter tidsforbruget falder, indtil borgeren ideelt set afsluttes fra hjælpen.
- *Justering:* Hvor arbejdet i den almindelige hjemmepleje er præget af gentagen løsning af samme opgave, er arbejdet med hverdagsrehabilitering kendetegnet ved et løbende krav om justering af mål og delmål, idet borgerens færdigheder udvikles, og hjemmeplejens indsats skal tilpasses herefter.

Eksempler på borgerresultater

Fredericia Kommune har flere eksempler på borgere, der er blevet mere selvhjulpne og har set det som en stor værdi at slippe for at være afhængige af hjemmeplejen (2,3). Et eksempel på en borger, der har haft stor glæde af projektet, er:

- En dame på knap 70 år, der er tilknyttet hjemmeplejen efter et lårbensbrud, og som definerer det som et vigtigt mål selvstændigt at kunne komme på toilettet (frem for – som det er almindelig praksis – at få fem minutter i toiletstolen midt i stuen, mens plejepersonalet diskret ser i den anden retning). Ved Hverdagsrehabilitering bruger personalet den tid, der skal til, for at hjælpe den knap 70-årige dame til selv at klare sit personlige toilet, og damen mestrer i løbet af få måneder at komme ud af sengen, over i kørestolen og ud på badeværelset selv.

Hvad synes medarbejderne?

De medarbejdere, der arbejder i enheden "Hverdagsrehabiliteringen", er generelt set stolte af de resultater, de skaber for borgerne. Terapeuterne når ud til en borgergruppe, de ellers kun havde begrænset kontakt til, og hjemmetrænerne oplever at give borgerne en bedre service, end de ellers ville have fået. De beskriver tilbuddet om hverdagsrehabilitering som en limousinemodel sammenlignet med den almindelige hjemmepleje. En heldig mulighed, som de borgere, der er tilknyttet projektet, får (3).

Hvad med kompetencerne?

Kompetenceudviklingen af medarbejderne i Hverdagsrehabiliteringen er sket ved, at terapeuterne og sygeplejersken har introduceret de nyansatte "hjemmetrænere" (social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere) til arbejdet med hverdagsrehabilitering i et tæt pakket ugeprogram. Herefter er kompetenceudviklingen sket i det tætte tværfaglige samarbejde om rehabilitering af de borgere, der er visiteret til projektet. Der har for hver borger været udpeget én ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) og to ansvarlige hjemmetrænere. Endvidere har der de første måneder været megen tid til rådighed for sparring, idet der kun har været få borgere tilknyttet enheden.

Effekten af "Hverdagsrehabilitering" i tal

Interne opgørelser fra Fredericia Kommune viser, at andelen af nye borgere i hjemmeplejen, der modtager tilbud om hverdagsrehabilitering frem for almindelig hjemmehjælp, er en tredjedel. Af de borgere, der er visiteret til hverdagsrehabilitering, har Hverdagsrehabiliteringen i løbet af godt to år afsluttet 404 borgere, hvoraf:

- 45 % er afsluttet til ingen hjælp
- 40 % er afsluttet til mindre hjælp, end de ellers ville have fået
- 15 % er afsluttet til samme hjælp, som de ellers ville have fået.

DSI & iTracks har udregnet ændringer i forbruget af hjemmeplejeydelser i perioden før og efter Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering. Det fremgår, at forbruget efter justering for andre besparelser på årsbasis falder med ca. 13 mio. kr., svarende til 13,9 % pr. borger i hjemmeplejen (1).

Implementering til den almindelige hjemmepleje

Fredericia Kommune besluttede i foråret 2010 at implementere hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmepleje. Der blev igangsat et to dages AMU-kursus for samtlige medarbejdere, og der blev udvalgt et hjemmeplejedistrikt til at afprøve en hverdagsrehabiliteringsmodel ved navn Trænende Hjemmehjælp.

