



## Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune

### 1. devaluering

*Notat udarbejdet til Fredericia Kommune*

Pia Kürstein Kjellberg

Dansk Sundhedsinstitut

September 2010

## Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

### **Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010**

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**

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-657-0 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2672

Design: DSI

# Forord

Der er pres på ældreplejen i de danske kommuner. Tiden taler for ombygning snarere end udbygning. I takt med at der kommer flere ældre og færre til at passe og pleje dem, er der opstået interesse for teknologier, der kan virke arbejdskraftbesparende og fastholde et højt serviceniveau. En af disse teknologier er kendt som "Hverdagsrehabilitering" – forstået som en social indsats, der bedrives i den ældre borgers hjem eller nærmiljø, med det formål at få den ældre borger til videst muligt selv at klare sig i hverdagen.

Fredericia Kommune var en af de første kommuner i Danmark, der begyndte at arbejde med hverdagsrehabilitering. Allerede i oktober 2008 modtog de første borgere i Fredericia Kommune tilbud om hverdagsrehabilitering frem for almindelig hjemmehjælp.

DSI foretog i december 2008 en kortlægning af de tidlige erfaringer med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. Kortlægningen blev udarbejdet efter opdrag fra Fredericia Kommune som første skridt i et mere omfattende evalueringsprogram, hvor DSI i samarbejde med iTracks vil følge og dokumentere arbejdet med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.

På grund af den store interesse, der siden er opstået for hverdagsrehabilitering i de danske kommuner, har DSI og Fredericia Kommune besluttet at offentliggøre det interne notat, der afrapporterer DSI's ovennævnte kortlægning (1. devaluering) af de tidlige erfaringer med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. Notatet beskriver, hvad der kendetegner den specifikke "Fredericiamodel" for hverdagsrehabilitering, der i dag er blevet del af kommunens almindelige drift. Notatet illustrerer desuden det store arbejde, der har været med udvikling og implementering af hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.

Samtidig med offentliggørelsen af DSI's 1. devaluering af de tidlige erfaringer med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune offentliggøres DSI og iTracks' analyse af projektets økonomiske konsekvenser<sup>1</sup>. I februar 2011 forventes endvidere offentliggjort en analyse af hverdagsrehabilitering set ud fra et personalepolitisk perspektiv. Her undersøger vi mere konkret, hvad der skal til for at opnå gunstige resultater for både medarbejdere, borgere og kommunal økonomi.

Stor tak til ledere og medarbejdere i Fredericia Kommune for at stille op til observation og interview. Tak også for den åbenhed, det kræver at lade det interne notat offentliggøre.

*Jes Søgaard*  
*Direktør, professor*  
*Dansk Sundhedsinstitut*

---

<sup>1</sup> Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. Dansk Sundhedsinstitut og iTracks, 2009.



# Indholdsfortegnelse

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Forord .....                                          | 3  |
| Resumé .....                                          | 7  |
| Introduktion.....                                     | 13 |
| Hverdagsrehabilitering fra idé til pilotprojekt ..... | 15 |
| Projekt Længst Muligt i Eget Liv .....                | 15 |
| Delprojekt Hverdagsrehabilitering .....               | 16 |
| Pilotprojekt Hverdagsrehabilitering .....             | 18 |
| Opsummering.....                                      | 20 |
| Hverdagsrehabilitering i pilotprojektet .....         | 21 |
| Arbejdets organisering .....                          | 21 |
| Hjemmetræning versus hjemmehjælp .....                | 28 |
| Måltal og måltalsopfyldelse .....                     | 38 |
| Borger- og medarbejdertilfredshed .....               | 38 |
| Opsummering.....                                      | 41 |
| Hverdagsrehabilitering i fremtiden .....              | 43 |
| Forventninger og forhåbninger .....                   | 43 |
| Analyse og diskussion .....                           | 46 |
| Uddybning af problemstillinger .....                  | 48 |
| Konklusion .....                                      | 53 |
| Bilag 1. Dataoversigt .....                           | 55 |



# Resumé

Ældreområdet er blevet et økonomisk problembar for de danske kommuner. De kommunale udgifter stiger, i takt med at der bliver flere ældre, og da der samtidig stilles krav om nulvækst i budgettet, er gode råd dyre. Temaet for de årlige budgetforhandlinger er nedskæringer på vigtige velfærdsområder som børn, skoler og ældre. Selv om de færreste ønsker nedskæringer, er konsekvensen uundgåelig, når ældreudgifterne stiger, og budgettet skal holdes.

Stillet over for udsigten til årligt tilbagevendende krav om nedskæringer valgte Fredericia Kommune i 2007 at igangsætte et udviklingsprojekt, hvis formål var at vende den negative udgiftsspiral på ældreområdet. Ideen bag projektet var simpel og tog form af en påstand om, at kommunens tilgang til ældrearbejdet for ensidigt var præget af at kompensere de ældre for funktionstab. Kommunerne skal i henhold til Lov om Social Service, § 83 give tilbud om personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet til de borgere, der på grund af midlertidig eller varig nedsat fysisk eller kognitiv funktionsevne ikke kan klare opgaverne selv. Ved ensidigt at fokusere på at kompensere de ældre for funktionstab påstod Fredericia Kommune imidlertid, at de indirekte kom til at pacificere de ældre og gøre dem afhængige af kommunale serviceydelser. I Projekt Længst Muligt i Eget Liv ville kommunen derfor omlægge det samlede kommunale ældrearbejde, så de ældre i stedet blev mødt ud fra et spørgsmål om, hvordan de bedst kunne sættes i stand til selv at klare opgaverne. Sæt om man hermed kunne gøre flere borgere selvhjulpne? Det ville være til glæde for borgerne, der ikke så tidligt ville blive afhængige af de kommunale serviceydelser. Og det ville være til glæde for kommunen, der hermed ville kunne dæmme op for de stigende ældreudgifter og undgå uønskede nedskæringer.

DSI og iTracks har foretaget en analyse, der indikerer, at Projekt Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune er en faglig og økonomisk succes<sup>1</sup>. Der ses et fald i det samlede forbrug af plejeydelser før og efter projektet, og beregninger af de samlede omkostninger til personlig og praktisk hjælp i før- og efter-perioden viser en reduktion på ca. 15 mio. kr. Projekt Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune fremstår som en økonomisk succes, og der er stor offentlig interesse i at vide, hvori succesen nærmere bestemt består.

DSI udarbejdede i januar 2009 et internt notat til Fredericia Kommune, der skulle dokumentere arbejdet i et ud af fem planlagte delprojekter under Projekt Længst Muligt i Eget Liv. Projektet hed Hverdagsrehabilitering, og det var det eneste delprojekt, der reelt var startet på undersøgelsestidspunktet. Formålet med Projekt Hverdagsrehabilitering var at forsinke entreen i plejen ved at udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, der var inspireret af Östersundmodellen. Östersundmodellen er en model for tværfaglig rehabilitering i hjemmet, der med tilsyneladende succes har været afprøvet i den svenske hjemmepleje i og omkring Östersund.

I dette notat offentliggøres DSI's analyse af projekt hverdagsrehabilitering halvanden måned efter igangsættelsen af et pilotprojekt, der skulle afprøve den særlige Fredericiamodel for hverdagsrehabilitering. Notatet giver indblik i det arbejde, der tilbage i december 2008 foregik i Fredericia Kommune inden for rammerne af Projekt Længst Muligt i Eget Liv. Det viser, hvad det er for en model for hverdagsrehabilitering, der i 2008 var under udvikling i Fredericia Kommune, og giver pejlemærker for et videre analysearbejde.

## Formål

Formålet med notatet har været at dokumentere arbejdet i Projekt Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune i december 2008 og at give input til justering af projektet i februar 2009.

## Baggrund

Projekt Hverdagsrehabilitering var i 2008 et ud af fem planlagte delprojekter under Projekt Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune, og det var det eneste delprojekt, der var igangsat på undersøgelsestidspunktet. Formålet med delprojektet var at forsinke entreen i plejen ved at udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, der var inspireret af Östersundmodellen. En tværfaglig projektgruppe havde udviklet en model, der skulle afprøves i et pilotprojekt, hvorefter pilotprojektet skulle opløses, og Fredericiamodellen for hverdagsrehabilitering implementeres i den samlede hjemmepleje.

## Metode

DSI baserede sin evaluering på observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale udleveret af deltagerne i pilotprojektet. Der blev foretaget tre analyser:

- ◆ En analyse af opdraget for pilotprojektet i form af en gennemgang af projektbeskrivelserne for projekt Længst Muligt i Eget Liv, projektbeskrivelsen for delprojekt Hverdagsrehabilitering og bogen "Hemrehabilitering" der beskriver erfaringerne med hverdagsrehabilitering i Östersund.
- ◆ En analyse af arbejdet med hverdagsrehabilitering baseret på observation og interview med medarbejdere og ledere i pilotprojektet, observation og interview med medarbejdere i et almindeligt hjemmeplejedistrikt, interview med fire borgere, gennemgang af journaler for borgere i pilotprojektet samt oplysninger om, hvor mange borgere der på evalueringstidspunktet var afsluttet fra pilotprojektet.
- ◆ En diskussion af pilotprojektets fremtid baseret på interview med medarbejdere og ledere i pilotprojektet, delprojekt Hverdagsrehabilitering og Projekt Længst Muligt i Eget Liv.

## Opdraget for pilotprojektet

Analysen af pilotprojektets opdrag viser, at der er tæt sammenhæng mellem Projekt Længst Muligt i Eget Liv og delprojekt Hverdagsrehabilitering. Selv om delprojekt Hverdagsrehabilitering kun udgør ét ud af fem planlagte delprojekter, er det det delprojekt, hvis formål og metode i størst omfang er sammenfaldende med formålet for Projekt Længst Muligt i Eget Liv.

- ◆ Projekt Længst Muligt i Eget Liv vil udvikle, afprøve og evaluere en ny model for samspil mellem den ældre borger og kommunen om rehabilitering, som handler om, hvordan de fysiske, sociale og kognitive evner kan fastholdes og styrkes, så den aldersbetingede svækkelse udskydes, og den ældre borger får en højere livskvalitet samtidig med, at tidspunktet for, at den ældre borger får brug for kompenserende hjælp og personlig pleje, forsinkes.
- ◆ Delprojekt Hverdagsrehabilitering vil forsinke entreen i plejen ved at udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, der er inspireret af Östersundmodellen.
- ◆ Östersundmodellen for hverdagsrehabilitering er en indsats, der bedrives i brugerens hjem og nærmiljø med det formål, at brugeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af sine funktioner og evner. Den har hjemmeplejepersonalet som basis, fordi mange af de brugere, som er relevante for hverdagsrehabilitering, har hjemmepleje. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er imidlertid med deres specifikke kompetencer motor i at drive og udvikle rehabili-

teringsarbejdet i samarbejde med hjemmesygeplejersken, hjemmeplejens ledelse og hjemmeplejepersonalet.

Pilotprojektet er tilrettelagt, så der oprettes en ny hjemmeplejeenhed ved navn Projekt Hverdagsrehabilitering. Her ansættes ved projektstart en distriktsleder, en sygeplejerske og 12 social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælpere. Endvidere tilknyttes en fysioterapeut, en ergoterapeut og to deltidsvisitatorer. Tanken er, at alle nye borgere, der henvender sig til kommunen, skal gå til denne nye hjemmeplejeenhed, som således langsomt skal fyldes op. Efter fire måneder er det planen, at der skal ansættes yderligere en planlægger, en sygeplejerske og 12 social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælpere til projektet.

### Arbejdet i pilotprojektet

Det fremgår af analysen af arbejdet i pilotprojektet, at der i løbet af to måneder er opnået et nært samarbejde og stort ejerskab til pilotprojektet blandt de ledere og medarbejdere, der er ansat i og knyttet til den ny hjemmeplejeenhed. Rutiner er under udvikling, og resultaterne for de borgere, der deltager i projektet, er positive.

Arbejdet organiseres *på dette tidspunkt således*, at:

- ◆ Borgerne visiteres til projektet af en af de to visitatorer, der er knyttet til projektet. Kriterier for inklusion er, at der er tale om en borger, der er berettiget til personlig eller praktisk hjælp efter § 83, stk. 2, og at visitator vurderer, at borgeren vil have gavn af projektet.
- ◆ Når en borger er visiteret til projektet, foretager ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske hurtigst muligt et besøg, hvor borgeren (om muligt) vurderes med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske måleredskab COPM.
- ◆ Vurderer ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske, at der er tale om en borger med rehabiliteringspotentiale, udarbejdes en handleplan med afsæt i de handlingsmæssige problemstillinger, der er identificeret ved hjælp af COPM.
- ◆ Vurderes borgeren ikke at have rehabiliteringspotentiale, afsluttes borgeren til almindelig hjemme-hjælp efter samtale med visitator.
- ◆ For de borgere, der vurderes at have rehabiliteringspotentiale, drøftes handlingsplanen med visitator, hvorefter den danner udgangspunkt for tildelingen af hjælp og støtte i hjemmet.
- ◆ Det konkrete rehabiliteringsarbejde gennemføres herefter af 1-2 af de social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælpere, der er ansat i pilotprojektet, og som efter en uges undervisning er opskolet til "hjemmetrænere". De refererer løbende til den ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske, der har udarbejdet handlingsplanen, og som løbende følger op på og justerer den.
- ◆ Når den ansvarlige ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske vurderer, at projektet ikke kan gøre mere for borgeren, afsluttes borgeren enten til ingen hjælp eller til almindelig hjemmehjælp efter samtale med visitatoren.

Analysen af de 12 hjemmetræneres arbejde sammenlignet med arbejdet i den almindelige hjemmepleje viser, at der er stor forskel på den ydelse, borgerne modtager. Forskellene findes både i personalets fokus, tid og mål.

- ◆ Fokus: Hvor hjemmetrænerne i Projekt Hverdagsrehabilitering er optaget af at sætte borgerne i stand til at varetage opgaverne selv, er hjemmeplejepersonalet i den almindelige hjemmepleje optaget af at løse opgaverne for borgerne.

- ♦ Tid: Hvor arbejdet med hverdagsrehabilitering er kendetegnet ved, at der bruges forholdsvis meget tid i starten, hvorefter borgeren ideelt set afsluttes fra projektet, er arbejdet med borgerne i den almindelige hjemmepleje kendetegnet ved et vedvarende tidsforbrug.
- ♦ Mål: Hvor arbejdet i den almindelige hjemmepleje tager udgangspunkt i de mål, der har dannet baggrund for visitationen af ydelser (eks. hjælp til personlig pleje), tager arbejdet med hverdagsrehabilitering udgangspunkt i de mål, der opstilles på baggrund af COPM (eks. at gå en tur).

Endvidere var der på evalueringstidspunktet en markant lavere arbejdsbelastning for hjemmetrænerne i Projekt Hverdagsrehabilitering, end der var for hjemmeplejepersonalet i det almindelige hjemmeplejedistrikt. Det hang bl.a. sammen med, at der var færre borgere i projektet end oprindeligt planlagt. Dels fordi der henvendte sig færre borgere til kommunen med anmodning om hjælp i hjemmet end forventet, dels fordi projektet koncentrerede sit arbejde om borgere med rehabiliteringspotentiale, og ekskluderede resten til den almindelige hjemmepleje.

For de borgere, der var blevet inkluderet i Projekt Hverdagsrehabilitering på evalueringstidspunktet, havde 30 % kunnet afsluttes til ingen hjælp og 12 % til mindre hjælp, end de ellers ville have fået. Det var højere procentandele end forventet, og pilotprojektet fremstod på denne baggrund som en potentiel succes.

Interview med borgere og medarbejdere i pilotprojektet viste samtidig, at der generelt set var stor tilfredshed med projektet. De fleste borgere var umiddelbart tilfredse, selv om der også var eksempler på enkelte borgere, der opfattede tilbuddet om hverdagsrehabilitering som en forringelse i forhold til almindelig hjemmehjælp. Medarbejdere og ledere var imidlertid i meget høj grad tilfredse. Især de social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, der var ansat i projektet, oplevede at have fået et markant mere tilfredsstillende arbejde, end de før havde haft. De havde et lavere sygefravær og ville bare ikke tilbage til deres gamle arbejde igen.

### **Diskussioner i pilotprojektet**

Diskussionerne om pilotprojektets fremtid handlede på evalueringstidspunktet dels om det forholdsvis lave antal borgere i projektet og den deraf følgende lave arbejdsbelastning for hjemmeplejepersonalet, dels om implementeringen af pilotprojektet til resten af hjemmeplejen.

Det blev på tidspunktet for evalueringen besluttet, at pilotprojektet ikke som planlagt skulle udvides med yderligere en sygeplejerske og 12 social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælpere. Til gengæld overvejedes det at ansætte yderligere en terapeut samt at inkludere flere borgere til projektet – herunder også borgere fra den almindelige hjemmepleje.

I forhold til implementeringen til resten af hjemmeplejen frygtede ledere og medarbejdere i pilotprojektet projektets forudsagte opløsning. De oplevede at have etableret en velfungerende lille enhed med et godt internt samarbejde, og de ønskede ikke at skulle opløses for at blive en del af en evt. implementering i den almindelige hjemmepleje.

Evalueringen påpegede, at der var en sammenhæng mellem de beslutninger, der blev truffet vedrørende kriterierne for in- og eksklusion af borgere til projektet, og beslutningen om hvordan projektet skulle implementeres til resten af hjemmeplejen. Skulle projektet fungere som modelprojekt for en videre implementering, måtte borgergrundlaget også ligne borgergrundlaget i et almindeligt plejedistrikt, og så gav det ikke mening at selekttere. Beslutningen om pilotprojektets fremtid var åben. Men ønskedes opløsning og udbredelse, måtte der også ske en ændring i borgergrundlaget.

## Hvad der siden skete

I dag – et år og ni måneder efter DSI's evaluering blev foretaget – er hverdagsrehabilitering en del af den almindelige drift i Fredericia Kommune. Pilotprojektet er blevet gjort permanent i stort set samme form, som det havde på evalueringstidspunktet. Der er ansat yderligere en terapeut og en planlægger. Men antallet af hjemmetrænere er fastholdt, og hverdagsrehabiliteringen virker fortsat som en selvstændig enhed, som arbejder med rehabilitering af de borgere, der for en kortere periode visiteres til dem, og som de efter endt arbejde afslutter til ingen hjælp, mindre hjælp eller samme hjælp, som de ellers ville have fået i den almindelige hjemmepleje.

