

Hverdagsrehabilitering i praksis

Erfaringer fra Fredericia 2008-2010

Abstract

Fredericia Kommune, Danmark, har gode erfaringer med Hverdagsrehabilitering. Her samarbejder ergoterapeuter og fysioterapeuter med basispersonalet i hjemmeplejen om rehabilitering af de ældre borgere, så borgerne videst muligt kan klare sig uden offentlig hjælp og støtte. Dansk Sundhedsinstituts (DSI) evalueringer peger på, at Hverdagsrehabilitering er et kvalitetstilbud med positive effekter for såvel borgere som medarbejdere og kommuneøkonomi. Spørgsmålet er, hvad der skal til for at indføre en ordning med hverdagsrehabilitering i andre kommuner.

AV PIA KÜRSTEIN KJELLBERG, JAKOB KJELLBERG, RIKKE IBSEN, LOUISE THULE CHRISTENSEN



Pia Kürstein Kjellberg er senior prosjektleder ved Dansk Sundhedsinstitut (DSI). Pia er cand.scient.adm. og ph.d. Hun har siden 1995 beskjeftiget seg med ledelse og organisasjon i helsevesenet. Hun fungerer i dag som koordinator for forskningsområdet allmenn praksis.



Jakob Kjellberg er utdannet helseøkonom fra University of York og har femten års erfaring med gjennomføring av evalueringer i helsevesenet. Fokus for evalueringene spenner fra vurderinger av legemidlers omkostningseffektivitet til avregningssystemers konsekvenser for indikasjonsskred og ventelisteutvikling. Jakob Kjellberg har tidligere arbeidet i Verdensbanken og på Hvidovre Hospital.



Rikke Ibsen er utdannet cand.scient fra Aarhus Universitet og har erfaring med forskning innen helseøkonomi og arbeidsmarkedsøkonomi. Rikke Ibsen har sitt eget firma som utfører forskning og evaluering innenfor disse områdene. Tidligere har hun vært ansatt ved Psykiatrisk Hospital i Risskov og Nationaløkonomisk Institut på Aarhus School of Business, Aarhus Universitet.



Louise Thule Christensen er Rehabiliteringssjef i Fredericia kommune. Hun er utdannet fysioterapeut og cand. scient. i helse. Hun er prosjektleder for prosjektet Lengst mulig i eget liv. Nå arbeider hun med å planlegge og utføre kommunens stjerneprojekt: Fredericia Former Fremtiden. Formålet med prosjektet er å utvikle radikalt nye måter å arbeide på, særlig innenfor eldrerelaterte områder.

Hvad er hverdagsrehabilitering?

Hverdagsrehabilitering er defineret som en indsats, der bedrives i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller forebygge forringelse af sine funktioner og evner. Hverdagsrehabilitering har hjemmeplejens personale som «basis», fysio- og ergoterapeuter som «motor» og sygeplejersker/hjemmeplejeledere som samarbejdspartnere (1).

Ideen om Hverdagsrehabilitering udspringer fra den svenske by Östersund, der i mange år har arbejdet med det, som de kalder «hemrehabilitering». I Danmark var Fredericia Kommune en af de første kommuner, der igangsatte et systematisk arbejde med at udvikle, afprøve og evaluere en model for Hverdagsrehabilitering. DSI har evalueret projektet ved hjælp af kvalitative såvel som kvantitative metoder. Vi har beskrevet de ændringer, som Hverdagsrehabilitering har medført for kommune, medarbejdere og borgere (2,3), og vi har undersøgt projektets besparelspotentiale (3,4).

Hvorfor hverdagsrehabilitering?

Interessen for Hverdagsrehabilitering skal ses i lyset af den demografiske udvikling, hvor der bliver flere ældre, og der rejses spørgsmål, om det også i fremtiden vil være muligt at opretholde det nuværende serviceniveau. Der er interesse for nye løsninger, der kan fastholde eller forbedre det nuværende serviceniveau indenfor en uændret ressourceramme. Det viser DSIs evalueringer af udviklingsarbejdet i Fredericia Kommune, at Hverdagsrehabilitering kan. Derfor er det også relevant at se nærmere på, hvordan Fredericia Kommune har arbejdet med Hverdagsrehabilitering.