Den model for Trænende Hjemmehjælp, som blev pilotafprøvet i foråret/sommeren 2010, har følgende centrale karakteristika:

- Eksisterende brugere af den kommunale hjemmepleje *revurderes* af Visitationen og visiteres til Trænende Hjemmehjælp (nye § 83-pakker) og/eller Støttende Hjemmehjælp (eksisterende § 83-pakker).
- Tilbuddet om Trænende Hjemmehjælp gives af de eksisterende kommunale hjemmeplejedistrikter, hvortil der tilknyttes 32 terapeuttimer pr. uge – og som hermed i grove træk kommer til at bestå af:
 - en leder
 - to planlæggere
 - seks sygeplejersker
 - to deltidsterapeuter (en fysioterapeut, en ergoterapeut)
 - seks social- og sundhedsassistenter
 - tredive "trænende hjemmehjælpere" (social- og sundhedshjælpere).
- Tilbuddet tilrettelægges ud fra en borgerplan med mål, handlinger og evalueringer: Målene opstilles af en ansvarlig visitator med afsæt i Fællessprog II. Handlingerne opstilles af en ansvarlig social- og sundhedshjælper med mulighed for sparring fra terapeut eller sygeplejerske (evt. assistent). Evalueringerne udarbejdes af social- og sundhedshjælper med mulighed for sparring fra terapeut eller sygeplejerske (evt. assistent).
- Tilbuddet udmøntes af en ansvarlig social- og sundhedshjælper med tilbud om sparring fra terapeuter eller sygeplejersker (evt. assistent).

Foreløbige erfaringer

Det fremgår af DSI's evaluering, at der er et stort potentiale i at arbejde rehabiliterende – også med de borgere, der i lang tid har været tilknyttet hjemmeplejen. Som eksempel på en borger, der har haft stor glæde af projektet, kan nævnes:

- En 60-70 årig mand, der i talrige år har været tilknyttet hjemmeplejen som følge af en ensidig lammelse, men som motiveres til at forsøge, om han kan klare dagligdagen selv. Manden var, mens han fik hjælp, tæt bundet til huset, fordi hjælpen kom både morgen, middag og aften. I løbet af få måneder indkøres nye rutiner, hvor manden selv står op, vasker sig og laver morgenmad, og hvor plejepersonalet trækker sig, efterhånden som manden bliver selvhjulpne. Manden fortæller, at han i starten var skeptisk, men nu er glad. Han er blevet mere aktiv og er lige så stille begyndt at afsøge muligheden for, via sin krykke, at komme ud af huset igen.

På baggrund af DSI's evaluering er det ikke muligt at drage endelige konklusioner om, hvor mange borgere der kan have nytte af en mere rehabiliterende indsats. Interne opgørelser efter 4½ måneds forsøgsperiode viser imidlertid, at 47/139 borgere har fået tilbud om Trænende Hjemmehjælp, og at 5/47 er afsluttet som selvhjulpne, mens 9 er afsluttet med "betydelig mindre hjælp", end før projektet startede.

DSI's evaluering (3) peger samtidig på, at der er et stort urealiseret potentiale i forsøgsdistriktet i form af borgere, der kan have glæde af et mere rehabiliterende tilbud – og medarbejdere, der kan arbejde ud fra en mere rehabiliterende tilgang.

Modeller for Hverdagsrehabilitering

Der findes mange forskellige måder, man kan organisere arbejdet med hverdagsrehabilitering på. Fredericia Kommune har afprøvet to.

Den oprindelige model: Fredericia Modellen for Hverdagsrehabilitering, har som sin klare styrke, at der er oprettet en ny organisatorisk enhed, der har haft som eksplicit formål at rehabiliter og afslutte borgerne. Der er en høj terapeutnormering, og der skabes gode borgerforløb i de veldefinerede borgerteams med én ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige "hjemmetrænere", der målrettet arbejder med hverdagsrehabilitering med afsæt i COPM (Figur 2).

Figur 2. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

COPM er et semistruktureret interviewredskab, der kan opfange borgerens egen opfattelse af sin aktivitetsudførelse over tid.

COPM anvendes ved starten af et forløb og igen med passende intervaller.

COPM anvendes til:

- at identificere borgerens problemområder inden for aktivitetsudførelse
- at vurdere, hvordan borgeren prioriterer sine daglige aktiviteter
- at vurdere borgerens udførelse og tilfredshed i forhold til disse områder.

COPM kan anvendes til effektmåling ved sammenligning af aktivitetsscore og tilfredshed over tid.

Fordelen ved COPM er, at den målrettet tager afsæt i borgerens motivation, så det sikres, at de områder, der arbejdes med, betyder noget for borgeren. COPM har desuden i forhold til Fællessprog II et mere eksplicit rehabiliterende sigte.

Fordelen ved de veldefinerede borgerteams med én ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige social- og sundhedshjælpere er det gode tværfaglige samarbejde, kontinuiteten i borgerforløbet og forankringen af det rehabiliterende fokus. Et særdeles væsentligt element i succes er den meget strukturerede metode, hvor der dagligt følges op på mål, herunder foretages den nødvendige og relevante justering af pleje- og træningsplaner.