I forhold til implementeringen af den rehabiliterende tankegang til resten af hjemmeplejen i Fredericia Kommune er der oprettet et nyt delprojekt ved navn Trænende Hjemmehjælp. Under dette delprojekt er der netop igangsat et pilotprojekt, der skal afprøve den forebyggende og rehabiliterende tilgang i et eksisterende hjemmeplejedistrikt. Distriktet har fået tilknyttet et nærmere bestemt antal timer ved fysioterapeut og ergoterapeut, og der er igangsat et arbejde med at vurdere de borgere, der er tilknyttet distriktet, og med at oplære hjemmeplejepersonalet til at give trænende hjemmehjælp.

DSI igangsætter i efteråret 2010 et forskningsprojekt, der vil se nærmere på erfaringerne med hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Formålet med projektet er at undersøge og dokumentere:

- ◆ Hvordan arbejdet med hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp anno 2010 adskiller sig fra arbejdet i den almindelige hjemmepleje.
- ◆ Hvad omstillingen til hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp har krævet økonomisk, organisatorisk, ledelsesmæssigt og kompetenceudviklingsmæssigt.
- ◆ Om arbejdet med hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp er forbundet med fordele i form af kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere.
- ◆ Om arbejdet med hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp har personalepolitiske konsekvenser for fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, herunder hvilken betydning arbejdet har for arbejdsglæde, engagement og faglige kompetencer.

Målgruppen for undersøgelsen er andre kommuner, der overvejer at iværksætte projekter, som minder om Fredericia Kommunes projekt. Analysen vil udarbejde specifikke anbefalinger til disse kommuner.

DSI's forskningsprojekt baseres på registeranalyse, observationsstudier og interview. Det følger både op på DSI og iTracks' økonomiske analyse og på de organisatoriske analyser i dette notat. Projektet gennemføres med tilskud fra overenskomstprojektmidler fra henholdsvis Sundhedskartellet og FOA Fag og Arbejdes aftale med Kommunernes Landsforening. Notatet forventes offentliggjort i februar 2011.



# Introduktion

Fredericia Kommune igangsatte i oktober 2008 pilotafprøvningen af en model for hverdagsrehabilitering, der skulle udskyde og/eller mindske behovet for kompenserende hjælp og støtte i kommunen ved et intensivt tilbud om rehabilitering i hjemmet.

Arbejdet med rehabilitering skulle tage udgangspunkt i en tværfaglig handlingsplan, udarbejdet af et tværfagligt team bestående af visitatorer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og hjemmesygeplejersker og udføres af plejepersonale i rollen "hjemmetrænere".

I dette notat afrapporteres en ekstern evaluering af "Projekt Hverdagsrehabilitering" udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) for Fredericia Kommune på baggrund af data genereret i december 2008.

Formålet med evalueringen har været at vinde erfaringer med Projekt Hverdagsrehabilitering til brug for a) dokumentation af projektet samt b) justering af projektet i februar 2009.

Datagrundlaget for evalueringen er observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale. Se bilag 1 for en samlet oversigt.

Notatet er disponeret i tre kapitler med følgende overskrifter:

- ◆ Hverdagsrehabilitering fra idé til pilotprojekt
- ◆ Hverdagsrehabilitering i pilotprojektet
- ◆ Hverdagsrehabilitering i fremtiden.

Det første kapitel beskriver baggrunden for projekt hverdagsrehabilitering og diskuterer, hvad der kendetegner "Fredericiamodellen" for hverdagsrehabilitering. Kapitlet giver endvidere en beskrivelse af forventningerne til pilotprojektet forud for projektopstart.

Det andet kapitel beskriver arbejdet med hverdagsrehabilitering i pilotprojektet med særligt henblik på samarbejde og arbejdsdeling, og hvordan arbejdet adskiller sig fra almindelig hjemmehjælp. Der redegøres for opfyldelsen af relevante resultatomål, og der gives en vurdering af borgernes og medarbejdernes tilfredshed med projektet.

Det tredje kapitel diskuterer fremtiden for Projekt Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune med særligt henblik på de dilemmaer og udfordringer, projektet står over for. Det indeholder dels en redegørelse for interviewpersonernes forhåbninger og forventninger, dels en analyse og diskussion af det samlede datamateriale.

Notatet afsluttes med en kort konklusion, der sammenfatter analysens mest væsentlige resultater.

Notatet er udarbejdet af senior projektleder, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg fra DSI. Student Else Olesen har bidraget som referent ved interview. Vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl har forestået den interne kvalitetssikring.

Tak til de medarbejdere og borgere i Fredericia Kommune, der har tilladt observation af deres arbejde, og som har stillet op til interview. Tak til teamet for hjælp med at træffe aftaler om observation og interview, og for at tilvejebringe skriftligt materiale om borgere, der er afsluttet fra pilotprojektet.



# Hverdagsrehabilitering fra idé til pilotprojekt

I dette kapitel beskrives baggrunden for Projekt Hverdagsrehabilitering i form af det mere overordnede projektprogram Længst Muligt i Eget Liv. Der trækkes en tråd fra formål og interventioner i dette projekt til formål og interventioner i delprojekt Hverdagsrehabilitering. Som en væsentlig del af fremstillingen indgår vurderinger af, hvordan "Fredericiamodellen" for hverdagsrehabilitering adskiller sig fra "Östersundmodellen", som den er inspireret af. Herved gives forståelse for Fredericiamodellens særlige kendetegn.

Kapitlet afsluttes med en kort beskrivelse af de forventninger, der har været til pilotafprøvningen af hverdagsrehabilitering forud for projektstart – samt af planerne for udvidelse, evaluering, justering og implementering. Herved er givet en samlet kontekst for analysen og diskussionen af "pilotprojekt hverdagsrehabilitering" i de efterfølgende kapitler.

## Projekt Længst Muligt i Eget Liv

Byrådet i Fredericia Kommune traf i forbindelse med budget 2008 beslutning om igangsættelse af Projekt Længst Muligt i Eget Liv.

Baggrunden for denne beslutning var økonomiske fremskrivninger, der viste, at Fredericia Kommune i år 2020 vil stå over for akkumulerede merudgifter på 46 mio. kr. som følge af et øget antal ældre borgere over 65 år, og en markant stigning i antallet af ældre borgere over 85 år. Dette gav, som det blev fremhævet i beslutningsgrundlaget, "god anledning til at gentænke samspillet mellem borger og kommune" (PB s. 1).

I projektbeskrivelsen for Projekt Længst Muligt i Eget Liv fremgår det, at det "set fra et økonomisk perspektiv er (...) særdeles omkostningstungt at fortsætte med den tænkning, der i dag præger samspillet mellem borgere over 65 år og kommunen" (ibid.).

Den eksisterende tilgang er "overvejende, hvilke kompenserende tiltag og pleje borgeren har brug for", hvilket er "særdeles vel anbragt, når borgeren er i sin sidste tid og er uden personlig mulighed for at udvise egen omsorg" (ibid.). Tilgangen har imidlertid som "utilsigtet følgevirkning (...), at den ældre borger reelt får indskrænket sit private råderum og sin mulighed for at styre sit eget liv" (ibid.).

Visionen i Projekt Længst Muligt i Eget Liv er "at understøtte den ældre borger i at leve sit liv med høj egen omsorg så længe som muligt" (ibid., s. 2). Ved målrettet at arbejde med at "fastholde og måske endda styrke den ældres fysiske, sociale og kognitive evner" er det forestillingen, at "den aldersbetingede svækkelse kan (...) komme til at ske i et andet og langsommere tempo end i dag", og at "tidspunktet for [at] den ældre borger får brug for kompenserende hjælp [dermed kan] forsinkes" (ibid.).

Den økonomiske konsekvens af det nye samspil mellem kommune og ældre forventes at være, at andelen af ældre med brug for kompenserende hjælp og pleje kan nedbringes og den økonomiske udgiftsstigning dæmpes – "også selv om målet er at opretholde et uændret serviceniveau over for de borgere, der på grund af aldersbetinget svækkelse har brug for kompenserende hjælp og pleje" (ibid.).

Forudsætningen for at opnå denne målsætning er, at der "investeres i udvikling og implementering af det nye samspil mellem den ældre borger og kommunen" (ibid.) – hvilket der politisk er afsat midler til med Projekt Længst Muligt i Eget Liv.

## Formål

Formålet med Projekt Længst Muligt i Eget Liv er:

*... at udvikle en ny model for samspil mellem den ældre borger og kommunen om rehabilitering, som handler om, hvordan de fysiske, sociale og kognitive evner kan fastholdes og styrkes, så den alders-betingede svækkelse udskydes. Herved får den ældre borger potentielt en højere livskvalitet, og tidspunktet for, hvornår den ældre borger får brug for kompenserende hjælp og personlig pleje, forsinkes (PB, s. 2).*

## Interventioner

Interventioner i projektet omfatter:

- ◆ Delprojekt 1: Hverdagsrehabilitering
- ◆ Delprojekt 2: Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom
- ◆ Delprojekt 3: Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse
- ◆ Delprojekt 4: Ny teknologi
- ◆ Delprojekt 5: Forebyggelse og sundhedsfremme til +65-årige.

## Delprojekt Hverdagsrehabilitering

Formålet med delprojekt 1: Hverdagsrehabilitering er i henhold til projektbeskrivelsen for delprojektet:

*At "... forsinke entre i plejen" ved at gå "fra kompenserende hjælp til rehabilitering" (PB s. 1).*

Mere konkret består delprojektets hovedopgave i:

*"... at udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, som mindsker og/eller udskyder behovet for kompenserende hjælp", og som er "inspireret af Östersundmodellen" (ibid., s. 2).*

Det fremgår af beskrivelserne, at formål og hovedopgave i delprojekt hverdagsrehabilitering er tæt relateret til formålet med Projekt Længst Muligt i eget Liv – og at delprojektet i denne øvelse skal hente inspiration fra "Östersundmodellen".

## Östersundmodellen

Östersund i Sverige er kendt for at have udviklet og implementeret en model for hverdagsrehabilitering<sup>2</sup>, der er tværfaglig og omfatter hele den kommunale ældreindsats inden for et givet område.

Maritha Månsson, som har skrevet bogen "Hverdagsrehabilitering: hvad, hvordan og for hvem" om erfaringerne fra Östersund, tilbyder følgende definition af hverdagsrehabilitering og de organisatoriske krav, det sætter til en kommune:

*"Hverdagsrehabilitering [er] indsatser og virksomhed som bedrives i brugerens hjem og i dennes nærmiljø. Målet er at brugeren skal kunne udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt kunne forebygge forringelse af sine funktioner og evner. Hverdagsrehabilitering handler lige så meget om at udvikle og genvinde funktions- og aktivitetsevner efter en sygehusindlæggelse, som om at bibeholde og forebygge forringelse af funktioner og evner hos brugere. Hverdagsrehabilitering muliggør, at borgerne kan blive boende i og vende tilbage til eget hjem.*

---

<sup>2</sup> "Hemrehabilitering" oversættes her til hverdagsrehabilitering, selv om "hjemmerehabilitering" havde været en mere ligefrem oversættelse af det svenske ord.

*I en kommune, som satser på hverdagsrehabilitering som kernevirkksomhed, skal det være tydeligt, hvor hovedansvaret for brugerens rehabilitering skal ligge. Mange af de brugere, som er relevante for hverdagsrehabilitering, har hjemmepleje. Basen i en fungerende hverdagsrehabilitering må derfor være hjemmeplejepersonalet. Ergoterapeuten og fysioterapeuten er med deres specifikke kompetencer motor i at drive og udvikle rehabiliteringsarbejdet sammen med hjemmesygeplejersken, hjemmeplejens ledelse og hjemmeplejepersonalet. Uden et fungerende samarbejde med hjemmeplejens ledelse og personale er det tvivlsomt, om en virksomhed kan kaldes hverdagsrehabilitering" (Månsson 2007, s. 12-13, egen oversættelse).*

Det fremgår af definitionen, at hverdagsrehabilitering i Östersund er en indsats, der bedrives i borgerens hjem og nærmiljø, med det formål at brugeren skal kunne udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af funktioner og evner. Den omfatter hele den kommunale ældreindsats inden for et givet område og har hjemmeplejepersonalet som "basis". Fysioterapeuter og ergoterapeuter fungerer som "motor" for hverdagsrehabiliteringsarbejdet og indgår i et tæt samarbejde mellem hjemmesygeplejersken, hjemmeplejens ledelse og plejepersonalet.

### **Fredericiamodellen**

Den model for hverdagsrehabilitering, der skal afprøves i Fredericia Kommune, beskrives i delprojektbeskrivelsen for projekt hverdagsrehabilitering som følger:

*"Ved hverdagsrehabilitering foregår hjælpen som en del af de aktiviteter, som borgeren ønsker at genoptage. I hverdagsrehabilitering vækkes borgerens interesse for sine egne ressourcer og muligheder, og [der] opmuntres til problemløsning. Borgeren hjælper sig selv og opfordres fx til selv at deltage i at lave mad, at tage tøj på, vande blomster, bade, købe ind eller gå til en fritidsaktivitet eller socialt samvær ude i byen. På den måde træner borgeren sig op til at kunne klare sig selv. Planlægning af hverdagsrehabilitering sker med udgangspunkt i borgerens muligheder for at bibeholde og forbedre funktionsevnen og udføres typisk af plejepersonale i samarbejde med hjemmesygeplejerske, terapeuter og visitator" [tværfagligt team].*

Det fremgår af definitionen, at hverdagsrehabilitering i Fredericia er en indsats, der bedrives i borgerens hjem og nærmiljø med det formål at træne borgeren til at kunne klare sig selv. Det er ikke beskrevet, om indsatsen inkluderer hele den kommunale ældreindsats inden for et givent område eller isoleret gives som et tilbud til udvalgte borgere<sup>3</sup>. Til gengæld fremgår, at indsatsen planlægges med udgangspunkt i borgerens muligheder for at bibeholde og forbedre funktionsevnen og udføres af plejepersonale i samarbejde med et tværfagligt team bestående af visitator, terapeuter og hjemmesygeplejerske.

### **Östersund vs. Fredericia**

Sammenlignes definitionerne af hverdagsrehabilitering i Östersund og Fredericia fremgår det, at indsatsen begge steder bedrives i borgerens hjem og nærmiljø.

Indsatsen i Östersund har til formål, at brugeren skal kunne udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af funktioner og evner, mens indsatsen i Fredericia har til formål at træne borgeren til at kunne klare sig selv "med udgangspunkt i" borgerens muligheder for at bibeholde og forbedre funktionsevner.

Begge modeller har plejepersonale som basis, mens det er forskelligt, hvilken rolle terapeuterne tildeles, og hvilke øvrige aktører der fremhæves som samarbejdspartnere.

---

<sup>3</sup> Senere i projektbeskrivelsen fremgår det, at *pilotprojektet* har en særlig målgruppe, men det er ikke afklaret, om denne begrænsning også skal gælde projektet efter pilotprojektets ophør.

- ♦ I Östersund fremhæves terapeuterne som "motor", mens de i Fredericia sidestilles med hjemmesygeplejersker og visitatorer.
- ♦ I Fredericia er samarbejdspartnere visitatorer og hjemmesygeplejersker, mens det i Östersund er hjemmesygeplejersker og distriktsledere.

De organisatoriske forskelle mellem Fredericiamodellen og Östersundmodellen tydeliggøres i beskrivelserne af pilotprojektet som fremhævet nedenfor.

## Pilotprojekt Hverdagsrehabilitering

I delprojektbeskrivelsen for Projekt Hverdagsrehabilitering gives forholdsvis konkrete beskrivelser af det pilotprojekt, der skal gennemføres. Det præciseres, hvordan der skal samarbejdes om hverdagsrehabilitering, hvilke borgere der skal inkluderes i projektet, hvordan pilotprojektet skal dimensioneres, og hvordan det skal evalueres og justeres. I det følgende skal der redegøres for projektbeskrivelsens angivelser som afsæt for a) en præcisering af forskellene mellem pilotprojektet og Östersundmodellen og b) analysen af det praktiske arbejde med hverdagsrehabilitering i kapitel 2.

### Organisering

Det fremgår af projektbeskrivelsen for delprojekt hverdagsrehabilitering, at arbejdet med hverdagsrehabilitering i pilotprojektet skal organiseres som et samarbejde mellem på den ene side et "tværfagligt team" bestående af en visitator, en ergoterapeut, en fysioterapeut og en hjemmesygeplejerske (PB s. 3), og på den anden side en plejegruppe bestående af 12 hjemmetrænere og en distriktsleder (PB s. 5).

Det tværfaglige team skal være ansvarlig for udarbejdelse af én tværfaglig handleplan (PB s. 2), hvor der indgår en vurdering af borgerens ressourcer, muligheder og motivation for hverdagsrehabilitering (ibid.) samt for at involvere og understøtte hjemmetrænergruppen i planens praktiske udførelse (PB s. 3).

Det tværfaglige team skal ledes af deres fagspecifikke ledere, mens den udførende plejegruppe skal ledes af en distriktsleder. Leder af pilotprojektet er rehabiliteringschef Louise Thule Christensen, og lederne er i fællesskab ansvarlige for at løse problemstillinger, som det tværfaglige team og lederen af plejegruppen ikke alene kan løse, fx personaleressourcer og arbejdsgange som ikke fungerer (PB s. 6).

### *Östersund vs. Pilotmodellen*

Den påtænkte organisering i pilotprojektet adskiller sig fra Östersund ved konstitueringen af det tværfaglige team som en organisatorisk enhed, der er uafhængig af den lokale plejegruppe, som skal udføre dens planer.

Endvidere adskiller den påtænkte organisering sig fra Östersund ved den ledelsesmæssige forankring af terapeuter, hjemmesygeplejerske og visitatorer under hver deres faglige ledelse – og ved konstitueringen af de faglige ledere plus rehabiliteringschefen som en ledergruppe, der i fællesskab er ansvarlige for at løse de problemer, som tværfagligt team og lederen af plejegruppen ikke selv er i stand til at løse.