To modeller for hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune

For at forstå Fredericia Kommunes arbejde med Hverdagsrehabilitering er det vigtigt at forstå, at kommunen arbejder

med to forskellige modeller for hverdagsrehabilitering.

Den første model, Hverdagsrehabilitering, er målrettet de nye borgere, der henvender sig til kommunen med behov for hjælp og støtte i hjemmet. I stedet for – som vanligt – at visitere disse borgere til almindelig hjemme-hjælp, visiteres de til Hverdagsrehabilitering: et tværfagligt tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø, leveret af en nyoprettet, specialiseret hjemmeplejegruppe med særlig høj terapeutnormering.

Den anden model, Trænende Hjemmehjælp, er målrettet de borgere, der i kortere eller længere tid har været tilknyttet den kommunale hjemmepleje. I stedet for – som vanligt – at fortsætte hjælpen på ubestemt tid, foretages en revisitering af samtlige borgere, og de borgere, der vurderes at have rehabiliteringspotentiale, visiteres til «Trænende Hjemmehjælp»: et tværfagligt tilbud om rehabilitering i eget hjem, leveret af den eksisterende kommunale hjemmepleje, der er tilført ekstra terapeutressourcer.

Den første model (Hverdagsrehabilitering) blev udviklet i 2008, pilotafprøvet i 2009 og overgik d. 1.1.2010 til almindelig drift. DSI foretog sin første kvalitative devaluering i efteråret 2008 (2 Kjellberg, P. Kürstein 2010) og gennemførte sin egentlige modevaluering i 2010 (8 Kjellberg, P.Kürstein 2011; 15 Kjellberg, P. Kürstein 2011; 4 Kjellberg, J. 2010).

Den anden model (Trænende Hjemmehjælp) blev udviklet og pilotafprøvet i 2010 og er siden videreudviklet til en endelig version. DSI foretog sin første kvalitative devaluering i efteråret 2010 (8 Kjellberg, P.Kürstein 2011; 15 Kjellberg, P.Kürstein 2011) og vil i kalenderåret 2012 gennemføre en egentlig modevaluering.

Model 1, Hverdagsrehabilitering

Den model for Hverdagsrehabilitering, der er udviklet, afprøvet og implementeret i Fredericia Kommune – og som i henhold til DSIs evalueringer har positive effekter for borgere såvel som medarbejdere og kommuneøkonomi, har følgende konkrete kendetegn:

- Nye borgere der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet visiteres til Hverdagsrehabilitering (§86 uden krav om frit valg) frem for almindelig hjemmehjælp (§83 med krav om frit valg) hvis visitator vurderer, at de har rehabiliteringspotentiale
- Tilbuddet gives af en nyetableret gruppe under Plejen, som kaldes «Hverdagsrehabiliteringen», og som i runde tal består af:
 - en leder
 - en planlægger
 - tre terapeuter (en fysioterapeut, to ergoterapeuter)
 - en sygeplejerske
 - tolv «hjemmetrænere» (seks social- og sundhedsassistenter, seks social- og sundhedshjælper)
- Tilbuddet tilrettelægges ud fra en individuel rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer
 - Mål opstilles af en ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) med afsæt i COPM (Tabel 1)
 - Handlinger opstilles af en ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) med afsæt i 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 indenfor 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 aktivitetscore og tilfredshed over tid.

Tabel 1. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

- Evalueringer udarbejdes af den ansvarlige terapeut og/eller hjemmetræner
- Tilbuddet udmøntes af 1-2 ansvarlige hjemmetrænere under tæt supervision af en ansvarlig 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

Hvad er forskellen i praksis?

DSI har undersøgt forskellen mellem Hverdagsrehabilitering og almindelig hjemmehjælp ved parallelle observationer og interview i Hverdagsrehabiliteringen og den almindelige hjemmepleje (2 Kjellberg, P. Kürstein 2010). Det fremgår af DSI's undersøgelse, at Hverdagsrehabilitering adskiller sig fra almindelig hjemmepleje på en række væsentlige punkter, herunder formål, fokus og tid:

- **Formål:** Hvor arbejdet i den almindelige hjemmepleje tager udgangspunkt i de mål, der er formuleret af kommunen med afsæt i borgerens rettigheder (eks. hjælp til personlig pleje), tager arbejdet med hverdagsrehabilitering udgangspunkt i de mål, der er formuleret af borgeren med afsæt i COPM (eks. at gå en tur).
- **Fokus:** Hvor medarbejderne i den almindelige hjemmepleje er optaget af at løse opgaverne 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.