Fordelen ved den specialiserede enhed er, at det er et attraktivt arbejdssted for terapeuter, at social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne er ansat som

hjemmetrænere, samt at enhedens økonomi og overlevelse afhænger af deres evne til at rehabiliterer.

Den nye model: Trænende Hjemmehjælp, udfordres af en række forskelligartede barrierer, herunder udbredte opfattelser i plejegruppen om, at:

- projektet ikke er noget nyt, da de altid har arbejdet med hjælp til selvhjælp
- at det er synd for borgerne, hvis de skal afsluttes fra den hjælp, de har fået i årevis – ikke mindst fordi hjemmeplejepersonalet ofte er borgerens eneste sociale netværk.

For de social- og sundhedshjælpere, der har oplevet positive borgerresultater som følge af projektet, er perspektivet et andet. De er blevet opmærksomme på de mange små ting, de gør for borgeren, som måske slet ikke er nødvendige – og på den potentielle værdi for borgeren af at blive afsluttet for hjælp.

Samtidig har arbejdsdelingen mellem visitatorer, terapeuter og social- og sundhedshjælpere vist sig mindre operationel, idet terapeuterne savner klare opgaver, herunder tydelige rammer for opgaver og ansvar i forhold til fx gruppelederen, og idet kun en mindre del af social- og sundhedshjælperne er trådt i karakter i rollen som tovholdere. Det er en barriere for mange social- og sundhedshjælpere, at de skal skrive på computeren, og de er – i modsætning til terapeuterne – ikke vant til at arbejde så struktureret med mål, opfølgning og tilpasning, som det kræves for at opnå vellykkede resultater. Andre barrierer, som Trænende Hjemmehjælp er oppe imod, handler om de incitamentsstrukturer, der er indlejret i den kommunale hjemmepleje, og i henhold til hvilke det hverken kan betale sig for den enkelte social- og sundhedshjælper eller den lokale gruppe/distriktsleder at afslutte borgerne. Det sker, fordi social- og sundhedshjælperens frihed til at tilrettelægge hjælpen ligesom distriktets økonomi er bundet op på en høj visiteret tid.

Samtidig fremgår det, at det kan være vanskeligt at etablere et tæt tværfagligt samarbejde i kulturer, hvor faggrupperne de sidste mange år har arbejdet parallelt. Det er nyt for terapeuterne, at de skal samarbejde med og integreres i hjemmeplejen, og når de ser mulighed for det, trækker de sig tilbage til det fælles kommunale genoptræningscenter. Ligeledes er det nyt for social- og sundhedshjælperne, at de kan sparre med terapeuterne – og når de ser mulighed for det og ikke "tvinges" ind i samarbejdet, foretrækker de at sparre med deres kolleger.

Hvordan skabes der succes med Hverdagsrehabilitering?

Det fremgår af DSI's analyse (3), at det kræver en stor indsats at omlægge arbejdet i ældreplejen, så det bliver aktivt rehabiliterende. Det daglige arbejde er indlejret i en masse strukturer, der faciliterer en mere passivt plejende og omsorgsgivende indsats af basispersonalet, som gør det vanskeligt at etablere et egentligt tværfagligt samarbejde om den enkelte borger.

Der, hvor arbejdet med hverdagsrehabilitering for alvor lykkes, er i de tilfælde, hvor:

- 1) Der etableres et tæt tværfagligt samarbejde i veldefinerede borgerteams med
 - én ansvarlig visitator
 - én ansvarlig terapeut
 - 1-2 ansvarlige social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter.
- 2) De overordnede organisatoriske strukturer og rammer er indrettet, så de understøtter det tværfaglige og rehabiliterende arbejde i disse borgerteams.

Fredericia Kommune har udviklet en effektiv model for Hverdagsrehabilitering (indsatsen over for nyvisiterede borgere), hvor de borgere, der vurderes at have rehabiliteringspotentiale, visiteres til et intensivt tilbud om hverdagsrehabilitering udført af en nyetableret, specialiseret enhed, hvor borgeransvarlige terapeuter udarbejder rehabiliteringsplaner med afsæt i COPM og sparrer tæt med borgeransvarlige social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælpere ansat som *hjemmetrænere*.

Fredericia Kommune arbejder fortsat med at finde en effektiv metode til at overføre tankerne og metoderne fra hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmepleje.