### Kriterier for in- og eksklusion af borgere

Projektbeskrivelsen for delprojekt hverdagsrehabilitering giver følgende beskrivelse af, hvilke borgere der skal henvises til og inkluderes i pilotprojektet:

Principper for henvisning er i henhold til projektbeskrivelsen:

- ♦ *"borgere over 65 år, der udskrives fra sygehus*
- ♦ *borgere der ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp, der efterspørger hjemmehjælp*
- ♦ *borgere der inden indlæggelse var selvhjulpne*
- ♦ *borgere med et midlertidigt funktionstab*
- ♦ *borgere med rehabiliteringspotentiale*
- ♦ *borgere der skifter fra midlertidige til varige hjælpemidler" (PB s. 2).*

Principper for inklusion er i henhold til projektbeskrivelsen:

- ♦ *"Tværfagligt team kortlægger, vurderer og udarbejder én tværfaglig handleplan, hvori indgår en vurdering af borgerens ressourcer, muligheder og motivation for hverdagsrehabilitering.*
- ♦ *På baggrund af kortlægningen inkluderes/ekskluderes borgeren i pilotprojektet*
- ♦ *Ved eksklusion modtager borgeren "traditionel hjemmehjælp"*
- ♦ *Ved inklusion rehabiliteres borgeren efter model for hverdagsrehabilitering (ibid. s. 2-3).*

Det fremgår af beskrivelserne, at pilotprojektet tilbyder en vurdering af a) samtlige borgere over 65 år, der udskrives fra sygehus, b) samtlige borgere der efterspørger hjemmehjælp, og som ikke modtager hjemmehjælp i forvejen, og c) samtlige borgere der skifter fra midlertidige til varige hjælpemidler. Vurderingen foretages af tværfagligt team og vægter borgerens ressourcer, muligheder og motivation for hverdagsrehabilitering. Det danner enten grund for eksklusion til "traditionel hjemmehjælp" eller inklusion til "hverdagsrehabilitering".

Pilotprojektet omfatter på denne måde samtlige nye borgere over 65 år, der tilgår den kommunale ældrepleje i projektperioden. Men projektet har både mulighed for inklusion til hverdagsrehabilitering (hvis borgeren vurderes at have rehabiliteringspotentiale) og eksklusion til almindelig hjemmehjælp (hvis borgeren ikke vurderes at have rehabiliteringspotentiale).

#### *Pilotmodellen vs. Östersund*

Pilotprojektet adskiller sig herved fra Östersundmodellen, der inkluderer alle borgere i den kommunale ældrepleje til hverdagsrehabilitering. Dette afspejler pilotprojektets formål og virkemidler, der som tidligere beskrevet er "at forsinke entreen i plejen" ved at "udvikle og genvinde funktions- og aktivitetsevner" – ikke at forebygge forringelse af funktioner og evner hos (samtlige) brugere af ældreplejen.

#### **Dimensionering og målsætninger**

Projektbeskrivelsen for delprojekt hverdagsrehabilitering opererer med to forskellige faser med hver deres dimensionering og målsætninger.

##### *Fase 1. 1. oktober 2008 til 1. februar 2009*

Personale i projektet er i denne periode: en visitator, to terapeuter, en sygeplejerske samt 12 hjemmetrænere og en leder.

Succeskriteriet er "at vende 20 borgere i 2008" – et kriterium der er baseret på forventninger om, at cirka 25 % af de inkluderede borgere kan "vendes i døren", og at teamet vil inkludere 80 borgere i 2008.

Cirka seks hjemmetrænere forventes at være på arbejde i dagvagt, og cirka to i aftenvagt, svarende til cirka 18 borgere i teamet pr. dag og cirka 10 pr. aften.

#### *Fase 2. 1. februar 2009 til 1. februar 2010*

Personalet fordobles i denne periode til: to visitatorer, fire terapeuter, to sygeplejersker, 24 hjemmetrænere, en leder og en planlægger.

Succeskriteriet er "at vende 40 borgere om året" – baseret på forventninger om, at ca. 25 % af de inkluderede borgere kan "vendes i døren", og at teamet vil inkludere 160 borgere pr. år.

Cirka 12 hjemmetrænere forventes at være på arbejde i dagvagt, og cirka fire i aftenvagt, svarende til cirka 36 borgere i teamet pr. dag og cirka 20 pr. aften.

### **Evaluering og fremtid**

Pilotprojektet justeres løbende og på baggrund af en devaluering i februar 2009.

Pilotprojektet opløses ca. 1. oktober 2009, hvor det skal "... udbredes til resten af pleje og sundhed" (PB, s. 8).

### **Opsummering**

Det fremgår af dette afsnit, at der er en tæt kobling mellem formål og metoder i projekt Længst Muligt i Eget Liv, der skal udvikle en ny model for samspil mellem den ældre borger og kommunen om rehabilitering, og delprojekt 1, hverdagsrehabilitering, der skal forsinke entreen i plejen ved at gå fra kompenserende hjælp til rehabilitering.

Endvidere fremgår, at der både er forskelle og ligheder mellem den model for hverdagsrehabilitering, der pt. pilotafprøves i Fredericia Kommune, og Östersundmodellen, som den er inspireret af.

Væsentlige forskelle mellem Östersundmodellen og Fredericiamodelen relaterer sig til:

- a. Formål – hvor formålet med hverdagsrehabilitering i Östersund er at udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af funktioner, er det i Fredericia at udvikle og genvinde funktions- og aktivitetsevner, men ikke at forebygge forringelse af funktioner.
- b. Organisering – hvor hverdagsrehabilitering i Östersund er organiseret som et samarbejde mellem terapeuter (som motorer) og plejepersonale (som basis) under fælles ledelse i det lokale distrikt, er det i Fredericia organiseret som et samarbejde mellem på den ene side et planlæggende tværfagligt team bestående af terapeuter, visitatorer og hjemmesygeplejersker og på den anden side en udførende plejegruppe under en distriktsleder.
- c. Mulighed for in- og eksklusion af borgere – hvor hverdagsrehabilitering i Östersund omfatter hele den kommunale ældrepleje inden for et givent område, er hverdagsrehabilitering i pilotprojektet forbeholdt nye borgere, som vurderes at have ressourcer, muligheder og motivation for hverdagsrehabilitering.

Fredericiamodelen pilotafprøves i perioden fra 01.10.2008 til 01.10.2009 med mulighed for justering efter tre måneders indkøring blandt andet på baggrund af denne devaluering.

Efter pilotprojektafslutning forventes hverdagsrehabilitering udbredt til resten af den kommunale hjemmepleje.

# Hverdagsrehabilitering i pilotprojektet

I dette kapitel beskrives arbejdet med hverdagsrehabilitering, som det udspillede sig i december 2008 – halvanden måned efter at pilotprojektet modtog sin første borger.

Ved tre ugentlige besøg af to dages varighed er der gennemført: observation af teamets arbejde, observation af hjemmetrænerens arbejde og observation af arbejdet i den almindelige hjemmehjælp. Der er endvidere afholdt interview med teamet, hjemmetrænerne, distriktslederen, ledergruppen, en gruppe almindelige hjemmehjælpere samt i alt fire borgere, der har medvirket i projektet – og der er indhentet beskrivende data om antallet af borgere, der har deltaget i og er afsluttet fra projektet.

Formålet med observation og interview har været at vinde indsigt i:

- a. hvordan arbejdet med hverdagsrehabilitering i praksis er organiseret,
- b. hvordan hjemmetræning i praksis adskiller sig fra almindelig hjemmehjælp, samt
- c. hvilke holdninger forskellige projektparter har til pilotprojektet/delprojekt hverdagsrehabilitering.

Formålet med indhentningen af borgerdata har været at vinde indsigt i, hvor mange borgere der er afsluttet fra projektet og til hvilke (om nogen) former for hjælp.

I dette kapitel afrapporteres resultatet af den empiriske undersøgelse med selvstændige afsnit om a) arbejdets organisering, b) hjemmetræning versus hjemmehjælp, c) måltal og målopfyldelse samt d) borgeres og medarbejderes tilfredshed til projektet.

I det efterfølgende kapitel: "Hverdagsrehabilitering i fremtiden" afrapporteres forskellige interessentgruppers holdninger til fremtiden for pilotprojektet/delprojekt hverdagsrehabilitering samt til de udfordringer, som projektet står overfor.

## Arbejdets organisering

I dette afsnit beskrives det daglige arbejde i pilotprojektet hverdagsrehabilitering, som det udspillede sig i december 2008. Først redegøres for visitatorernes arbejde på baggrund af observation og samtale med den ene af de to visitatorer, der på deltidsbasis er tilknyttet pilotprojektet. Herefter beskrives arbejdet i "projektet hverdagsrehabilitering" på baggrund af observationer, interview og løbende samtaler med hjemmetrænerne, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder i projektet. Endelig gives en kort diskussion af, hvordan det praktiske arbejde i projektet adskiller sig fra angivelserne i projektbeskrivelsen og organiseringen i Östersund.

### Visitatorernes arbejde

Visitatorerne har fysisk arbejdsstæde i Visitationen, der har adresse i midten af Fredericia by. Der er to visitatorer tilknyttet pilotprojektet på halvtidsbasis.

Ved samtale med den ene af de to visitatorer fremgår det, at stillingen som visitator (i modsætning til de øvrige stillinger i pilotprojektet) ikke har været slået op. I stedet for blev der spurgt åbent ud blandt visitatorerne, hvem der havde lyst. Det var der to, der havde, og der blev truffet beslutning om, at det ikke skulle være en person (på fuldtidsbasis), men to (på halvtidsbasis), der indgik i projektet. Visitatoren fortæller, at det, at de har været to, har været en styrke i forhold til sygdom og fravær, og de to visitatorer har et godt samarbejde og sparrer meget.

Visitatoren forklarer, at arbejdet som visitator består i at sikre, at borgerne får de ydelser, som de har ret til – hverken mere eller mindre.

Konkret i forhold til projekt hverdagsrehabilitering foretager de to visitatorer, der er ansat til projektet, funktionsvurderinger af samtlige de borgere, der vurderes potentielt at være relevante til projektet, og de følger op på borgerne ved de ugentlige tirsdagsmøder med gruppen.

### *Kriterier for inklusion*

Kriterierne for inklusion, fortæller visitatorerne, har ændret sig i løbet af projektperioden. Ændringer er, at de:

- ◆ inkluderer borgere under 65 år
- ◆ ekskluderer borgere, der "pr. automatik" vil blive selvhjulpne
- ◆ inkluderer borgere, der tidligere har fået hjælp, og som kommer ind i systemet på grund af:
  - revurderinger eller
  - anmodning om mere hjælp.

Visitatorerne er meget tilfredse med disse ændringer, som opleveres som rimelige i forhold til projektets formål og rationale.

De borgere, der tidligere har fået hjælp, udgør imidlertid en særlig problemstilling, og en visitator fortæller, at det i forhold til disse borgere "har været vigtigt at skære konsekvenserne ud i pap: Du får ikke rengøring mere, men der kommer nogle ud og træner, og de afklarer, om det er projektet eller almindelig hjælp". Hovedindtrykket er dog, at reaktionen fra borgerne generelt har været særdeles positiv. De har haft en enkelt, som ikke ville være med – men det var på et tidspunkt, hvor de ikke havde mulighed for at visitere til midlertidig hjælp.

Samtidig med at kriterierne for henvisning har ændret sig i løbet af projektperioden, forklarer visitatoren, at "reglerne i projektet" er "blevet mere bøjelige", således at der tages flere borgere ind. "I starten", fortæller hun, "ville de [gruppen, red.] ikke have de besværlige borgere, men nu er vi enige om, at de [besværlige borgere, red.] skal have en faglig vurdering af terapeuter, og det har givet ro".

Terapeuterne kommenterer skriftligt til dette afsnit, at de ikke bruger udtrykket "besværlige borgere", men taler om "tunge borgere eller borgere med mere eller mindre rehabiliteringspotentiale". De uddyber, at det er visitatorerne, der overordnet vurderer "hvilke borgere der skal ind i projektet", og at de "henvender sig, hvis de mener, der er behov for en kortlægning/faglig vurdering fra sygeplejerske eller terapeuter, inden borgeren vurderes til projektet".

Visitatoren forklarer, at det har været "helt tilbage i arbejdsgruppen, at de var enige om, at de ikke ville have de tunge borgere ind i projektet, fordi det skulle være en succes". Nu er de imidlertid enige om at: "Vi tager udgangspunkt i borgernes mestringssevne. Er den høj eller middel, så kommer borgeren ind, og det er gruppen med på".

### *Den praktiske vurdering*

Det praktiske arbejde med visitation af borgere til projekt hverdagsrehabilitering foregår iht. visitatoren således, at de to visitatorer, der er tilknyttet pilotprojektet, foretager vurderinger af samtlige de borgere, der skønnes at være relevante for projektet.

I denne øvelse, fortæller visitatoren, har de imidlertid "brug for" deres kolleger i visitationen, "for de får jo også nye henvendelser ind". Det fungerer sådan, at de to visitatorer, der er tilknyttet projektet, løbende orienterer deres visitatorkolleger om, hvilke borgere der er målgruppe for projektet, og at det

herefter "som med alt andet [er] sådan, at nogle [visitatorer] er gode, og nogle [visitatorer] er mindre gode til at visitere til projektet".

Visitationen via kolleger fungerer konkret ved, at kollegerne konfererer de to visitatorer, om der er tale om en borger, der kan være relevant for projektet – og hvis ja går borgeren videre til funktionsvurdering ved en af de to visitatorer – hvis nej beholder kollegerne dem selv.

I forhold til vurderingen fortæller visitatoren, at der er flere måder: Hvis borgeren bor hjemme, besøger de dem, sagsbehandler dem og sender dem videre til teamet. Hvis sygehuset melder, at der kommer en borger hjem torsdag og straks har brug for støtte, kommer de med det samme, dvs. uden funktionsvurdering. Funktionsvurderingen kræver, at borgeren er hjemme, og visitatorerne kommer derfor bagefter. Men de snakker altid med borgeren, inden hjemmetrænerne kommer, for "det er vigtigt, at de forstår projektet og ved, hvad de går ind til".

Visitatorens vurdering foretages med afsæt i det såkaldte fællessprog 2, som består af a) hverdagsliv, hvor det er borgeren, der fortæller, b) en faglig vurdering, hvor visitatoren vurderer borgerens mestringsevne og kognitive funktionsniveau<sup>4</sup> samt c) en beskrivelse af boligens indretning. Det er samme redskab, som anvendes til vurdering af øvrige borgere. Særligt afgørende for visitatorens afgørelse af, om borgeren skal visiteres til hverdagsrehabilitering frem for almindelig hjemmehjælp er imidlertid mestringsevnen – og visitatorens all round vurdering af, om borgeren kan have gavn af tilbuddet om hverdagsrehabilitering frem for almindelig hjemmehjælp.

I det omfang, borgeren vurderes at have rehabiliteringspotentiale, sendes et brev til borgeren, hvor det fremgår, at borgeren er målgruppe for projekt hverdagsrehabilitering, og borgeren oprettes i projektet "uden pakker". Visitatoren fortæller, at det normalt er sådan, at visitatorerne tildeler de borgere, der er berettiget til hjemmehjælp en såkaldt "pakke", som er en fast mængde tid, som hjemmeplejen efterfølgende kan dele over flere forskellige borgere. I projekt hverdagsrehabilitering er det imidlertid sådan, at det er terapeuterne, der vurderer borgeren og efterfølgende siger til visitationen, hvilke "pakker" borgerne skal have<sup>5</sup>. Denne del af projektet har iht. visitatorerne været "en hård nød at sluge", fordi borgere, der eksempelvis er berettiget til rengøring hver 14. dag, i projektet kan modtage tilbud om støtte til gåture tre gange om ugen. De har accepteret princippet, fordi de efterfølgende kan afslutte borgeren med henvisning til, at kan han gå tur, kan han også gøre rent. Men de er fortsat på vagt over for, at projektet ikke udvikler sig til et "tag selv-bord"<sup>6</sup>.

## Arbejdet i projektet

Arbejdet i projekt hverdagsrehabilitering er kortlagt ved observation, interview og løbende samtaler med hjemmetrænere, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder i projektet. I det følgende redegøres for resultatet af denne kortlægning. Først beskrives de fysiske rammer for arbejdet. Herefter beskrives dagligdagens struktur. Endelig beskrives samarbejdet mellem terapeut, hjemmesygeplejerske, gruppeleder og hjemmetrænere om ydelsen hverdagsrehabilitering.

### *De fysiske rammer for projekt hverdagsrehabilitering*

Projekt hverdagsrehabilitering har fysisk til huse på plejehjemmet Øster Elkjær, der ligger i byen Erritsø ca. 5 km uden for Fredericia. I et lokale på ca. 50 km<sup>2</sup> findes: a) et lille aflukke med skrivebord til

---

<sup>4</sup> I den faglige vurdering indgår visitators vurdering af borgerens begrænsninger ift. udførelse af 17 aktiviteter på en skala fra 0 (ingen/ubetydelige begrænsninger) til 4 (totale begrænsninger). De 17 aktiviteter er: at spise, at drikke, at bade, at vaske sig, at pleje kroppen, at klæde sig af og på, toiletbesøg, at færdes i egen bolig, at sikre indkøb af hverdagens varer, at lave mad, at gøre rent, at vaske tøj/linned, at færdes udendørs, at anvende kollektive transportmidler, at flytte sig, at forebygge sygdom/tab af funktionsevne samt at sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter.

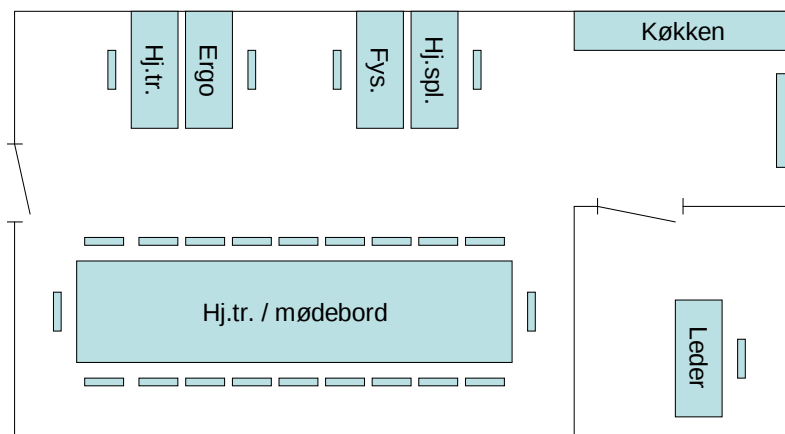
<sup>5</sup> Undtagelsen er, hvis borgeren skal have hjælp hver dag, eks. en time personlig pleje, så sætter de (visitatorerne) det på.