Eksempler på borgerresultater

DSIs evaluering giver flere eksempler på borgere, der er blevet mere selvhjulpne og har set det som en stor værdi at deltage i projekt Hverdagsrehabilitering (2 Kjellberg, P. Kürstein 2010; 8 Kjellberg, P. Kürstein 2011). Et eksempel er:

faglig

- En midaldrende dame, der på baggrund af COPM definerede 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 midaldrende dame til selv at klare sit personlige toilette, 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 med hverdagsrehabilitering, 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 almindelige hjemmepleje. En heldig mulighed, som de borgere, der er tilknyttet projektet, får (3).

Effekten i tal

Interne opgørelser fra Fredericia Kommune viser, at andelen af nye borgere i hjemmeplejen, der modtager tilbud om hverdagsrehabilitering frem for almindelig hjemmepleje, er 1/3. Fredericia Kommune har i løbet af godt to år afsluttet 404 borgere, hvoraf

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

DSI & iTrakcs har udregnet besparelspotentialet ved Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering efter et år. Det fremgår, at besparelspotentialet ligger i størrelsesordenen af 13 mio. kr./år, svarende til 13,9 procent pr. borger i hjemmeplejen (4).

Det har ikke været muligt at påvise en effekt af Hverdagsrehabilitering på borgernes forbrug af sundhedsydelser i det sekundære sundhedsvæsen. Det har heller ikke været muligt at påvise en langtidseffekt af Hverdagsrehabilitering på medarbejdernes sygefravær (4).

Model 2, Trænende Hjemmehjælp

Fredericia Kommune har siden foråret 2010 arbejdet med at implementere hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmepleje ved hjælp af projekt Trænende Hjemmehjælp. Den model, der blev pilotafprøvet i 2010, og som har været genstand for DSIs evaluering, har følgende konkrete kendetegn:

- 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/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
- 30 «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)

Fredericia Kommune har siden revideret den model for Trænende Hjemmehjælp, der er implementeret i øvrige distrikter. Væsentlige ændringer omfatter blandt andet, at det ikke længere er visitator, der opstiller de rehabiliterende mål, men rehabiliteringsansvarlige terapeuter, sygeplejersker eller assistenter ansat i det lokale hjemmeplejedistrikt.

Forskelle i praksis

På det tidspunkt, hvor Trænende Hjemmehjælp blev pilotafprøvet, var erfaringerne blandede. På den ene side havde projektet vigtige positive resultater i form af borgere, der var blevet mere selvhjulpne og så det som en stor værdi at slippe for de mange daglige besøg fra hjemmeplejen. På den anden side viste DSIs evaluering, at der var et stort urealiseret potentiale i forsøgsdistriktet i form af borgere, der kunne have glæde af et mere rehabiliterende tilbud – og medarbejdere, der kunne arbejde ud fra en mere rehabiliterende tilgang.

Forskellen i tal

Interne opgørelser efter 3,5 måned viste, at 47/139 borgere havde fået tilbud om Trænende Hjemmehjælp, og at 20/47 var afsluttede fra projektet. Heraf var fem borgere afsluttet som selvhjulpne, mens ni var afsluttet med «betydelig mindre hjælp» end før projektet startede.

Eksempler på borgerresultater

Et eksempel på en borger, der havde set det som en stor værdi at slippe for de mange daglige besøg fra hjemmeplejen, var

- En midaldrende mand, der i talrige år havde været tilknyttet hjemmeplejen som følge af en ensidig lammelse, men som i forbindelse med projektet blev motiveret til at forsøge, om han kunne 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 med Trænende Hjemmehjælp blev der imidlertid indkørt nye rutiner, hvor manden selv stod op, vaskede sig og lavede morgenmad – og hvor plejepersonalet trak sig efterhånden, som manden blev mere selvhjulpne. Manden fortalte ved interview, at han i starten var skeptisk men nu var glad. Han var blevet mere aktiv og var lige så stille begyndt at afsøge muligheden for, via sin krykke, at komme ud af huset igen.