Økonomiske konsekvenser ud over besparelser på § 83-hjælpen

DSI & iTracks' evaluering har vist, at forbruget af hjemmeplejeydelser før og efter projekt Hverdagsrehabilitering på årsbasis er faldet med ca. 13 mio. kr., svarende til 13,9 % pr. borger i hjemmeplejen (1).

Der er stor enighed om, at det har været meget afgørende for succesen, at der fra begyndelsen var afsat ressourcer til at investere i den nødvendige udvikling af organisationen. I evaluering (3) har DSI analyseret de øvrige økonomiske konsekvenser med fokus på udgifter til medfinansiering af regionale sundhedsudgifter og personale udgifter i form af sygefravær. Fælles for de to analyseområder er, at der ikke ses gevinster på nogen af de to parametre.

For så vidt gælder de regionale sundhedsydelse, viser evalueringen, at der ses en tendens til, at mændene i perioden efter hverdagsrehabilitering generelt bruger væsentligt flere sundhedsydelse end kvinderne. Der findes ikke data, der kan forklare forskellen, men det er ikke desto mindre interessant.

I forhold til medarbejdervinklen med fokus på sygefraværet ses der heller ikke betydelige ændringer som følge af Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering. Sygefraværet i Hverdagsrehabiliteringsenheden falder det første år, men efter to år er det på niveau med den øvrige hjemmepleje.

Tværfaglighed i fokus

Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering giver samtidig konkret indhold til det tværfaglige samarbejde, der har været talt meget om, men det har vist sig vanskeligt at virkeliggøre i praksis. Rehabilitering af borgerne kræver anerkendelse af og respekt for faggruppernes forskellige kompetencer og fagligheder, ligesom det kræver, at hver faggruppe kan se sin egen rolle i samarbejdet. Tabel 1 giver et overblik over de fire fagligheder, der har været i spil i forhold til arbejdet med Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.

Tabel 1. Faggruppers kompetencer i forhold til Hverdagsrehabilitering

| Faggruppe | Kompetencer |
|---------------------------------|--|
| Social- og sundhedshjælpere | <p>Social- og sundhedshjælperen kan arbejde rehabiliterende med fokus på hjælp til selv-hjælp og motivere borgeren til egenomsorg med respekt for borgerens selvbestemmel-sesret. Har kendskab til hverdagsrehabilitering som metode til "hjælp til selvhjælp" i dagligdagsfunktioner – fx personlig pleje, fysisk vedligehold og praktiske daglige gøre-mål.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kan motivere og inddrage borgere til at tage del i træningsindsatsen• Kan udføre trænende hjemmehjælp på baggrund af andre faggruppers iværksatte træningsprogrammer• Kan medvirke til dokumentation af træningsindsats• Kan anvende ergonomiske principper, anvende hjælpemidler og relevante vel-færds-teknologier i træningsindsatsen |
| Social- og sundheds-assistenten | <p>Social- og sundhedsassistenten er uddannet til at have særlig fokus på træning, egen-omsorg og aktivitet i hverdagslivet. Social- og sundhedsassistenten kan vejlede og infor-mere borgeren om relevante tilbud inden for rehabilitering.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kan arbejde motiverende og ud fra sundhedspædagogiske overvejelser omkring hjemmetræningsindsatsen• Kan koordinere borgerforløb• Kan opstille mål og planlægge træningsindsatsen i borgerforløb og evt. inddrage andre faggrupper heri• Kan evaluere træningsindsatsen• Kan dokumentere træningsindsatsen• Kunne vejlede social- og sundhedshjælpere i forbindelse med opstilling og iværksæt-telse af træningsmål og udførelse af træningen omkring borgeren• Kan inddrage relevante hjælpemidler og velfærdsteknologi i træningsindsatsen |
| Fysioterapeuter | <p>Fysioterapeuten kan vurdere borgerens rehabiliteringspotentiale og igangsætte en træ-ningsindsats, som sikrer borgeren relevant fysisk kapacitet og hel eller delvis selvhjulp-enhed. Træningsindsatsen indbefatter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Undersøgelse og analyse af borgerens fysiske, psykiske og sociale ressourcer• Opstille træningsmål relateret til overordnede borgerdefinerede rehabiliteringsmål• Tilrettelægge træningsindsats• Initiere, supervisere og stimulere træningsindsatsen• Evaluere træningsindsatsen• Dokumentere træningsresultatet i form af en systematisk test af borgeren• Undervise hjemmetrænere og andre i borgerteamet• Lede og koordinere rehabiliteringsforløbet |
| Ergoterapeuter | <p>Ergoterapeuten kan vurdere borgerens rehabiliteringspotentiale og sammen med borge-ren opstille relevante mål og igangsætte et forløb, der styrker borgerens hverdagsaktivi-teter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aktivitetsanalyse ved hjælp af COPM (eller andet relevant aktivitetsanalyseredskab)• Tilrettelægge og igangsætte træningsindsatsen ud fra borgerens hverdagsaktiviteter, herunder ADL-færdigheder (Activities of Daily Living)• Vurdering af behovet for kompensation (hjælpemidler, boligændringer og velfærds-teknologi) og instruktion i brugen af samme• Lede og koordinere rehabiliteringsforløb• Vejledning, instruktion og supervision af andre faggrupper• Opfølgning, effektmåling og justering af mål og indsats ved hjælp af COPM (eller anden relevant metode)• Dokumentation, beskrivelse og evaluering af borgerforløb |