<sup>6</sup> For en nærmere diskussion heraf, se: "Visitatorernes "hårde nød"" side 51.

distriktslederen, b) et lille køkken i åben forbindelse med fællesrummet, c) et stort fællesrum med i) et mødebord med plads til samtlige hjemmetrænere, terapeuter og sygeplejersker, ii) et mindre gang-areal og iii) fire arbejdsstationer – en til hjemmetrænerne, en til hjemmesygeplejersken, og en til hver af terapeuterne.

Figur 1 visualiserer de fysiske rammer for projekt hverdagsrehabilitering.

*Figur 1. De fysiske rammer for projekt hverdagsrehabilitering*



Det fremgår ved observation, at stemningen i det lille lokale er intens og præget af løbende samtaler mellem samtlige grupper. Dette er positivt for samarbejdet og "projektånden" som i høj grad trives i projektet. Terapeuterne efterspørger imidlertid "en dør at lukke", så de ikke hele tiden forstyrres i deres arbejde med udarbejdelse af rehabiliteringsplaner, og så de har mulighed for at drøfte a) de problematikker, der kan opstå i samarbejdet mellem hjemmetrænere, borger og terapeut, b) den pædagogiske tilgang/undervisning i forhold til hjemmetrænerne, c) terapeutfaglige emner omkring en borger samt d) afholde drøftelser i "vores lille team sygeplejerske, terapeut og distriktsleder"<sup>7</sup>.

### *Dagligdagens struktur*

Dagligdagen i projekt hverdagsrehabilitering starter klokken 07.00, hvor hjemmetrænerne, hjemmesygeplejersken og distriktslederen møder ind. Der er kaffe og morgenhygge. Hjemmesygeplejersken tjekker sin computer for at se, om der er sket noget med projektets borgere i løbet af natten, samt om der evt. er kommet nye borgere til projektet. Hun orienterer gruppen om, hvad der sker – men i øvrigt snakkes der om løst og fast frem til klokken 08.00, hvor der er opbrud blandt hjemmetrænerne, som på dette tidspunkt har deres første borger<sup>8</sup>.

Jeg bemærker det som et kuriosum, at når man har en borger til klokken 08.00, så betyder det, at man klokken 08.00 rejser sig for at tage tøjet på og gå ud i bilen for at køre hen til borgeren – ikke at man klokken 08.00 befinder sig i borgerens hjem.

Klokken 08.00 sker der samtidig det, at de to terapeuter møder ind og giver sig til at tjekke deres computere. Distriktslederen trækker sig ind på sit kontor, og i det omfang hjemmesygeplejersken eller

<sup>7</sup> Terapeuternes begrundelse er hentet fra terapeuter, sygeplejerske og distriktsleders kommentarer til rapport for hverdagsrehabilitering, 1. udkast.

<sup>8</sup> Ved observation i to på hinanden følgende uger i starten af december havde samtlige hjemmetrænere, der mødte ind til projektet, deres første borger klokken 08. Ved interview i den tredje uge fortalte hjemmetrænerne, at der nu var en enkelt hjemmetræner, der havde fået en borger klokken 07.30, mens distriktslederen anførte, at det gjaldt halvdelen af hjemmetrænerne. Generelt fremgik det imidlertid, at de prioriterede tiden klokken 08.00, fordi dette tidspunkt blev opfattet som attraktivt af borgerne. Først når det ikke var muligt at tildele alle med behov for morgenbesøg tiden klokken 08.00, blev tidspunktet kl. 07.30 valgt.

en enkelt hjemmetræner er tilbage i lokalet, går de ligeledes til deres respektive computere. Der bliver ro og koncentration i lokalet.

Terapeuterne fortæller ved interview, at de typisk starter dagen med forskellige former for skrivebordsarbejde (rehabiliteringsplaner, opfølgning samt evt. afslutning af borgere). Borgerbesøg aftaler de typisk klokken 10 eller 11, samt evt. om eftermiddagen inden de går hjem.

Hjemmesygeplejersken fortæller, at hun ligeledes deler sin tid mellem skrivebordsarbejde og borgerbesøg. Hun har flere borgerbesøg end terapeuterne, idet hun både varetager sygeplejefaglige opgaver for de borgere, der er tilknyttet projektet, og hjælper terapeuterne med udarbejdelsen af rehabiliteringsplaner. Sidstnævnte var ikke planlagt. Men hun har haft tid til overs – dels fordi der ikke har været så mange borgere i projektet som forventet, dels fordi mange af hjemmetrænerne er social- og sundhedsassistenter<sup>9</sup>, dels fordi der helt generelt er god basis for at uddelegere opgaver til hjemmetrænerne.

Hjemmetrænerne vender typisk tilbage til projektet klokken 09.00-09.30, hvor de er færdige med deres første besøg. Når de kommer ind, bemærker jeg, at de som det første henvender sig til den terapeut eller sygeplejerske, der er ansvarlig for den borger, de har været ude hos, for at fortælle hvordan morgens besøg er gået. Herefter er der småsnak omkring det store bord, inden hjemmetrænerne evt. tager ud til en borger nr. 2.

Klokken 11.00 holdes der samling for hjemmetrænerne med deltagelse af distriktslederen, hjemmesygeplejersken samt de terapeuter, der ikke på dette tidspunkt har borgerbesøg.

Samlingen går over i frokost fra klokken 11.30-12.00.

Klokken 12 er der opbrud, idet nogle hjemmetrænere har borgerbesøg, mens andre enten vælger at tage med som 2'er eller 3'er eller vælger at hænge ud i lokalet frem til klokken 13, hvor de har fri.

Fra 13-15 er der to hjemmetrænere tilbage, der enten er i lokalet eller har borgerbesøg.

Klokken 15 lukkes og slukkes der i lokalet. Distriktsleder, hjemmesygeplejerske, hjemmetrænere samt evt. tilbageblevne terapeuter går hjem.

### *Samarbejdet om hverdagsrehabilitering*

Medarbejderne i projekt hverdagsrehabilitering varetager hver deres forskellige funktion i forhold til de borgere, der kommer ind i og bevæger sig igennem projektet.

Borgerne kommer typisk ind i projektet via en avis fra visitationen, der fastslår, at borgeren er målgruppe for projektet, og som kort redegør for borgeres situation<sup>10</sup>.

Er der tale om en borger, der a priori er visiteret til daglig personlig pleje, fx 1 time hver morgen eller mere, vil distriktslederen med det samme udpege to hjemmetrænere til at tage sig af den aktuelle borger: en såkaldt 1'er, der som udgangspunkt varetager besøgene ved borgeren, og en såkaldt 2'er der videst muligt afløser 1'eren, når hun har fri. Terapeuterne henholdsvis hjemmesygeplejersken vil efterfølgende udarbejde en rehabiliteringsplan for borgeren, der skal guide hjemmetrænerens arbejde, og som vil fastslå, om der er behov for fysio- eller ergoterapeutiske ydelser.

Er der tale om en borger, der ikke a priori er visiteret til nogen særlig form for hjælp, vil terapeuterne og sygeplejersken afklare, hvem der tager ansvar for denne borger. Afklaringen tager både hensyn til,

---

<sup>9</sup> Halvdelen af hjemmetrænerne er social- og sundhedsassistenter, mens den anden halvdel har uddannelse som social- og sundhedshjælper eller sygehjælper. I den almindelige hjemmepleje er andelen af social- og sundhedsassistenter i henhold til hjemmesygeplejersken markant mindre.

<sup>10</sup> Alternativt efter diskussion mellem visitatorer og terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder på de ugentlige tirsdagsmøder.

hvem der har tid, og hvilken rehabiliteringsmæssig problemstilling, der er tale om. Fysioterapeuten tager videst muligt de borgere, der har fysiske problemer, mens ergoterapeuten videst muligt tager de borgere, der har kognitive problemer. Sygeplejersken tager videst muligt de borgere, der har sygeplejefaglige problemer (eks. diætrådgivning).

Den ansvarlige terapeut eller sygeplejerske vil herefter arrangere et borgerbesøg, hvor borgeren vurderes med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske måleredskab COPM (Canadian Occupational Performance Measure, se tabel 1), som anvendes til at identificere borgerens aktivitetsproblematikker vedrørende egen omsorg, arbejde og fritid.

*Tabel 1. Oversigt over indhold og metoder i COPM (Canadian Occupational Performance Measure)*

|                      | Overordnet beskrivelse                                                                                                                                                                                                                            | Anvendelse i praksis                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definition og formål | Et ergoterapeutisk arbejdsredskab der anvendes til at identificere behov for rehabilitering og dokumentere effekten af den indsats der gennemføres for borgere med funktionsnedsættelse.                                                          | Redskabet består af en struktureret interviewguide som anvendes til at strukturere spillet mellem borger og terapeut.                                                                                                       |
| Målsætninger/værdier | Redskabet skal medvirke til, at borgeren inddrages i formulering og prioritering af vigtigste aktivitetsproblematikker med henblik på at sikre relevans og motivation.                                                                            | Via individuel dialog mellem borger, evt. pårørende, evt. plejepersonale og den ansvarlige terapeut.                                                                                                                        |
| Aktivitetsområder    | <b>Egenomsorg</b> – forstået som evnen til at tage vare på sig selv<br><b>Arbejdsevne</b> – forstået som evnen til at udføre husligt arbejde<br><b>Fritidsaktiviteter</b> – forstået som evnen til at have hobbies og opretholde sociale netværk. | I forhold til hvert aktivitetsområde gennemføres a) en identifikation af problemområder, b) en prioritering og c) en vurdering af sværhedsgraden af de oplevede problemer.                                                  |
| Dokumentation        | Effekterne af indsatsen dokumenteres som motivationsredskab for borgeren og fagligt dokumentationsredskab i forhold til den leverede indsats.                                                                                                     | Borgerens vurdering af aktivitetsproblematikker vurderes via a) objektive kategorier og b) en overordnet selvoplevet helbredsbedømmelse. Begge dele scores før og efter rehabiliteringsforløbet, hvorefter de sammenlignes. |

Terapeut henholdsvis sygeplejerske opstiller på denne baggrund op til fem problemstillinger for rehabiliteringsarbejdet i en såkaldt "rehabiliteringsplan", der efterfølgende danner afsæt for bestilling af "pakker" i visitationen, allokering af hjemmetrænere til projektet, allokering af evt. sygeplejerske, fysioterapeut eller ergoterapeut til projektet, samt hjemmetrænerens henholdsvis sygeplejerskens/fysioterapeutens/ergoterapeutens arbejde i borgerens hjem.

Terapeut henholdsvis sygeplejerske vil løbende følge op på planen og justere alt efter behov. I det omfang det vurderes, at borgeren bør afsluttes fra projektet, fordi opgaven er løst og målsætningerne nået, og/eller det videre arbejde skønnes udsigtsløst, afklares dette med visitationen.

Kommunikationen vil typisk både foregå mundtligt på ugentlige tirsdagsmøder mellem de to visitatorer, terapeuterne, hjemmesygeplejersken og distriktslederen og skriftligt via avis.

## Diskussion

Det fremgår ved observation og interview, at den faktiske organisering adskiller sig noget fra beskrivelserne i projektbeskrivelsen for delprojekt hverdagsrehabilitering.

I delprojektbeskrivelsen fremgår det, at arbejdet med hverdagsrehabilitering tager udgangspunkt i én tværfaglig handleplan udarbejdet af et tværfagligt team bestående af en visitator, en ergoterapeut, en fysioterapeut og en hjemmesygeplejerske under deres respektive faglige ledelser, og udføres af 12 hjemmetrænere under ledelse af en distriktsleder.

I praksis synes det at give mere mening at tale om, at

- ♦ arbejdet med hverdagsrehabilitering tager udgangspunkt i en individuel rehabiliteringsplan, udarbejdet af ergoterapeut, fysioterapeut eller hjemmesygeplejerske med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske måleredskab COPM.
- ♦ arbejdet udmøntes af to hjemmetrænere i samarbejde med den ansvarlige ergoterapeut, fysioterapeut eller hjemmesygeplejerske.
- ♦ ergoterapeut, fysioterapeut, hjemmesygeplejerske, distriktsleder og de 12 hjemmetrænere fungerer som én gruppe, mens visitatorerne fungerer som en anden.
- ♦ visitatorerne er ansvarlige for visitation af borgere til og fra projektet, hvilket sker i dialog med terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder på faste ugentlige "visitatormøder" og med afsæt i de retningslinjer for inklusion af borgere, der er udstukket i projektbeskrivelsen, og som løbende er revurderet i dialog med projektgruppen.

Det praktiske samarbejde om hverdagsrehabilitering i Fredericia minder i stort omfang om det praktiske samarbejde om hverdagsrehabilitering i Östersund. Begge steder fremstår terapeuterne som "motor" og plejepersonalet som "basis" i en lokal gruppe, der samler hjemmetrænere, hjemmesygeplejersker, terapeuter og distriktsleder i én organisatorisk enhed.

Fredericia adskiller sig dog fortsat "organisatorisk" fra Östersund, idet hjemmesygeplejersken i vid udstrækning varetager samme opgaver som terapeuterne; og idet at terapeuterne ikke ledes af distriktslederen, men af lederen af genoptræningscenteret. Der er ligeledes fortsat forskel på, om hverdagsrehabilitering som i Östersund omfatter hele den kommunale ældrepleje inden for et givent område, eller om tilbuddet om hverdagsrehabilitering som i Fredericia forbeholdes borgere med rehabiliteringspotentiale.

Her fremgår det vedrørende arbejdsdelingerne mellem "hverdagsrehabiliteringsgruppen" og visitatorerne, at:

- ♦ visitatorerne er ansvarlige for inklusionen af borgere til projektet på baggrund af gældende kriterier for in- og eksklusion af borgere til projektet, og evt. på baggrund af en faglig vurdering foretaget af terapeuter og sygeplejerske.
- ♦ afgørelsen af, hvilke ydelser borgeren skal tildeles, foretages af den ansvarlige terapeut eller sygeplejerske på baggrund af arbejdet med COPM. Den resulterer i, at terapeut eller sygeplejerske bestiller "pakker" i visitationen.

Arbejdsdelingen mellem visitation og hverdagsrehabilitering adskiller sig på denne måde fra arbejdsdelingen mellem visitation og den almindelige hjemmepleje, hvor det er visitatorerne, der alene afgør, om en given borger er berettiget til hjemmehjælp, og hvilke "pakker" borgeren skal tildeles.

Kriterierne for tildeling af pakker i projektet er samtidig anderledes, idet der ikke tages udgangspunkt i de ydelser, som borgeren jf. gældende lovgivning er berettiget til (eks. Rengøring hver 14. dag), men de målsætninger der er opstillet for hverdagsrehabiliteringsarbejdet med afsæt i COPM, og som fokuserer på borgerens aktivitetsproblematikker vedr. egen omsorg, arbejde og fritid.

## Hjemmetræning versus hjemmehjælp

Det har været en væsentlig del af evalueringen at belyse, hvad der er forskellen på hjemmetræning og hjemmehjælp. De 12 personer, der er ansat som hjemmetrænere i projekt hverdagsrehabilitering, er alle rekrutteret fra den almindelige hjemmehjælp. Spørgsmålet er, hvordan de arbejder anderledes i projektet, end de (og andre) arbejder i den almindelige hjemmehjælp – og således hvordan den ydelse, borgere i projektet modtager, adskiller sig fra den ydelse, der gives til borgere i den almindelige hjemmehjælp. Jeg har i det foregående afsnit beskrevet, hvordan udgangspunktet for hjemmetræneres arbejde er en individuel rehabiliteringsplan, udarbejdet af fysioterapeut, ergoterapeut eller hjemmesygeplejerske, samt løbende sparring med den ansvarlige fysioterapeut, ergoterapeut eller hjemmesygeplejerske. I dette afsnit vil jeg beskrive det praktisk udførte arbejde og sammenligne det med arbejdet i den almindelige hjemmehjælp.

Datagrundlaget er observation af hjemmetræneres arbejde over 1 dag (flere forskellige hjemmetrænere), observation af hjemmehjælpernes arbejde over 1 dag (en hjemmehjælper) samt gruppeinterview med henholdsvis hjemmetrænere og hjemmehjælperne.

### Hjemmetræning

Observation af hjemmetræneres arbejde indgik som en væsentlig del af datagenereringsstrategien. Nedenfor redegøres for besøgenes karakter hos de i alt fire borgere, jeg nåede at komme med hjemmetrænerne på besøg hos<sup>11</sup>.

#### *Borger nr. 1*

Borger nr. 1 er en kvinde på 65 +år, som jeg traf første gang under et besøg med visitatoren. Borgers situation var den, at hun ca. et år forinden var faldet og havde brækket sin arm. Hun var blevet opereret, og herefter bevilget midlertidig hjælp til personlig pleje. Borgeren søgte om forlængelse på grund af fortsat nedsat funktion i pågældende arm, og visitatoren vurderede, at hun var målgruppe for projekt hverdagsrehabilitering. Borgeren var på dette møde usikker på, hvori tilbuddet bestod, og ked af at skulle sige farvel til sin hidtidige "morgendame". Usikkerheden var imidlertid forsvundet på det besøg, jeg en uge efter var med på hos borgeren.

Besøget var andet besøg af hjemmetrænerne frem for den almindelige hjemmehjælp, og det var hjemmetræner nr. 2, der var til stede. Hun startede med pænt at hilse på borgeren, og takkede ja til en kop kaffe i stuen, hvor der pænt var dækket op. Vi snakkede under kaffen om stort og småt, og da den var drukket, var det borgeren selv, der tog initiativ og sagde: nå, vi skal vel i gang. Og så var det i badeværelset med borgeren, hvor hjemmetræneren gelinde hjalp borgeren igennem sit morgentoilette, idet hun udfordrede borgeren til selv at se, hvor meget hun kunne bruge den dårlige arm og vedvarende observerede borgers reaktioner.

Besøget blev afsluttet i positiv stemning, og på vejen hjem i bilen talte jeg med hjemmetræneren om, hvordan det ved hjælp af forskellige hjælpemidler kunne være realistisk at sætte borgeren i stand til selv at klare sig. Eksempelvis ved brug af en vaskepind til ryggen, et hårbånd frem for en elastik samt ved en striktrøje uden lynlås. Vi talte også om, hvordan det var vigtigt indledende at give sig tid til at drikke en kop kaffe med borgeren, for derved at vinde hendes tillid.