Diskussion, Modeller for Hverdagsrehabilitering

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

Den oprindelige model, Hverdagsrehabilitering, har som sin klare styrke, at der er oprettet en ny organisatorisk enhed, der har haft som eksplicit formål at rehabilitere og afslutte borgerne. Der er en høj terapeut-normering, og der skabes gode borgerforløb i de veldefinerede borgerteams med én ansvarlig terapeut og én til to ansvarlige «hjemmetrænere», der målrettet arbejder med hverdagsrehabilitering med afsæt i COPM.

Fordelen ved COPM er, at den målrettede tager afsæt i borgerens motivation, så det sikres, at de områder, der arbejdes med, er områder, der betyder noget for borgeren.

Fordelen ved de veldefinerede borgerteams med én ansvarlig terapeut og én til to ansvarlige social- og sundhedshjælpere er det gode tværfaglige samarbejde, kontinuiteten i borgerforløbet og forankringen af det rehabiliterende fokus.

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 rehabilitere.

Den nye model: Trænende Hjemmehjælp, udfordres på undersøgelsestidspunktet 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 afsluttes for hjælp.

Samtidig har arbejdsdelingen mellem visitatorer, terapeuter og social- og sundhedshjælpere vist sig mindre operationel, idet terapeuterne savner klare opgaver, og kun en mindre del af social- og sundhedshjælperne er trådt i karakter i rollen som tovholder. Det er en barriere for mange, at de skal skrive på computeren, og de er – i modsætning til terapeuterne – ikke vant til at arbejde efter mål.

Andre barrierer, som Trænende Hjemmehjælp er oppe imod, handler om de incitamentstrukturer, der er indlejret

i den kommunale hjemmepleje, og i henhold til hvilke det hverken kan betale sig for den enkelte social- og sundhedshjælper/social og sundhedsassistent eller den lokale gruppe/distriktsleder at afslutte borgerne. Det sker, fordi hjælperens frihed ligesom distriktets økonomi er bundet op på en høj visiteret tid.

Endelig 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.

Hvad kræver 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 – og 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
 - én til to 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, 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 arbejdede fortsat på undersøgelsestidspunktet med at finde en effektiv metode til at overføre tankerne og metoderne til hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmepleje.

Anbefalinger til andre kommuner

Anbefalinger til andre kommuner, der overvejer at igangsætte projekter, der minder om Fredericia Kommunes projekt er først og fremmest at afsætte de nødvendige ressourcer op front. Det gælder økonomisk, og det gælder ledelsesmæssigt.

Økonomisk har det været en væsentlig pointe, at Fredericia Kommune har været villig til at investere i

udvikling. Der er bevilget 1.5 million til projekt Længst Muligt i Eget Liv (det overordnede udviklingsprojekt, som Hverdagsrehabilitering er del af), frigjort 6.5 million til Hverdagsrehabiliteringen og afsat 4 million til Trænende Hjemmehjælp. Alle bevillinger er givet med aftale om tilbagebetaling, og det har været med til at fastholde fokus i projektet. Samme princip har kendetegnet tilbuddet til borgerne. Her gives en investering i tid i starten af et rehabiliteringsforløb med forventning om senere at kunne skære i tidsforbruget.

Ledelsesmæssigt skal det samtidig ikke underkendes, hvad udviklingsprojektet i Fredericia Kommune har krævet. Der er ansat en rehabiliteringschef (ny stilling) til implementering af projektet, og projektet har krævet al ledergruppens tid gennem de seneste tre år. Det er muligt, at andre kommuner ikke på samme måde vil skulle opfinde den dybe tallerken, som Fredericia Kommune har gjort. Implementering af et projekt, der går på tværs af etablerede søjler og faggrupper, og som vedrører omlægning af store medarbejdergruppers daglige arbejdsrutiner, kræver imidlertid stærk og tydelig ledelse – og det hele vejen ned gennem det organisatoriske hierarki.