Opsamling på hovedkonklusioner fra evaluering 1-3

- At der er skabt gode resultater i den enhed, der er etableret til alene at udføre hverdagsrehabilitering til nyvisiterede borgere.
- At der ikke umiddelbart ses samme mængde af gode resultater, når hverdagsrehabilitering skal implementeres i de traditionelle hjemmeplejegrupper. Der konstateres en række barrierer, bl.a. i forhold til organisering, kultur, faglighed, ledelse og incitamentsstrukturer.
- At der er god effekt af sidemandsoplæring af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter ved terapeuter.
- At der ikke ses markant forskel på fagligheden (hverdagsrehabilitering) blandt social- og sundhedshjælperne og social- og sundhedsassistenterne i forhold til, om de har modtaget et kortere teoribaseret kursus, fx i AMU-regi, eller har fået sidemandsoplæring ved erfarne kolleger.
- At det er helt afgørende for vellykkede resultater, at der konstant og kontinuerligt arbejdes med mål og opfølgning for det enkelte borgerforløb.
- At det kræver høj datadisciplin og struktur at sikre et validt datagrundlag for vurdering af de økonomiske konsekvenser.
- Der er ikke umiddelbart økonomiske gevinster for Fredericia Kommunes medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter.
- At der ikke ses forskel på medarbejdertrivsel målt på kvantitative data som sygefravær.
- At det har stor betydning, at de positive resultater formidles bredt – også til borgerne – for at bevare borgernes positive tilgang til træning frem for hjemmehjælp.

Anbefalinger til vellykket implementering

Kommunernes Landsforening, FOA Fag og Arbejde, Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen har følgende anbefalinger på baggrund af erfaringerne fra Fredericia:

Den overordnede beslutning og målsætning skal være entydig og klar

Det er vigtigt, at de overordnede beslutninger træffes både politisk og på direktionsniveau, og at der derigennem skabes et ejerskab til projektet. Samtidig er det helt afgørende, at der opstilles helt tydelige og konkrete mål for udviklingsprojektet, at der løbende følges op på de konkrete mål, og at resultaterne formidles bredt til alle interessenter.

Det skal bl.a. afklares, om hverdagsrehabilitering skal være et tilbud til alle borgere, eller om det kun skal være et tilbud til nye borgere og/eller borgere, der reelt har potentiale. Endvidere skal det afklares, hvordan borgerne skal præsenteres for den nye indsats. Åbenhed og information om de gode resultater har stor betydning for borgernes motivation for at deltage i projektet.

I beslutningsgrundlaget skal det også være klart, hvordan økonomien skal skrues sammen, herunder hvilke forventninger og krav der er til besparelser og effektivitet. Det skal fastlægges, hvilken ramme der er til investering i projektet, og hvordan besparelserne bliver udmøntet – fx i form af en reduktion i antallet af medarbejdere, uddannelse osv.

Projektplaner og strategier er helt afgørende, ting tager tid, og koordineringsopgaven er stor

Projekt "længst muligt i eget liv" har trådt ind i alle de enkelte organisatoriske enheder på ældreområdet. Projektet har vist, at der er en række forskellige hensyn at tage og en række forskellige barrierer og muligheder i de enkelte enheder.

I planlægningen skal det gøres klart, præcis hvilken indsats der forventes af de enkelte enheder – både i form af leverede resultater (fx antal borgere i rehabiliteringsforløb) og i

form af leverede besparelser. Der skal samtidig systematisk følges op på, at hver del leverer sin part.