Jeg var ikke med på flere besøg hos denne borger, men fulgte op på besøget ugen efter med samtale med hjemmetræneren samt ved interview hos borgeren selv. Hjemmetræneren fortalte her stolt, at borgeren nu selv kunne vaske sin arm, og at hun – på et tidspunkt hvor hjemmetræneren strategisk

---

<sup>11</sup> Jeg besøgte sammen med fysioterapeuten og ergoterapeuten yderligere to borgere.

havde vendt ryggen til – også selv havde klaret at lyne sin bluse (hvad vi ikke havde troet skulle blive muligt). Hun fortalte, at hun roste borgeren, som også selv virkede positivt overrasket og stolt.

Borgeren fortalte, at hun var rigtig glad for projektet, og at de hele tiden roste hende og fortalte, at hun var dygtig. Samtidig oplevede hun det som en stor værdi og tilfredsstillelse (snart) at være i stand til at klare sig selv. For hjemmehjælp skal jo, sagde hun, gives til de gamle, og ikke til de midaldrende.

Borgeren er ved udgangen af januar 2008 afsluttet til mindre hjælp, idet hun fortsat får hjælp til rengøring samt evt. bad.

### *Borger nr. 2*

Borger nr. 2 er en midaldrende mand, der er visiteret til personlig pleje (dagligt) efter udskrivelse fra sygehus i forbindelse med en blodprop. Han har vanskeligt ved at gå, og bruger rollator. Samtidig skal han hjælpes til at tage sin medicin, og påsmøres noget salve på ryggen.

Af rehabiliteringsplanen fremgår, at mandens primære målsætninger relaterer sig til at komme sikkert rundt i sin nye (rollatorvenlige) lejlighed, og at kunne komme ud og gå tur. Jeg er med på flere besøg hos denne borger i netop dette ærinde.

Ved første besøg, fortæller hjemmetræneren, er formålet at etablere en aftale om en gåtur senere på dagen. Besøget er kort, måske 15 minutter. Hjemmetræneren sikrer, at der er mad i køleskabet, og at borgeren har spist sin morgenmad. Lægger piller frem og smører salve på ryggen. Snakker med borgeren om han fortsat er med på en gåtur. Det er han.

Vi kommer igen midt på dagen – nu også med en hjemmetræner nr. 2, da manden er tung, og de skal være to om opgaven. Vi går en tur. Bemærker, at det er hårdt for manden – at det tærer på hans kræfter – men man mærker hans motivation og ser, at hans øjne stråler.

På turen hjem snakker vi om, hvordan det er særligt ved projekt hverdagsrehabilitering, at projektet tager udgangspunkt i de målsætninger, borgeren selv opstiller. For denne borger er det ikke særligt vigtigt med hjælp til personlig hygiejne (selv om det oprindeligt var på denne baggrund, han blev visiteret til projektet). Han vil hellere ud og gå. Og så er det det, de bruger tiden på sammen med borgeren.

Jeg kommer tilbage til denne borger ugen efter, hvor jeg igen er med på gåtur – nu med tre hjemmetrænere, fordi hjemmetræner nr. 3 ikke har andet at lave i tidsrummet og foretrækker at være aktivt med ude hos en borger frem for at sidde i rummet og kede sig. Denne dag er vi lang tid om at komme af sted, fordi manden gør tingene i sit eget tempo. Men hjemmetrænerne giver ham tid til selv at komme ud ad døren, og gåturen forløber fint. Det er hårdt for manden, og man mærker til slut, at han gerne vil hjem. Men glæden over at have været ude, der stråler i hans øjne, er ikke til at tage fejl af.

I løbet af gåturen taler hjemmetrænerne om, hvordan folk i byen må undre sig over, at tre hjemmetrænere er på gåtur med en borger. For det må man bare ikke i den almindelige hjemmehjælp. De taler om, at de burde have en særlig frakke, hvor det fremgik, at de var del af projekt hverdagsrehabilitering, så folk ikke undrede sig, men måske blev positivt nysgerrige.

Ugen efter følger jeg op på borgeren ved at spørge hjemmetræneren, hvordan det går. Hun fortæller at det går lidt op, lidt ned – i dag ville han ikke med ud og gå, kun ud og stå på reposen. Vi diskuterer lidt, hvornår og hvordan borgeren evt. kan være relevant at afslutte fra projektet. Hjemmetræneren vurderer, at der er et stykke endnu.

Jeg valgte ikke at foretage interview med denne borger, fordi jeg ved besøg og gåture havde erfaret, at han ikke var særlig verbal.

På tidspunktet for notatets udarbejdelse er han fortsat tilknyttet projektet.

### *Borger nr. 3*

Borger nr. 3 er en kvinde 65 +år, der er tilknyttet projektet efter udskrivelse fra sygehus, hvor hun er opereret for et lårbensbrud. Hun er i sengen, da vi kommer. Hjemmetræneren forklarer, at hun først skal foretage "pindepleje"<sup>12</sup> og herefter hjælpe borgeren op.

Pindeplejen foretages i sengen i indøvet samarbejde mellem hjemmetræneren og borgeren, der hjælper ved at løfte benet og holde på forbindelserne.

Da den er færdig, pakker hjemmetræneren sammen og kører toiletstolen frem (alt foregår i stuen), hvorefter hun fortrækker til køkkenet. Borgeren kommer selv ud af sengen og hen på toiletstolen, hvor hun selvstændigt klarer langt størstedelen af det personlige toilette. Det tager en halv time til 45 minutter, hvor hjemmetræneren blot venter i køkkenet. Da jeg er med, bruger vi tiden til at snakke.

Hjemmetræneren forklarer i denne forbindelse, at det er en væsentlig målsætning for borgeren at kunne komme på toilettet selv. I den nuværende situation er det imidlertid en stor tilfredsstillelse for hende at være alene om opgaven.

Hjemmetræneren forklarer også, at fysioterapeuten har givet borgeren nogle øvelser, som det oprindeligt var meningen, de skulle lave sammen om morgenen. Men borgeren bruger så mange kræfter på selv at komme op, at de er blevet enige om, at hun selv varetager øvelserne om eftermiddagen. Det er godt nok. Men den egentlige genoptræning kan først begynde, når det stativ, der pt. fastholder borgerens brud, bliver fjernet. Her kan det blive et problem, at borgeren måske skal genopereres, for så bliver de nødt til at starte forfra igen.

Jeg er nødt til at gå, men hjemmetræneren fortæller, at besøget vil afsluttes med, at hun hjælper borgeren med at vaske sig bagpå – det er det eneste, hun ikke selv kan. Derefter laver hun en kop kaffe, som de drikker sammen ved bordet. Kaffen er en luksus, som hun tillader sig med borgeren, fordi der ikke er andre borgere på programmet. Hvis de fik mere at lave, kunne hun blive nødt til at stryge denne del af programmet, og det ville borgeren godt kunne forstå.

Da jeg ugen efter spørger, hvordan det går, fortæller hjemmetræneren, at borgeren nu kan komme ud på toilettet med sin toiletstol, og at det er en stor sejr for hende.

Da jeg skriver notatet, er borgeren fortsat tilknyttet projektet.

### *Borger nr. 4*

Borger nr. 4 er en kvinde på 80 +år, der er bevilget hjælp til personlig pleje efter en blodprop i hjernen. Jeg er med på morgenbesøg med hjemmetræner nr. 1, der inden besøget har fortalt mig, at det nok bliver svært at finde plads til os alle på badeværelset, men at jeg kan snakke med borgerens mand imens.

Borgeren sidder, da vi ankommer, iklædt slåbrok ved morgenbordet. Vi snakker kort, inden hun (langsomt) rejser sig ved sin rollator og siger, at de hellere må komme i gang. Jeg ser hende gå – langsomt – fra køkkenet og igennem to døre ud på badeværelset med sin rollator – og ser samtidig hjemmetræneren i fuld koncentration, observerende at borgeren klarer opgaven (her: at komme ud på badeværelset), men uden rent fysisk at forsøge at hjælpe.

Besøget på badeværelset får borgeren og hjemmetræneren i fred, mens jeg taler med ægtefællen. Han forklarer, at de er meget glade for projektet, og ikke mindst for hjemmetræner nr. 1, som har

---

<sup>12</sup> Pindepleje er en særlig form for sårpleje.

været en rigtig god hjælp for hans kone. Problemet med de andre hjemmetrænere har været, at de har gjort tingene på en anden måde, og det er vigtigt for hans kone, at tingene foregår på nøjagtig samme måde hver eneste dag. Derfor har de nu bedt hjemmetræner nr. 1 udarbejde et skema, der beskriver, hvad de gør. Det har hjulpet, for nu kan de andre hjemmetrænere bruge skemaet, når de er på badeværelset med hans kone.

Jeg får en kopi af skemaet, der er gengivet i tabel 2. Det kursiverede beskriver, hvad hjemmetræneren gør, og den almindelige tekst hvad borgeren selv skal gøre.

*Tabel 2. Beskrivelse af morgenplejen hos borger nr. 4*

### **Beskrivelse af morgenplejen**

Tilbud om evt. toiletbesøg

Tag morgenkåbe, nattøj og evt. briller af mens du sidder på toilet

*Hænger morgenkåbe op og lægger nattøj ind på sengen*

*Sætter badestol hen til vasken og lægger halehåndklædet på (tynde hvide stykke)*

Sæt dig over til vasken, og tag uret af

*Lægger vaskeklude frem på bordet (hvid og lyserød og håndklædet på skødet)*

Vaske sig med sæbe

Deodorant

Creme i ansigt

Creme på kroppen

Tag BH på, prøve selv at lukke bagpå

Undertrøje på

Tag hvid klud og vask forneden

*Evt. give hjælp til vask bagpå*

*Hjælpe med at få benklæder på plads*

Tag ble på og trække benklæderne på plads

Børste tænder

Rede hår

Tag ur på

Gøre rent omkring vasken

Tag bluse på

Pudse briller og tage dem på

Evt. rette håret

Hænge håndklæde på plads

Besøget på badeværelset tager lang tid – måske 45 minutter – men så kommer borgeren ud, fuldt påklædt, med sin rollator, og går (langsomt) hen for at sætte sig i en stol i stuen. Hjemmetræneren følger hende koncentreret, og skubber, inden borgeren når frem til stolen, til den pude, der sidder forkert, og som borgeren ellers vil komme til at sætte sig på. Hun henter en kop saftvand til borgeren ("som belønning"!) og giver hende tid til at samle sig, inden hun henter hendes støvler.

Borgeren skal denne dag på sygehuset – ud af lejligheden for første gang – og er en smule nervøs for, hvordan det skal gå med taxaen. Hjemmetræneren spørger, om hun vil have sine støvler på med det samme, hvad borgeren gerne vil, hvorefter de stilles frem, og borgeren selv kommer i dem. Herefter går hun ved hjælp af rollatoren hen på en anden stol for at tage sin jakke på. Spørger løbende hjemmetræneren om råd: er den stol god nok, skal jeg sidde sådan etc. Hjemmetræneren svarer bekræftende og giver gode råd. Men det er borgeren selv, der får sin jakke på og bliver klar til at komme ud i byen, ligesom det er borgeren selv, der går ud ad døren til elevatoren og tager den ned med sin mand. De kommer i taxaen og kører af sted – og besøget går godt, erfarer jeg senere.

Jeg følger op på denne borger ved samtale med hjemmetræneren og interview med borgeren og hendes mand i den efterfølgende uge. Borgeren udtrykker sin absolutte tilfredshed med projektet og fortæller, at det mest er hjemmetræner nr. 1, der kommer hos dem, og at hun eller evt. en anden hjemmetræner kommer om morgenen og hjælper hende igennem sit morgentoilette. Om aftenen er det den almindelige hjemmehjælp der kommer og giver hende nattøj på. De kom også for at lægge hende i seng, men det foretrækker hun selv at klare, for man vidste aldrig, hvornår de kom, og tit kom de tidligt om aftenen.

Borgeren er på tidspunktet for notatets udarbejdelse fortsat tilknyttet projekt hverdagsrehabilitering.

### *Diskussion*

Det fremgår, at de fire borgere, jeg nåede med på besøg hos, er meget forskellige, og at det er meget forskelligt, hvilke ydelser de får.

Den første borger er eksempel på en borger, der tidligere har været tilknyttet den almindelige hjemmehjælp, men som ved overgang til projekt hverdagsrehabilitering gives hjælp til at klare sig selv. Borgeren er umiddelbar skeptisk ved overgangen, men bliver glad for projektet og udtrykker ved evaluering sin klare tilfredshed. Borgeren var ikke med i den oprindelige målgruppe for projektet (som ikke inkluderede borgere, der tidligere havde modtaget hjemmehjælp) – men hun er klart relevant for det.

Den anden borger er eksempel på en borger, der er visiteret til ét, men gives en anden ydelse. Baggrunden for at han tilgår projektet er, at han er berettiget til hjælp til personlig pleje, og at visitatorerne skønner, at han har et rehabiliteringspotentiale. Terapeuternes arbejde med COPM resulterer i en rehabiliteringsplan, der vægter gåture i nærmiljøet. Det, at hjemmetrænerne således kommer til at arbejde med noget andet (her: gåture) end det, borgeren i øvrigt var berettiget til (her: hjælp til personlig pleje), er typisk og generelt kendetegnende for projektet. Det er noget af det, som visitatorerne ved interview fortæller, at de har haft vanskeligt ved at acceptere, om end de nu er med på ideen.

Den tredje borger er eksempel på en borger, hvis mulighed for at opfylde målsætningerne i rehabiliteringsplanen er begrænset, så længe hun fysisk er begrænset af sit støttestativ (et stativ, der er skruet på benet). I mellemtiden har hun imidlertid stor gavn og tilfredsstillelse ved at være tilknyttet projektet, hvor hun dels har fået en række øvelser, hun skal foretage for at styrke/ forebygge yderligere funktionstab i sit ben, dels får mulighed for at klare store dele af det personlige toilette selv – også selv om det tager tid. Projektet forebygger på denne måde, at borgeren passiviseres (og dermed svækkes) i perioden, inden hun får fjernet sit støttestativ – og man kan diskutere, om det i større omfang har karakter af forebyggelse og vedligeholdelse, end det har karakter af rehabilitering. En væsentlig pointe er det imidlertid, at også denne type borger har stor tilfredsstillelse ved at deltage i projektet.

Den sidste borger er eksempel på en borger, der forholdsvis entydigt falder inden for projektets målgruppedefinition, og som arbejder med selv at sætte sig i stand til at løse samme opgave, som oprin-

deligt var baggrunden for, at hun blev skønnet berettiget til hjælp (her: personlig pleje). Hun er midt i sit forløb, men har tydeligvis stor gavn af at være tilknyttet projektet. Forståelse for hvordan kan imidlertid først fyldestgørende gives ved sammenligning til tilbuddet i den almindelige hjemmehjælp, som nedenstående skal beskrives og diskuteres med afsæt i observation og interview.

## Hjemmehjælp

Jeg brugte en dag på at følge en hjemmehjælper på arbejde i en almindelig, nærliggende hjemmehjælpergruppe. Nedenfor beskrives hjemmehjælperens arbejdsdag, hvorefter der gives en diskussion af, hvor "repræsentativ" denne hjemmehjælper er for den samlede gruppe.

### *Hjemmehjælperens arbejdsdag*

Hjemmehjælperen mødte ind klokken ca. 06.50 for at afise bil, så den var klar, når hun skulle ud til sin første borger klokken 07.10. Klokken 07.00 samledes hjemmehjælperne i grupperummet, og der var 10 minutter til snak og koordination (hvem kører med hvem/hvem mødes med hvem, hvor og hvornår), inden vi tog af sted ud til dagens besøg nr. 1 med en anden hjemmehjælper i bilen.

Besøg nr. 1 var en ældre mand i kørestol, der skulle hjælpes igennem sit morgentoilette og gøres klar til at komme af sted på daghjem klokken 08.10. Besøget foregik i rivende hast. Vi hilste på og gik på badeværelset, hvor alle fornødenheder blev lagt klar. Herefter hentede vi borgeren, der sad i sin kørestol ved morgenbordet, og kørte ham ud på badeværelset. Han blev vasket, givet fem minutter i enrum på toiletsædet, smurt med creme og iført tøj. Det han gjorde selv var at børste tænder med en elektrisk tandbørste. Bagefter blev han kørt ud og ikklædt sit overtøj, og vi var klar til at tage af sted.

Besøg nr. 2. var en ældre mand, der befandt sig i sengen, da vi kom, og som skulle senge-vaskes. Der var to hjemmehjælpere til opgaven, og manden blev vasket, mens de indbyrdes diskuterede, om han lå godt etc. Der skulle lift til at få manden fra sengen og over i sin kørestol, hvor han fik fem minutter til at forrette sin nødtørft, mens hjemmehjælper nr. 1 ryddede op, og hjemmehjælper nr. 2 hjalp konen med en støttestrømpe i køkkenet. Herefter gav de manden tøj på og kørte ham ud i spisestuen, hvor han selv fik lov til at barbere sig. De aftalte med konen, hvornår de skulle komme igen for at lægge borgeren i seng (en time tidligere end normalt), hvorefter de kørte.

Besøg nr. 3 var en midaldrende mand, der skulle have komprilanbind på. Det viste sig, at han tidligere havde været tilknyttet projekt hverdagsrehabilitering, hvor han havde lært at klare morgentoiletet selv. Oprindeligt havde han været tilknyttet den almindelige hjemme-hjælp, hvor han var blevet vasket i sengen, givet tøj på og hjulpet ind i stuen. Men så var han kommet ind i projektet, hvor de nok mente, at han kunne bade selv. Det havde han tvivlet noget på, men badekarret havde været stort nok, og han havde fået et redskab, så han selv kunne vaske sig bagpå. Nu var han afsluttet til den almindelige hjemmehjælp, der kom og lagde komprilanbind. Men borgeren tænkte, om han evt. kunne få støttestrømper og selv lære at tage dem på.

Besøg nr. 4. var en ældre kvinde, der befandt sig i sengen, da vi kom, og som klagede over, at hjemmehjælperen var sent på den – nu var klokken snart 10.30. Borgeren blev vasket i sengen, givet tøj på og hjulpet ud på toilettet, hvor hun fik fem minutter til at forrette sin nødtørft og lov til selv at børste tænder. Vi gik i køkkenet, hvor det viste sig, at manden allerede havde lavet morgenmad. Så behøvede hjemmehjælperen ikke det.