Anbefaling nummer to er konsekvent at fremhæve og fastholde, at der er tale om et kvalitetsprojekt, der skal skabe positive resultater for både borgere, medarbejdere og kommuneøkonomi. Dette har været den vedvarende rettesnor for Fredericia Kommune, og en væsentlig del af årsagen til, at projektet er en succes. Projekt Længst Muligt i Eget Liv har et tydeligt værdigrundlag: en klar holdning til at projektet skal være en fordel for alle. Det er med til at overbevise borgere og medarbejdere om, at projektet er en god ide – og det er med til at fastholde fokus i projektet, når udfordringer opstår og skal imødekommes.

Anbefaling nummer tre er at tilrette projektet som et udviklingsprojekt med trinvis udvikling, mulighed for læring og systematisk dokumentation af positive resultater.

Med *trinvis udvikling* forstås, at ændringerne ikke gennemføres i hele organisationen på én gang, men at man starter med en mindre gruppe borgere og medarbejdere – for eksempel alle nye borgere, som man valgte i forbindelse med projekt Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune – eller et enkelt eller to distrikter, som Fredericia valgte i forbindelse med projekt Trænende Hjemmehjælp.

Med *plads til læring* forstås, at de modeller der udvikles, afprøves i en kortere periode, hvorefter de evalueres og justeres, og først når de fungerer tilfredsstillende, gøres til genstand for en egentlig vurdering af, om de er effektive. Det kan kræve flere forsøg at finde den rette model. Det vigtige er, at udviklingsarbejdet fortsætter, til der er fundet et godt og velfungerende resultat, der både giver tilfredse medarbejdere, ledere og borgere.

Med *systematisk dokumentation* forstås løbende dokumentation af projektets mere og/eller mindre positive resultater. Monitorering er vigtig for at fastholde udviklingen på rette spor, og synliggørelse af positive resultater kan bruges som løftestang for den videre udvikling.

Anbefaling nummer fire er at forankre rehabiliteringsarbejdet i veldefinerede borgerteams med en ansvarlig visita-

tor, en ansvarlig terapeut, hjemmesygeplejerske eller social- og sundhedsassistent og en til to ansvarlige social- og sundhedshjælpere. Social- og sundhedshjælperne, som er den store gruppe af medarbejdere i hjemmeplejen, der dagligt kommer hos borgerne, må nødvendigvis være kerne i det rehabiliterende arbejde. For at de imidlertid kan ændre deres rutiner og fastholde det rehabiliterende fokus, som er svært og nyt for denne gruppe, er det vigtigt at der udpeges en ankerperson med ansvar for at følge op på og drive udviklingen. Terapeuter er særdeles kompetente i denne funktion. Den store gruppe af hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsassistenter repræsenterer imidlertid en ressource, som i større omfang kan mobiliseres. Forudsætningen er, at de samles i et tværfagligt team, hvor der også er terapeuter, og eksplicit gives ansvar for denne opgave.

Anbefaling nummer fem er at understøtte borgerteamene med gode fysiske rammer og tydelig ledelse fra den lokale distriktsleder og dennes planlægger. For at den store gruppe af social- og sundhedshjælpere kan omlægge deres arbejde, så det bliver aktivt rehabiliterende, er det vigtigt, at de ikke ender i et krydspres, hvor terapeuter, hjemmesygeplejersker, leder og planlægger stiller hver deres krav til det rehabiliterende arbejde. Distriktslederen må samle gruppen og tilbyde såvel det tværfaglige team som den store gruppe af social- og sundhedshjælperen tydelig ledelse, hvor det fremgår, at rehabilitering er et mål, der aktivt følges op på. Distriktslederen må endvidere via sin planlægger sørge for, at borgerteamene gives de bedst mulige betingelser for at samarbejde, herunder at der er en effektiv mødestruktur og mulighed for løbende dialog mellem den ansvarlige terapeut, hjemmesygeplejerske eller social- og sundhedsassistent samt de en til to ansvarlige social- og sundhedshjælpere. □

Læs mere

DSI har flere projekter, der handler om Hverdagsrehabilitering, herunder evalueringer af tilsvarende projekter i Esbjerg og Odense. Du kan læse mere om DSI's projekter og publikationer her: http://dsi.dk/dsi_kan/satsningsomraader/hverdagsrehabilitering/

Referencer

- (1) Månsson M, Hansen H. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg; 2007.
- (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) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.