Det følger klart heraf, at ledelsesansvaret er stort. Der er behov for ledelsesmæssig bevågenhed på alle niveauer. Det skal være helt tydeligt, hvor projektet er på vej hen, og det skal synliggøres, når milepæle og resultater når i hus.

Kompetenceudvikling er nødvendig, men formen kan være meget forskellig

Hverdagsrehabilitering kræver kompetenceudvikling for samtlige personaler. Social- og sundhedsassistenterne og social- og sundhedshjælperne skal arbejde mere rehabiliterende end de har været vant til. Terapeuterne skal træne gennem en anden faggruppe, og det skal ske ved, at de aktivt påtager sig rollen med at lede det enkelte borgerforløb.

I forbindelse med planlægning af udviklingsprojektet skal det afgøres, hvordan og hvornår kompetenceudviklingen skal foregå. Det skal bl.a. afklares, hvordan og hvorvidt der skal gøres brug af teoribaseret undervisning, om den teoribaserede undervisning skal være fælles eller faggruppeopdelt, og om kompetenceudviklingen skal gøre brug af interne eller eksterne undervisere. En mulighed er også at tilrettelægge kompetenceudviklingen som led i et organisationsudviklingsprojekt, hvor det er de samme terapeuter, der fremadrettet skal samarbejde med plejepersonalet, som forestår undervisningen.

Uagtet hvilken model, der vælges, er det vigtigt at overveje, hvordan kompetenceudviklingen efterfølgende forankres. Hvilke nye rutiner, opgaver og samarbejdsflader skal understøtte, at de nye kompetencer tages i anvendelse? Det er centralt for udbyttet, at relationen til de ønskede organisationsændringer er gennemtænkt. Derfor bør kompetenceudvikling tænkes ind, så den understøtter de planlagte organisationsforandringer. Kompetenceudvikling gør det ikke alene.

Faglig ledelse og ledelse af det enkelte borgerforløb

Endelig er det vigtigt at tage stilling til, hvordan det rehabiliterende arbejde skal organiseres i praksis. Hvad er det for en model for hverdagsrehabilitering, man ønsker at arbejde med?

Erfaringerne fra Fredericia Kommune peger klart på, at det er en fordel at etablere en ny enhed, der udelukkende arbejder med rehabilitering, og som samler terapeuter og hjemmetrænere i veldefinerede borgerteams med én ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige hjemmetrænere, der arbejder rehabiliterende med afsæt i COPM.

Overvejes implementering til den samlede hjemmepleje skal man være opmærksom på, at det endnu er et åbent spørgsmål, hvordan arbejdet hensigtsmæssigt kan tilrettelægges. Alle tiltag vil have karakter af forsøg og bør derfor tilrettelægges med trinvis udvikling, mulighed for læring og systematisk dokumentation af positive resultater.

Styring og dokumentation af indsats og resultater

Det er en vigtig pointe løbende at monitorere på de parametre, der er væsentlige for udviklingsprojektet. Her tænkes både på økonomi, faglige resultater og medarbejdernes udvikling og trivsel.

For at der kan påvises en økonomisk effekt, er det en vigtig pointe, at der sker en tæt registrering af:

- De borgere, der er målgruppe for interventionen
- De borgere, der er blevet kontaktet med henblik på at modtage interventionen
- De borgere, der har modtaget interventionen
- De ydelser, borgeren specifikt har modtaget
- Det personale, der har leveret den relevante ydelse
- De outcomes, man ønsker at opnå (fx et afsluttet forløb).

Det er endvidere nødvendigt, at effekterne af interventionen holdes op mod de effekter, som man opnår uden interventionen. Det sker bedst i et forsøgsdesign, hvor det via tilfældighed afgøres, om borgerne visiteres til hverdagsrehabilitering eller ej. Alternativt kan man

arbejde med en trinvis implementering, hvor arbejdet med hverdagsrehabilitering starter i ét distrikt og først senere implementeres i de øvrige. Er det ikke muligt, kan man sammenligne med året før – hvilket imidlertid forudsætter, at der året før er foretaget en tilsvarende registrering, herunder af hvilke borgere der er målgruppe for interventionen.

Litteratur

- 1) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 2) Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering: Notat udarbejdet til Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 3) Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- 4) Fredericia Kommune. 2011; Available at: <http://www.fredericiakommune.dk/eggetliv/topmenu/forside/>. Accessed 0823, 2011.
- 5) Månsson M, Hansen H. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg; 2007.