Besøg nr. 5 var en ældre kvinde, der hurtigt skulle tilses. Vi endte imidlertid med at bruge en del tid der, idet borgeren var forvirret over, at der ikke var bestilt varer, og hjemmehjælperen tilbød at gøre det. Hjemmehjælperen hjalp også med at hænge to julekugler op i vinduet, selv om hun betonedede, at det var meget forbudt.

Efter besøg nr. 5 var der samling/frokost i gruppen. Dette forløb i tidsrummet 11.30-12.00. Her redegjorde hver hjemmehjælper for, hvad der var sket i løbet af dagen, samt hvad andre evt. skulle være opmærksomme på. Planlæggeren var ordstyrer, og hjemmesygeplejerskerne kommenterede. Klokken 12 var pausen slut, og vi tog af sted på nye besøg.

Besøg nr. 6 var en ældre kvinde, der ivrigt tog imod os og fortalte, at hun skulle til at skrive brev til sine børn, men ikke kunne finde sine briller. Hjemmehjælperen bad hende sætte sig ned og drikke et glas saftvand, som hun hentede til hende. Borgeren gjorde som hun fik besked på, og hjemmehjælperen spurgte, om hun skulle hente et nyt glas saftvand. Borgeren svarede nej, men hjemmehjælperen gjorde det alligevel. Satte glasset foran borgeren, så det stod klar. Da vi skulle gå, gentog borgeren, at hun gerne ville skrive brev til sine børn, men havde vanskeligt ved at se. Hjemmehjælperen opfordrede hende til at hvile sig først, og lade et tæppe over hende i stolen.

Besøg nr. 7 var en ældre kvinde, som hjemmehjælperen fortalte selv kunne handle og ikke altid var hjemme, når de kom. Men borgeren var hjemme og lukkede os venligt ind. Hjemmehjælperen bad hende sætte sig på en stol i køkkenet og åbnede herefter køleskabet, hvor hun fandt en energidrik, som borgeren begejstret fortalte, at "den har jeg selv købt". Hjemmehjælperen åbnede låget, tog sølvpapiret af og fjernede plastikken fra sugerøret, hvorefter hun gav drikken til borgeren med besked om at drikke. Herefter fandt hun en tallerken med mad i køleskabet, som en anden hjælper tidligere havde smurt, og stillede foran borgeren med besked om at spise. Endelig blev borgerens medicin fundet frem – men da morgen-hjælpen først havde været der sent, var der gået for kort tid siden sidste dosis, så hjemme-hjælperen må komme tilbage et par timer senere.

Besøg nr. 8 var en ældre mand, der skulle hjælpes i seng, og hvor de skulle være to hjemmehjælpere om opgaven. Imidlertid kom vi senere end aftalt, og den anden hjemmehjælper havde allerede løst opgaven. Som modydelse tilbød den hjemmehjælper, jeg fulgte, at tage en af den anden hjemmehjælperes borgere. Det blev vores besøg nr. 9.

Besøg nr. 9 var en ældre kvinde, der sad i sin stol, da vi kom. Hjemmehjælperen hentede juice og mad fra køkkenet og forberedte som ved de andre borgere alt til mindste detalje, hvorpå hun stillede det foran borgeren og ønskede velbekomme.

Frokostbesøgene var færdige klokken 13.15, og vi havde god tid til at tanke bilen op på vejen tilbage til gruppelokalet. Her var 2 ud af de 3 hjemmehjælpere, der ud over den hjemmehjælper jeg fulgte, var på arbejde i tidsrummet 13-15, allerede ankommet. Den tredje havde fået et nødkald, som hun skulle besvare.

Klokken 13.30-13.50 planlagde hjemmehjælperne eftermiddagens arbejde i grupperummet. Herefter tog vi af sted på nye besøg.

Besøg nr. 10 var en ældre mand, som skulle hjælpes på toilettet af hjemmehjælperen ("ellers tisser han i bukserne", forklarede hun). Hjemmehjælperen tog manden i armen og ville føre ham ud på toilettet, men han rystede hende fra sig. Hun forklarede mig, at: "han vil hellere gå selv, og tage lidt tid".

Besøg nr. 11 var samme ældre kvinde som ved besøg nr. 7, og som nu skulle have sin medicin. Borgeren var imidlertid ikke hjemme.

Besøg nr. 12 var en ældre kvinde, der skulle hjælpes op af sengen. "Hun vil gerne selv", forklarede hjemmehjælperen mig, mens hun så til, at borgeren fik rejst sig til siddende stilling. Hjemmehjælperen hjalp herefter borgeren over på toiletstolen, hvor hun fik fem minutter i enrum, hvorefter hjemmehjælperen vaskede og fik tøjet på plads, inden hun kørte borgeren ind i stuen. Borgerens mand var hjemme og havde stillet eftermiddagsmaden frem. Så behøvede hjemmehjælperen ikke gøre det.

Besøg nr. 13 nåede jeg ikke med til, da jeg havde en anden aftale. Hjemmehjælperen fortalte mig imidlertid senere, at hun først var blevet sent færdig denne dag. Der var kommet et nødkald, og hun havde været nødt til at tage overarbejde.

### *Diskussion*

Det er en begrænsning ved metoden, at jeg kun havde mulighed for at følge én hjemme-hjælper på arbejde, og at denne hjemmehjælper endvidere var ansat som "fast afløser". At være ansat som "fast afløser" betyder, at hjemmehjælperen er fastansat, men i modsætning til de fleste af sine kolleger *ikke* har faste borgere – dvs. borgere, hun kommer hos hver dag. Den hjemmehjælper, jeg fulgte, var meget tilfreds med arbejdet som fast afløser, fordi det gjorde, at hun kom ud til mange forskellige borgere og af denne årsag lærte meget og vidste meget. Flere borgere fortalte mig endvidere spontant, at "hun er en af de bedste". I forhold til diskussionen af, hvad der kendetegner "hjemmehjælp" versus "hjemmetræning" er det imidlertid en væsentlig pointe, at denne hjemmehjælper ikke nødvendigvis er repræsentativ for den samlede gruppe (tværtimod adskiller hun sig herfra på mindst ét afgørende punkt, nemlig det, at hun er fast afløser og således ikke har samme tætte relation til borgerne, som hjemmetrænerne har til fælles med de almindelige hjemmehjælpere). Det kan ikke på baggrund af denne undersøgelse afgøres, hvor repræsentativ hjemmehjælperen er. De pointer, jeg lader gå videre i det nedenstående afsnit, er imidlertid alle valideret via interview med hjemmetrænerne og hjemmehjælperne, som bekræfter samme pointer, jeg har observeret i praksis. Vigtigt er det derfor at være opmærksom på, at selv om jeg bruger og henviser til noter fra observation, er der ikke kun (men også) tale om enkeltstående observationer af en enkeltstående hjemmehjælperens arbejde – men også om illustrationer af mere generelle pointer, der er bekræftet ved interview.

### **Diskussion**

Sammenlignes hjemmetræning med hjemmehjælp, ses det, at de mest væsentlige forskelle omhandler: fokus i det enkelte besøg, og tiden til det enkelte besøg. Samtidig ses der på baggrund af sammenligning af hjemmetrænerne henholdsvis hjemmehjælpernes arbejdsdage en betydelig forskel i arbejdsbelastningen, forstået som mængden af besøg, der skal foretages den enkelte dag.

#### *Hovedpointe 1: Forskellen er fokus*

Den første iøjnefaldende forskel på hjemmehjælp og hjemmetræning er det fokus, der er for det enkelte besøg. Det er ved observation tydeligt, at hjemmehjælperen kommer i borgerens hjem for at løse en opgave for borgeren, mens hjemmetrænerne kommer i borgerens hjem med henblik på at hjælpe borgeren til *selv at løse opgaven*.

Illustrativt for denne pointe er hjemmetrænerens besøg hos borger nr. 4, hvor jeg observerer en hjemmetræner holde pause i køkkenet i 30-45 minutter, mens borgeren selv rejser sig fra sengen, sætter sig i toiletstolen, forretter sin nødtørft og vasker de dele af sig selv, som hun kan. Modsat den gentagne morgenrutine i hjemmehjælpen med sengevask og fem minutter i enrum på toiletstolen, inden hjemmehjælpen igen tager over og får tøjet på plads.

Morgenbesøgene involverede ofte flere hjemmehjælpere end den hjemmehjælper, jeg fulgte, og der var ikke nogen, der havde et andet fokus. Hjemmetrænerne nikkede samtidig i høj grad genkendende til, at det var sådan det fungerede i den almindelige hjemmehjælp. De forklarede, at det var fordi, at der ikke var tid til andet, jf. hovedpointe 2 nedenfor.

Flere borgere er interessante, fordi de af ganske forskellige årsager *både* har oplevet hjemmetræning og almindelig hjemmehjælp.

Eks. 1 er den ældre kvinde, der figurerer som "borger nr. 4" i afsnittet om hjemmetrænerens arbejde, og som meget sigende fortæller, hvordan hjemmetræneren kommer om morgenen for at hjælpe hende igennem sit morgentoilette, mens hun om aftenen er tilknyttet den almindelige hjemmehjælp, som "giver mig nattøj på".

Eks. 2. er den midaldrende mand, der figurerer som "borger nr. 3" i afsnittet om hjemme-hjælperens arbejde, og som viser sig at være en borger, der tidligere er afsluttet fra projekt hverdagsrehabilitering. Denne mand startede med sengevask i den almindelige hjemmehjælp, men lærte af hjemmetrænerne at vaske sig selv. Nu efterspørger han støttestrømpe frem for komprilanbind, fordi han har en ide om, at han selv vil kunne finde ud af at tage dem på, så hjemmehjælperen slet ikke behøver at komme i huset mere.

Eks. 3 er den midaldrende kvinde, der figurerer som "borger nr. 1" i afsnittet om hjemme-trænerens arbejde, og som i næsten et år har modtaget hjælp til at vaske sig og komme i tøjet, uden at der har været nogen progression i hendes evne til selv at klare opgaven. Der går knap en uge med hjemmetræning, før borgeren stort set klarer opgaven selv, og er stolt af, at hun kan det. Hjemmetræneren bruger ikke mange flere minutter (men nogle) end hjemmehjælperen ellers ville have brugt, men får her hurtigt sig selv overflødiggjort.

De tre eksempler illustrerer på hver deres måde, hvordan fokus i de to aktiviteter – hjemme-hjælp og hjemmetræning – adskiller sig væsentligt i det daglige møde. Meget er fælles, og typisk skal en opgave løses, eks. at borgeren kommer op og i tøjet. Men der er en verden til forskel i, om opgaven som i hjemmehjælperen løses af hjemmehjælperen for den ældre, eller om hjemmetrænerne som i projekt hverdagsrehabilitering hjælper den ældre til at løse opgaven selv. Dette rummer for flere borgere potentiale for afslutning fra den almindelige hjemmehjælp – til ingen hjælp eller mindre hjælp – og er for andre en stor personlig tilfredsstillelse.

### *Hovedpointe nr. 2. Forskellen er tid*

Den anden iøjnefaldende forskel, som også bliver fremhævet af hjemmetrænerne til interview, er den tid, der er sat af til den enkelte borger. Når hjemmetrænerne ikke i deres tidligere arbejde i den almindelige hjemmehjælp havde samme fokus, som de har i dag, forklarer de det først og fremmest med, at de ikke havde tiden til det – for det, de gør som hjemmetrænere, er ikke noget nyt, de har lært. Det er det, de lærte på skolen, men som "der ikke tidligere var tid til".

Observationerne bekræfter, at tid er den nødvendige omkostning ved det ændrede fokus i projekt hverdagsrehabilitering. Det tager i langt de fleste tilfælde længere tid at lade borgeren løse opgaven selv, end det tager at løse opgaven for borgeren. Derfor er det heller ikke muligt at forestille sig, at den enkelte hjemmehjælper i mødet med den enkelte borger vil kunne skifte fokus, uden at der ændres i den tid, de får til rådighed.

*I nogle tilfælde* er tidsforskellen så lille, at hjemmehjælperen godt – med et ændret fokus – ville kunne understøtte den ældre i sin evne til egenomsorg. Efter tre dage i projekt hverdagsrehabilitering undrede det mig således såre, at hjemmehjælperen konsekvent skulle tage plastikken af sugerøret, selv om de ældre udmærket ville være i stand til det selv (og måske kunne gøre det, mens hjemmehjælperen løste en anden opgave). Det var karakteristisk, at de ældre blev sat ned, og at de ting, de havde brug for, blev sat foran dem. På den måde løste hjemmehjælperen sin opgave professionelt: hun sikrede, at hun havde styr på, hvad der foregik, og at den ældre fik, hvad den ældre havde behov for. Andre idealer ville imidlertid – uden ekstra tid – kunne skabe et andet fokus i denne situation.

*I andre tilfælde* er tidsforskellen så stor, at et ændret fokus ikke er nok. Det tager tid at lade den ældre selv klare sit morgentoilette, og man kan diskutere, hvor lang tid det er rimeligt, at hjemmetræne-

ren bruger på at lade den ældre varetage opgaven selv. Der er på baggrund af de foretagne observationer ingen tvivl om, at det er en stor tilfredsstillelse for de ældre videst muligt selv at klare opgaverne – og herunder ikke mindst de daglige toiletbesøg. Men det tager tid, og hvor lang tid, der kan bruges på den enkelte ældre, vil altid være en afvejning.

Datamaterialet tillader ikke systematisk vurdering af, hvilke typer af borgere, for hvem det kræver mere tid at lade borgeren klare opgaverne selv. To ting fremgår imidlertid:

*For det første* fremgår det, at tidsforbruget ved hjemmetræning i forhold til hjemmehjælp er kendetegnet ved et større tidsforbrug i starten af et hjemmetræningsforløb med mulighed (men ingen garanti) for senere at realisere et mindre tidsforbrug.

*For det andet* fremgår det, at tidsforbruget ved hjemmetræning i forhold til hjemmehjælp er kendetegnet ved store forskelle fra borger til borger. Eksempelvis er den tid, der er forbundet med at lære borger nr. 1 i afsnittet om hjemmetræning selv at klare sit daglige morgen-toilette, ikke meget større end den tid, der ville være forbundet med at løse opgaven for hende – og man når hurtigt en situation, hvor tidsforbruget er mindre – og støttebehovet til sidst ophører. Modsat den tid der er forbundet med at lade den lårbensbrudte borger nr. 3 i afsnittet om hjemmetræning klare størstedelen af sit daglige morgentoilette – og som både ligger langt ud over den tid, som hjemmehjælperne har til rådighed for løsning af samme opgave; og som ikke på kort sigt rummer mulighed for et lavere tidsforbrug.

I det videre arbejde med projekt hverdagsrehabilitering vil det være relevant med en nærmere diskussion og analyse af, hvilke typer af borgere der er kendetegnet ved hvilke tidsforbrugsprofiler.

### *Hovedpointe 3: Hjemmetrænerne efterspørger opgaver*

En tredje iøjnefaldende forskel mellem hjemmetrænerne og hjemmehjælperne arbejde er antallet af besøg, hver hjemmehjælper har på programmet en enkelt dag. Den hjemmehjælper, jeg fulgte, nåede fem besøg om formiddagen (fra 07-11.30), tre besøg i frokosttiden (fra 12-13) og fire besøg om eftermiddagen (fra 14-15).

Antallet af borgere, fortalte hjemmehjælperne til interview, vil variere fra dag til dag og fra hjemmehjælper til hjemmehjælper og afhænger af, hvor "tunge" borgerne er. Som jeg også så, er der stor forskel på morgen-, frokost- og eftermiddagsbesøgene, ligesom der er forskel på, om en given borger skal have sengevaske og i kørestolen, eller om borgeren "blot" skal have lagt et komprilanbind.

Det afgørende er, fortæller hjemmehjælperne, om den tid, der er sat af i kørelisten, stemmer med den tid, de rent faktisk bruger på borgeren (inklusive transport), og det stemmer for det meste rimeligt. Der, hvor "kæden falder af", er, hvis der er mange nødopkald ud over det planlagte, som de så skal finde plads til. Så ringer de og koordinerer og kan opleve stress, fordi de kommer bagud i forhold til kørelisten.

Samtidig er der stor forskel på, hvor travlt der er i forskellige perioder, ligesom der er stor forskel på travlheden i dagtid og vagt. Den dag, jeg var med den aktuelle hjemmehjælper på arbejde, var ikke nødvendigvis repræsentativ for travlheden. Men der er fortsat stor forskel mellem arbejdsbelastningen i grupperne og arbejdsbelastningen i projektet.

Hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering oplever det ikke som en styrke, at de ikke har fulde kørelister. Tværtimod giver flere udtryk for, at det er et problem, at de ikke har nok at lave. "Jeg gider ikke være på arbejde og kede mig", fortæller den ene hjemmetræner. Hjemmetrænerne håber, at der snart kommer flere borgere til projektet – for arbejdet med hjemmetræning er, som de beskriver, endog særdeles tilfredsstillende.

## Måltal og måltalsopfyldelse

Ved udgangen af januar 2009 havde (pilot)projekt hverdagsrehabilitering 33 borgere i aktivitet i projektet. Ni var på vej, og 31 afsluttet – heraf 19 som selvhjulpne, otte med lettere hjælp, tre med samme hjælp og én på grund af dødsfald.

Projektet havde siden d. 15.10. haft i alt 64 borgere.

Opgjort som succesrate svarer 19/64 til 30 % og  $(19+8=27)/64$  til 42 %. Pilotprojektet har således formået at vende 30 % i døren (mod forventet 25 %) og at gøre en "plejeøkonomisk" forskel for 42 % (de borgere der er vendt i døren samt de borgere, der er afsluttet med lettere hjælp).

I projektbeskrivelsen regnes der med, at projektet vil kunne vende 25 % af de inkluderede borgere i døren, og der tages ikke højde for borgere, der afsluttes med lettere hjælp. De foreløbige resultater peger på, at andelen af borgere, der kan vendes, måske er højere end forventet (5 procentpoint), samt at det er vigtigt også at regne med resultater i forhold til borgere, der afsluttes med lettere hjælp (12 procent).

I absolutte tal var det imidlertid forventningen, at pilotprojektet ville vende 20 ud af 80 inkluderede borgere i døren allerede inden den 31.12.2008.

Disse tal er end ikke ved udgangen af januar 2009 opnået (heller ikke selv om projektet er tæt på med 19 afsluttede borgere afsluttet som selvhjulpne og otte borgere afsluttet med lettere hjælp).

Projektet lider under et mindre antal borgere end forventet, hvilket aflæses i arbejdsbyrden for (især) hjemmetrænerne, men til dels også hjemmesygeplejersken<sup>13</sup>.

Hjemmetrænerne i projektet har megen spildtid, og distriktslederen har af denne årsag arbejdet aktivt med at opfordre hjemmetrænerne til – når de ikke havde noget at lave i projektet – at hjælpe deres gamle grupper. Denne opfordring har hjemmetrænerne taget op med forskellig ildhu:

- ◆ Nogle opsøger konsekvent og fra tidlig morgen deres gamle grupper, når de ikke har opgaver i projektet, og har i projektet tilnavne som "ugens gæst".
- ◆ Andre har fået at vide, at de ikke er velkomne i deres gamle grupper, hvorfor de enten hænger ud i projektet eller tager med deres kolleger på arbejde som 2'er eller 3'er.
- ◆ Igen andre har i en periode opsøgt deres gamle grupper, men er holdt op med det igen, fordi de oplever, at de på denne måde mister kontakten til projektet: udgår som del af fællesskabet og får ikke mere nye opgaver.

Konsekvensen af det forholdsvis lave antal borgere i projektet er, at det pt. er besluttet ikke at fordoble antallet af personale i projektet pr. 1.2.2009.

Samtidig arbejdes aktivt med at øge antallet af borgere i projektet ved aktiv henvendelse til de øvrige grupper, om de har borgere med rehabiliteringspotentiale.

## Borger- og medarbejdertilfredshed

Det er generelt kendetegnende for projekt hverdagsrehabilitering, at borgere såvel som medarbejdere i projektet er endog særdeles tilfredse med projektet. I det følgende redegøres der først for borgernes og derefter for medarbejdernes tilfredshed.

---

<sup>13</sup> For en nærmere diskussion af årsagerne til det forholdsvis lave antal borgere i projektet samt om strategier til at øge antallet af borgere i projektet henvises til afsnittet "Analyse og diskussion" side 46.

## Borgertilfredshed

Borgernes vurdering af pilotprojektet er generelt særdeles positiv. Betragtes datamaterialet for de 22 borgere, jeg har fået udleveret data om, fremgår det, at de generelt oplever en bedre formåen og livskvalitet ved projektafslutning, end de gør ved projektstart.

Terapeuter og hjemmesygeplejerske registrerer ved deres første møde med borgeren borgerens vurdering af sin egen udførelse af de aktivitetsproblematikker, der er identificeret ved hjælp af COPM, og deres tilfredshed med denne udførelse. Samtidig registrerer de borgerens generelle livskvalitet. Skalaen for udførelse og tilfredshed med udførelse af de aktivitetsproblematikker, der er identificeret ved hjælp af COPM, går fra 1-10, hvor 10 er det bedste. Skalaen for generel livskvalitet går fra 0-100, hvor 100 er det bedste. Registreringerne gentages ideelt set, når borgerne afsluttes fra projektet, og forskellen fra start til slut kan ses for et mål for de resultater, der er opnået, og borgernes tilfredshed hermed.

I Tabel 3 har jeg sammenfattet registreringerne ved start og slut for de i alt 22 borgere, jeg har fået udleveret data omkring. Tabellen viser, at 16 borgere har medvirket ved den første udfyldelse af COPM og 13 ved den sidste. Vurderinger af generel livskvalitet findes for 17 borgere på starttidspunktet og for 12 borgere på afslutningstidspunktet.

*Tabel 3. Gennemsnitlig difference i registrerede borgervurderinger ved start og slut (N=22)*

|                                                         | Start         | Slut          | Difference    |
|---------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Gennemsnitlig COPM "udførelsesscore" (skala fra 1-10)   | 2,4<br>(N=16) | 6,9<br>(N=13) | 5,2<br>(N=12) |
| Gennemsnitlig COPM "tilfredshedsscore" (skala fra 1-10) | 3,1<br>(N=16) | 7,0<br>(N=13) | 4,2<br>(N=12) |
| Gennemsnitlig livskvalitet (skala fra 0-100)            | 53<br>(N=17)  | 77<br>(N=13)  | 22<br>(N=12)  |

Borgernes gennemsnitlige vurderinger af, hvor godt de udfører de ved hjælp af COPM identificerede aktivitetsproblematikker (eks. at vaske tøj), er på starttidspunktet 2,4, mens den på sluttids-punktet er på 6,9. Der er for de borgere, der både har besvaret skemaet ved start og slut, en gennemsnitlig difference på 5,2 – hvilket i henhold til projektgruppen er højt i forhold til de resultater, der sædvanligvis opnås og dokumenteres med afsæt i dette måle- og arbejds-redskab.

Vurderingerne af, hvor tilfredse borgerne er med deres udførelse af samme aktivitetsproblematikker, er på starttidspunktet i gennemsnit 3,1, og på sluttidspunktet 7,0. Den gennemsnitlige difference for de borgere, der både har besvaret skemaet ved start og slut, er 4,2 – hvilket ligeledes vurderes at være højt i forhold til, hvad der normalt kan forventes.

I forhold til livskvalitet angiver borgerne i gennemsnit, at de befinder sig på 53 ud af 100 mulige ved projektopstart, og på 77 ved projektafslutning. Differencen for de borgere, der både har besvaret skemaet ved projektstart og projektafslutning, er på 22 point – hvilket repræsenterer en betydelig og målbar forbedring for de aktuelle borgere.

Samlet set viser registreringerne, at en betydelig del af de borgere, der er igennem projektet, og som jeg har fået udleveret data omkring, selv vurderer, at de bliver i stand til at klare de ved hjælp af COPM identificerede aktivitetsproblematikker bedre, og at de i høj grad er tilfredse hermed. Den generelle livskvalitet stiger ligeledes for en stor andel af de borgere, der har været igennem projektet, og som jeg har fået udleveret data omkring – men man må være opmærksom på og tolke angivelserne med forbehold, da jeg dels ikke har fået udleveret data for alle de borgere, der har været igennem

projektet, og da det dels typisk vil være sådan, at det er de bedst fungerende og mest tilfredse borgere, der både har besvaret skemaet ved start og slut, og hvis angivelser således tæller med i opgørelsen.

Ses der på det kvalitative materiale, var samtlige de fire borgere, der medvirkede ved interview, meget tilfredse projektet. Jeg havde valgt borgerne strategisk, således at én var "kritisk" i den forstand, at hun repræsenterede "det at have mistet" den daglige kontakt til sin hjemmehjælper gennem næsten et år, som jeg fra besøg hos borgeren vidste, hun havde værdsat<sup>14</sup>. Ved interview med borgeren fyldte dette tab imidlertid meget lidt i forhold til borgerens store stolthed og glæde over (næsten) selv at kunne klare sig – og det var tydeligt, at hun var mindst lige så glad for sine hjemmetrænere, som hun havde været for sin hjemmehjælper.

Borger nr. 2 var udvalgt, fordi jeg vidste, at han var afsluttet fra projekt hverdagsrehabilitering til almindelig hjemmehjælp og således ville kunne uddybe forskellen på de to regimer. Der var tale borgeren med komprilanbindet, der tidligere er omtalt. Ved besøget med hjemmetræneren havde jeg ikke lejlighed til at tale med ham – jeg forstod blot, at han tidligere havde været tilknyttet projektet. Interviewet blev således tilrettelagt med henblik på at uddybe forskellen, og det var ved interview, at han fortalte, hvordan han først havde været tilknyttet den almindelige hjemmehjælp, som havde givet ham sengebad, og efterfølgende var kommet over i projekt hverdagsrehabilitering, der havde hjulpet ham til at bade selv. Borgerens tilfredshed med projektet var næsten overvældende stor – og han var meget optaget af, hvordan han kunne føre "projektånden" videre, således at han også selv kunne løse opgaven med støttestrømpen.

Borger nr. 3 var udvalgt med henblik på at beskrive borgernes perspektiv på den træningssituation, jeg havde oplevet, og hvor hjemmetræneren med stoisk ro holdt hænderne i lommen og lod borgeren klare opgaven selv (borger nr. 4 fra afsnittet om hjemmetrænerens arbejde). Borgeren var, som jeg havde forventet, tilfreds med projektet og opfattede det også som rimeligt, at hjælpen ville stoppe. Hun ville bare ønske, at hun blev i stand til at klare sig, som hun tidligere havde gjort – og ønskede, at det kunne gå lidt hurtigt.

Borger nr. 4 var udpeget af gruppen som eksempel på en borger, der var afsluttet fra projektet uden hjælp. Der var tale om en ældre borger, der havde haft hoftebrud, og som nu var i stand til at klare sig selv. Jeg vidste fra hjemmetrænerne, at hun havde været ked af, at projektet skulle stoppe, og at de havde aftalt, at de kom tilbage til hende over nytår en sidste gang. Ved interview var borgeren meget glad for projektet og sit arbejde med hjemmetrænerne. De havde arbejdet meget med at lære hende at gå op og ned ad trappen til første sal – et mål der var blevet opnået – men hun kunne ikke vaske trappen selv, det måtte manden gøre.

Der er ikke kritiske røster i forhold til projektet blandt de borgere, der har medvirket ved interview, men det er ikke ensbetydende med, at alle borgere er lige så tilfredse, som dem der har a) besvaret det afsluttende spørgeskema, og b) medvirket ved interview.

Fra interview og observation af arbejdet i projektet er jeg bekendt med, at der har været borgere, der har været mindre tilfredse – i det mindste i perioder af projektforsløbet. Eksempelvis:

- ♦ en borger, der har haft besøg af sin søn, som ikke ser nogen værdi i gåture, men mener at moderen med projektet er blevet frataget sin rettighed til rengøring. Sønnen ville have, at moderen skulle klage.
- ♦ en borger, der tidligere har haft hjemmehjælp og som kræver servicering trods det, at hjemmetrænerne ved, at han ved andre lejligheder udmærket selv kan gå i køkkenet og lave mad.

---

<sup>14</sup> Det er borger nr. 1 i afsnittet om hjemmetrænerens arbejde.

Der er ikke på baggrund af evalueringen mulighed for at vurdere repræsentativiteten af disse udsagn og oplevelser. Det generelle indtryk er imidlertid på baggrund af evalueringen, at problemet er mindre og kun kendetegner en mindre gruppe af borgerne. Borgernes tilfredshed med projektet synes således umiddelbart generelt at være stor.

### **Medarbejdertilfredshed**

Der er generelt blandt medarbejderne meget stor tilfredshed med arbejdet i projekt hverdagsrehabilitering. Hjemmesygeplejersken såvel som hjemmetrænerne fremhæver ved interview, at de ikke vil tilbage den almindelige hjemmehjælp, og distriktslederen fortæller, hvordan de helt generelt i projektet har haft et påfaldende lavt sygefravær.

I forsøg på at uddybe, hvorfor arbejdet er så tilfredsstillende, fortæller hjemmesygeplejersken, at arbejdet svarer til det, de har lært på skolen, men som ikke kan realiseres i en presset dagligdag i hjemmeplejen, hvor de er nødt til at gå, selv om de ved, at det ville kunne gøre en enorm forskel for borgeren, hvis de kunne blive en halv time mere. Samme forklaring om, at de ikke gør noget nyt, men bare gør det, de har lært, findes hos hjemmetrænerne.

Hjemmetrænerne fortæller, at det er en fordel ved arbejdet som hjemmetræner, at det ikke er så stressende som arbejdet i den almindelige hjemmehjælp. En fortæller, at hun tidligere har været gået ned med stress og ser arbejdet i projektet som en mulighed for at få et arbejde, hvor det ikke skal være nødvendigt. En anden fortæller, at der virkelig kan være dage, hvor læsset vælter – typisk hvis der er sygdom eller andet går galt. Denne hjemmetræner trivedes dog udmærket i den almindelige hjemmehjælp frem til projektets begyndelse. Når hun ikke ønsker at vende retur, er det, fordi hun oplever arbejdet med borgerne som langt mere tilfredsstillende i projektet, fordi de skal nå noget – arbejder med et formål – og ikke blot skal passe på borgeren.

Distriktsleder, terapeuter og hjemmesygeplejerske fortæller ved interview, at hjemmetrænerne i høj grad er vokset i projektet. De har fået ansvar – og taget det. De oplever, at der bliver lyttet til dem, at deres meninger tæller, og det giver mod på at fortælle og have en holdning. De er vokset fagligt, arbejder selvstændigt og kommer med talrige gode ideer og forslag til, hvordan borgerne kan hjælpes til at klare sig selv.

Hjemmetrænerne og hjemmesygeplejerskerne er dem, der beretter om størst tilfredshed med arbejdet i projekt hverdagsrehabilitering. Distriktslederen, terapeuterne og visitatorerne er også engagerede i projektet. Men de oplever det ikke som samme trussel at skulle ende i "det gamle arbejde".

### **Opsummering**

Det fremgår af dette kapitel, at det praktiske arbejde med hverdagsrehabilitering udføres af hjemmetrænere med afsæt i en individuel rehabiliteringsplan, udarbejdet af terapeuter eller hjemmesygeplejerske med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske måleredskab COPM.

Visitationen er ansvarlig for visitation af borgere til projektet, evt. på baggrund af en faglig vurdering ved terapeut eller sygeplejerske. Terapeut eller sygeplejerske vil herefter bestille konkrete ydelsespakker til borgerne på baggrund af den individuelle rehabiliteringsplan.

Som ydelse adskiller hverdagsrehabilitering sig fra almindelig hjemmehjælp på mindst tre områder:

1. Fokus. Hvor hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering er optaget af at sætte borgerne i stand til selv at varetage opgaverne, er hjemmehjælperne i den almindelige hjemmehjælp optaget af at løse opgaverne for borgerne.

2. Tid. Hvor arbejdet med hverdagsrehabilitering er kendetegnet ved, at der bruges forholdsvis meget tid i starten, hvorefter borgeren ideelt afsluttes fra projektet, er hjemmehjælp kendetegnet ved et vedvarende tidsforbrug.
3. Mål. Hvor arbejdet i hjemmehjælpen tager udgangspunkt i de mål, der har dannet baggrund for visitationen af ydelser (eks. hjælp til personlig pleje), tager arbejdet med hverdagsrehabilitering udgangspunkt i de mål, der opstilles med afsæt i COPM.

Samtidig er der helt generelt en markant mindre arbejdsbelastning for hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering, end der er for hjemmehjælperne i den almindelige hjemmehjælp.

Den lavere arbejdsbelastning følger af, at der er færre borgere i projektet end forventet. Til gengæld er det større andele af borgere end forventet, der afsluttes til henholdsvis ingen hjælp (30 %) og mindre hjælp (12 %).

Tilfredsheden med projektet er generelt stor blandt borgere såvel som medarbejdere. Der er dog enkelte eksempler på borgere, der har oplevet tilbuddet i projektet som en forringelse i forhold til almindelig hjemmehjælp.

# Hverdagsrehabilitering i fremtiden

I dette kapitel diskuteres fremtiden for pilotprojekt hverdagsrehabilitering/delprojekt hverdagsrehabilitering. Først redegøres for medarbejder- og ledergruppers forventninger til projektet og opfattelser af udfordringer og løsningsmuligheder. Bagefter diskuteres en række konkrete emner til afklaring i det videre forløb.

## Forventninger og forhåbninger

Ved interview med hjemmetrænerne, distriktslederen, "tirsdagsgruppen" (visitatorerne, terapeuterne, hjemmesygeplejersken og distriktslederen) og ledergruppen (rehabiliteringschefen, lederen af genoptræningscenteret og lederen af visitationen – den faglige leder af hjemmesygeplejen var som følge af en beklagelig misforståelse ikke inviteret til at deltage), blev det diskuteret, hvad der var fremtiden for projekt hverdagsrehabilitering. Emner var:

- ♦ det overraskende lave antal af borgere i projektet, som skulle ses i forhold til forventningen om fordobling af personalet i februar 2009.
- ♦ spørgsmålet om projektafslutning og implementering til resten af pleje og sundhed.

I dette kapitel redegøres for gruppernes respektive holdninger til pilot- henholdsvis delprojektets fremtid, hvorefter der gives en samlet diskussion.

## Hjemmetrænerne

Ved interviewet med hjemmetrænerne blev det både diskuteret, hvordan der var færre borgere i projektet end forventet, og hvordan der var tanke om opløsning af pilotprojektet og udbredelse til resten af hjemmeplejen efter et år.

Vedrørende det lave antal borgere i projektet fremgik det, at hjemmetrænerne generelt gerne ville have mere at lave – men det skal være arbejde i projektet, og ikke i den almindelige hjemmepleje. Jeg spørger, om de ikke bliver opfordret til at hjælpe i deres egne grupper, og hjemmetrænerne bekræfter og forklarer, at:

*"... der er to, der gør det meget"*

*"Jeg gjorde det i starten, men jeg er holdt op, fordi jeg mister så meget herude"*

*"Man får ikke alt at vide om nye borgere"*

*"Du får heller ikke nye borgere, når du ikke er her".*

I forhold til pilotprojektets fremtid frygter hjemmetrænerne den planlagte opløsning efter et år. De er som tidligere nævnt meget glade for deres arbejde, og derfor er de først og fremmest usikre ved tanken om, at projektet evt. en dag skal opløses og udbredes til resten af pleje og sundhed. De ønsker ikke at vende tilbage til deres gamle arbejde og har også vanskeligt ved at se, hvordan det i praksis skal foregå i grupperne – om det skal være en fast gruppe på én eller to hjemmetrænere, der har ansvaret for arbejdet med hjemmetræning, eller om der er tale om en opgave, der skal gå på tur. Fordelen ved den sidste model er, at tilgangen bedre kan "smitte af" på gruppen som helhed. Men hjemmetrænerne håber meget, at de ikke kommer alene ud i grupperne. Hvis de skal ud, håber de, at det bliver to og to, og meget gerne sammen med en terapeut, så de har nogen at sparre med.

## **Distriktslederen**

Distriktslederen forklarer i forhold til det lavere antal borgere i projektet, at der er tale om et generelt problem for Fredericia Kommune som helhed. Hvor bliver borgerne af? Hun forklarer endvidere, at de i projektet aktivt arbejder på at finde flere borgere til projektet – blandt andet ved henvendelser til de gamle grupper – men at henvendelserne skal over visitationen, så der er styr på, hvem der inkluderes i projektet.

Hjemmetrænerne, forklarer hun, er ude i grupperne og hjælpe til – og "det har været godt, for de er ambassadører". Grupperne "får lidt gratis hjælp", forklarer hun, "og det er mange utrolig glade for – selv om der også er nogle, der er sure – og der får vi så samarbejde i gang mellem alle de her små tuer i Fredericia Kommune".

Jeg spørger uddybende ind til, hvem der er sure og hvorfor, og distriktslederen forklarer, at det blandt andet handler om, at de – i projektet – har mulighed for at arbejde på den måde, som de egentlig gerne ville arbejde på i grupperne. De har tiden, ressourcerne og økonomien – mens de andre oplever at være hårdt spændt for, og på denne baggrund ikke have mulighed for at realisere lignende resultater. Distriktslederen argumenterer imidlertid for, at det giver god mening at prøve ideen af i et projekt, og ikke bare implementere over alt. Og hun oplever en "optøning", som måske er "en lille start på et endnu større samarbejde i Fredericia Kommune".

I forhold til opfordringen til hjemmetrænerne om at tage ud i grupperne fortæller hun, at "der er nogle af dem, der ringer ud konstant, og der er nogen, jeg lige skal pege på. Andre kan ikke gøre det, fordi deres gruppe kører et spil, hvor de ikke vil have deres hjælp (...). [Der er også] nogle der ikke kan klare at arbejde det ene sted den ene dag og det andet sted den anden dag".

Ved interview med distriktslederen, terapeuterne, visitatorerne og hjemmesygeplejersken fremhæver jeg som interviewer, at der næsten altid er nogle i lokalet, hvilket bekræftes af terapeuterne, mens visitatorerne indskyder, at de [hjemmetrænerne] keder sig. Distriktslederen fortæller, at "en dag var jeg efter dem, og det har jeg ikke været siden. Men det er frustrerende for dem at sidde, og derfor har jeg også sagt til dem, at de skal tage ud i egne grupper eller tage ud to og to – for det lærer de noget af, også selvom borgerne ikke har brug for det".

Dimensioneringsmæssigt vurderer distriktslederen på interviewtidspunktet, at "i øjeblikket kunne der godt være færre". Hun fremhæver samtidig, at "det er en utrolig god lille gruppe. Den behøver ikke være større – og det er heller ikke sikkert, at den bliver mere effektiv, hvis den bliver større". Med den nuværende bemanning, vurderer hun, kan de have 32-36 borgere inde, alt efter tyngden – måske 40 hvis tyngden ikke er så høj.

I forhold til tiden efter pilotprojektet har distriktslederen nogle overvejelser om, hvordan alle nye borgere på sigt kan møde hverdagsrehabilitering. Hun siger: "Det kan godt være, at projektet bliver lukket", men "så bliver det sådan, at der bliver en gruppe – alle borgere der bliver udskrevet bliver vurderet, og så kommer de ud i den anden ende, når vi ikke kan gøre mere".

## **Visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder**

Visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder fremførte i forhold til det lave antal borgere i projektet, at effekten af de beslutninger om udvidelse af målgruppen, der var foretaget i pilotprojektet, endnu ikke var slået igennem. Visitatorerne forklarede, at de allerede nu oplevede et øget arbejdspress som følge af flere henvisninger fra deres kolleger af borgere, der potentielt kunne være relevante for projektet.

Gruppen diskuterede på denne baggrund, om der måske var behov for at knytte en tredje visitator eller måske en ekstra terapeut til projektet. I visitationen skulle alle visitatorer under alle omstændigheder være klar til at foretage vurderinger af borgere til projektet ved pilot-projektets afslutning. I gruppen var det mere uklart, om der var behov for en terapeut mere, eller om de to terapeuter i samarbejde med hjemmesygeplejersken fortsat ville kunne vare-tage opgaven.

I forhold til hjemmetrænerne diskuterede gruppen, hvordan det havde været forventningen, at de borgere, der blev tilknyttet projektet, havde et større plejebehov og var i projektet i længere tid. Projektet oplever således ikke bare et mindre antal borgere end forventet, men også at de borgere, der kommer til projektet, har et lavere tidsforbrug.

Jeg spurgte som interviewer, om der var potentiale for at tage nye typer af borgere ind, men gruppen vurderede, at de med de seneste ændringer i målgruppebeskrivelsen tog alle borgere, der var relevante. De ekskluderede terminale borgere og borgere med fremskreden demens, som de ikke vurderede, ville have gavn af projektet og inkluderede i øvrigt alle borgere med en mestringsevne på høj eller middel. I starten havde de diskuteret, om de også kunne tage borgere med, der ikke selv kunne sætte mål, og som ikke kunne udfylde spørge-skemaet – men det var de enige om at gøre nu.

Tanken om, at *alle borgere* skulle tilknyttes projektet forekom gruppen absurd. De fremhævede, at formålet var at vende borgerne i døren – til selvhjælp eller mindre hjælp.

I forhold til fremtiden er det gruppens forhåbning, at gruppen kan fortsætte, og gerne i sin nuværende størrelse (dvs. med ca. 12 hjemmetrænere). Arbejdet i visitationen skal udbredes, så alle visitatorer i fremtiden vil kunne visitere til projektet. Men selve gruppen håber deltagerne at fastholde stort set uændret som et tilbud til de nye borgere, der tilgår hjemmeplejen.

### Ledergruppen

I ledergruppen medvirkede rehabiliteringschefen samt de fagspecifikke ledere for terapeuterne (genoptræningschefen) og visitatorerne (lederen af visitationen). Den fagspecifikke leder af sygeplejerskerne var som følge af en beklagelig fejl ikke inviteret til at deltage.

Ved interviewet fremgik det, at lederne kun i begrænset omfang havde været involveret i løsning af praktiske problemstillinger, som det tværfaglige team og lederen af plejegruppen ikke alene kunne løse – men at de qua deres repræsentation i projektgruppen i høj grad havde været involveret i og havde holdninger til delprojektets udfordringer vedrørende a) det lave antal borgere i projektet, og b) pilotprojektets fremtid.

I forhold til det lave antal borgere i projektet fremførte lederne, at det var kommet som en overraskelse, og at der var tale om et problem, der skulle løses. Kriterierne for inklusion og eksklusion af borgere til projektet, fremfører rehabiliteringschefen, er blevet indført, fordi de troede, at de ville blive oversvømmet af borgere, og fordi de havde et behov for kontrol. Nu skal de "have hjemmetrænerne op og køre" – og hvis flaskehalsen er terapeuter, "så må vi skaffe nogle flere terapeuter til dem".

Ledergruppen diskuterede, hvordan der i projektet sker en selektion af borgere til projektet, og at de ikke får en begrundelse for de borgere, der vurderes ikke at tilhøre målgruppen/ikke at have behov for læring. De overvejede at sige, at alle borgere skulle have hverdagsrehabilitering.

I forhold til fremtiden forklarede lederne, at ideen var, at projektet skulle opløses efter projektperioden, og at det store spørgsmål er, hvordan det skal ske – hvordan man får 1200 medarbejdere til at få rehabilitering i fokus. Udfordringer der fremhæves er:

- ◆ at personalet allerede synes, de arbejder sådan
- ◆ at det er vanskeligt for personalet at slippe borgerne igen.

Som interviewer fremhævede jeg hertil, hvordan dagligdagen for den enkelte hjemmehjælper er styret af kørelisten – og hvordan det både kræver en ændret holdning og mere tid, hvis hjemmehjælperne skal arbejde på samme måde som hjemmetrænerne.

Vi diskuterede på denne baggrund, om der er tilstrækkelig fleksibilitet i systemet til, at distriktslederne kan give hjemmehjælperne mere tid "up front", hvilket igen hænger sammen med antagelsen om, at der kan spares til sidst. Vi var enige om, at der fortsat mangler læring i projektet om, hvilke typer af borgere for hvem det kan svare sig.

## Analyse og diskussion

Det fremgår af ovenstående, at der er ganske forskellige forventninger og forhåbninger til fremtiden for projekt hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.

### *Antallet af borgere i projektet*

Angående den lave arbejdsbelastning er visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og (især) distriktsleder fortrøstningsfulde. De forventer, at projektet med de seneste ændringer i inklusionskriterierne vil blive fyldt op til et niveau, der giver meningsfuld beskæftigelse for de nuværende 12 hjemmetrænere. Ledergruppen er mere betænkningsfuld og undrer sig over, hvilke borgere det er, der afvises fra projektet. Hjemmetrænerne ønsker mere arbejde, men foretrækker arbejde i projektet frem for arbejde i den almindelige hjemmehjælp.

Skal der gives en analyse af hvorfor der er færre borgere i projektet, så peger datamaterialet på flere relevante forhold. For det første fremhæves det af distriktslederen, at der generelt i Fredericia Kommune er kommet færre borgere end forventet, dvs. at der er tale om en form for sæsonudsving. For det andet fremhæves det af visitatorerne, at ikke alle deres kolleger er lige gode til at visitere til projektet, og at de nyeste ændringer i målgruppebeskrivelsen ikke er fuldt ud implementeret, dvs. at man over tid vil kunne forvente et større antal borgere blive henvist til projektet fra visitationen. For det tredje beskriver visitatorerne såvel som terapeuterne, at det, der er afgørende for deres vurdering af, om en borger er relevant målgruppe for projektet, er borgerens rehabiliteringspotentiale – og at de i løbet af de to måneder, projektet har kørt, er blevet mere åbne i deres tolkninger af, hvilke borgere der kan have gavn af at deltage i projektet. For det fjerde diskuterer ledergruppen muligheden for at ophæve inklusionskriterierne, og lade projektet være et tilbud til samtlige nye borgere, der tilgår den kommunale hjemmepleje.

Analysen udpeger visitatorers og terapeuters vurderinger af borgernes rehabiliteringspotentiale som et muligt indsatsområde, hvis et større antal borgere inden for rammerne af den eksisterende målgruppebeskrivelse skal inkluderes til projektet. Evt. sæsonudsving i antallet af borgere, der henvender sig, er det ikke muligt at påvirke. I visitationen kan der imidlertid gøres et målrettet arbejde med at sikre, at alle visitatorer er opdaterede på de seneste ændringer i målgruppebeskrivelserne, og at alle borgere, der vurderes måske at kunne have et rehabiliteringspotentiale, sendes videre til vurdering ved terapeuter eller hjemmesygeplejerske. Terapeuter og hjemmesygeplejerske kan forsøge at være mest muligt åbne i deres vurdering af borgernes rehabiliteringspotentiale, og de kan – gerne i dialog med visitatorerne og ledergruppen – foretage en analyse og diskussion af de borgere, der afvises fra projektet.

Udvides målgruppebeskrivelsen, så det bliver samtlige nye borgere, der tilgår den kommunale hjemmepleje, der inkluderes i projektet – og så det ikke længere er muligt at ekskludere borgerne til almindelig hjemmehjælp, vil antallet af borgere i projektet mere radikalt kunne øges. Projektet vil sam-

tidig i højere grad komme til at danne model for en almindelig hjemmehjælpergruppe – hvilket kan være relevant for implementeringen, jf. diskussionen nedenfor.

### *Pilotprojektets fremtid*

Angående pilotprojektets fremtid er visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder fortalere for den model, hvor pilotprojektet gøres permanent: Hvor der findes en ligevægt mellem medarbejdernes arbejdsbelastning, borgernes nytteværdi og den nuværende medarbejdergruppe (evt. suppleret med en ekstra terapeut). Ledergruppen betoner, at projektet efter et år skal afsluttes og udbredes til resten af pleje og sundhed – om end de er uklare på, hvordan udbredelsen mere konkret skal ske og drøfter flere forskellige modeller. Hjemmetrænerne forventer, men frygter pilotprojektets afslutning, og diskuterer forskellige modeller for tilbagevenden til den almindelige hjemmehjælp.

Forskellene mellem vurderingerne blandt på den ene side gruppen af visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder og på den anden side ledergruppen synes at være tæt relateret til spørgsmålet om, hvilke borgere der er målgruppe for projektet.

*I gruppen af visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder* er det den klare opfattelse, at det kun er borgere med rehabiliteringspotentiale, der bør være del af projektet. Tanken om, at alle borgere skulle kunne være målgruppe for projektet, forekommer dem absurd. De modeller for udbredelse til resten af pleje og sundhed, som de diskuterer, tager således alle udgangspunkt i a) identifikation af borgere med rehabiliteringspotentiale, b) et tilbud om hverdagsrehabilitering til disse borgere og c) afslutning af borgerne til almindelig hjemmehjælp, når hverdagsrehabiliteringsgruppen ikke vurderes at kunne gøre mere.

*I ledergruppen* er det opfattelsen, at alle borgere på sigt skal have hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering skal være det tilbud, borgere i Fredericia Kommune får – punktum. De nuværende kriterier for in- og eksklusion af borgere til projektet, anføres det, har udelukkende haft det praktiske formål at kontrollere tilgangen af borgere til projektet. Ideen var, at projektet langsomt skulle fyldes op med borgere, således at det kom til at ligne et almindeligt plejedistrikt.

Sammenholdes angivelserne ved interview med angivelserne i de projektbeskrivelser, der ligger forud for projektets introduktion, fremgår det, at der er klare paralleller mellem ledergruppens holdning, formålet for projekt længst muligt i eget liv og den hovedopgave, der er skitseret for delprojekt hverdagsrehabilitering (se nedenfor for en forklaring) – mens holdningen i gruppen af visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder i højere grad svarer til delprojektets formål og projektbeskrivelsens fremstilling af Fredericiamodellen (do.).

I det overordnede projektprogram: Længst Muligt i Eget Liv er det ambitionen at udvikle en ny model for samspil mellem den ældre borger og kommunen om rehabilitering, som handler om, hvordan de fysiske, sociale og kognitive evner kan fastholdes og styrkes, så den aldersbetingede svækkelse udskydes. Hovedopgaven i projekt hverdagsrehabilitering består i at udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, der er inspireret af Östersundmodellen.

Det er fælles for formålet med projekt Længst Muligt i Eget Liv og Östersundmodellen, at der både er et fokus på fastholdelse og styrkelse af evner. Dvs. at det både er borgere med og uden et decideret rehabiliteringspotentiale, der er målgruppe for indsatsen.

Her overfor står formålet med delprojekt hverdagsrehabilitering som er at forsinke entreen i plejen ved at gå fra kompenserende hjælp til rehabilitering, og formålet med hverdagsrehabilitering i Fredericiamodellen (vs. Östersundmodellen), som eksplicit er at sætte borgeren i stand til at klare sig selv. Med dette som afsæt følger det naturligt, at målgruppen er borgere med rehabiliteringspotentiale, og at opgaven slutter, når gruppen ikke kan gøre mere for borgeren.

Der er ingen sandheder om, hvad der er den rigtige målgruppe og det rigtige formål for delprojekt hverdagsrehabilitering. En væsentlig skillelinje ses imidlertid mellem de to forskellige forståelser, der er kommet til udtryk i interviewmaterialet. I det videre arbejde med pilotprojektet forekommer det væsentligt at indgå en dialog om, hvor projektet skal bevæge sig hen – om det skal genfinde sine rødder i projekt Længst Muligt i Eget Liv og Östersundmodellen – eller om det skal rendyrke den særlige Fredericiamodel, der er under udvikling i pilotprojektet.

Spørgsmålet er væsentligt og kobler sig tilbage til afgørelsen af, hvordan hverdagsrehabilitering skal forankres i Fredericia Kommune, når pilotprojektet afsluttes, og derefter: Hvordan det videre pilotprojekt skal tilrettelægges.

Er sigtet fuld integration i hjemmeplejen, som det kendes fra Östersund, kan det være formålstjenligt inden udbredelse enten a) at tilpasse borgergrundlaget for projekt hverdagsrehabilitering, så det svarer til borgergrundlaget for den almindelige hjemmepleje (dvs. inkludere alle nye borgere – og kun ekskludere de borgere, der kan afsluttes uden hjælp), eller b) at igangsætte et pilotprojekt nummer to der søger implementering i et eksisterende plejedistrikt.

Er sigtet fortsat at fokusere arbejdet på at sætte borgere med rehabiliteringspotentiale i stand til at klare sig selv, er udfordringen tilpasning af den nuværende organisation til den givne målgruppe. Hvis gruppen af visitatorer, terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder har ret, svarer det, når effekten af de seneste justeringer i målgruppebeskrivelsen er opnået, til den nuværende bemanning samt evt. en ekstra terapeut.

## Uddybning af problemstillinger

Det har været et ønske fra den projektgruppe, der er ansvarlig for delprojekt hverdagsrehabilitering, at se en række af de specifikke problemstillinger, der rejses i notatet, uddybet. Det gælder:

- ◆ opfattelserne i den traditionelle pleje om, at de også rehabiliterer borgerne med deres form for hjælp
- ◆ den valgte ledelsesstrategi – fordele og ulemper
- ◆ "den hårde nød" visitatorerne har skullet sluge jf. nederst side 12
- ◆ tidsaspektet – hvilke dele/situationer af hverdagsrehabilitering der fordrer mere tid, og hvilke der ikke gør
- ◆ den kultur og forandring, der skal til blandt hjemmehjælperne.

I dette afsnit diskuteres problemstillingerne en efter en i det omfang, det er muligt på baggrund af det eksisterende datamateriale.

## Rehabiliterer hjemmehjælpen?

Analysen i dette notat demonstrerer, at der er store forskelle mellem hjemmehjælp og hjemmetræning, både hvad angår tid, fokus og mål. Samtidig er det angiveligt en udbredt opfattelse i hjemmehjælpen, at de også rehabiliterer<sup>15</sup>.

Jeg har i forbindelse med dette projekt haft anledning til at interviewe fire hjemmehjælpere fra et almindeligt plejedistrikt om forskellen mellem deres arbejde og arbejdet i projektet. Reaktionen var en smule forskellig fra hjemmehjælper til hjemmehjælper:

---

<sup>15</sup> Hørt ved interview med samtlige projektdeltagere, når de fortæller om hjemmehjælpens holdninger til projekt hverdagsrehabilitering.

En mente umiddelbart, at: "Det er jo meget, det vi går og laver", men fortsatte, at: "men vi slipper dem måske ikke så hurtigt... Måske er det nogle andre, de koncentrerer sig om, end dem vi koncentrerer sig om".

En anden mente, at: "de kan måske lidt mere, de står og dirigerer – men vi gør jo heller ikke noget, som borgeren selv kan (...). Hvis de selv kan, så skal de det, det lærer vi jo på skolen".

Interviewet bekræfter, at hjemmehjælperne generelt ikke ser den store forskel mellem det arbejde, de selv foretager, og det arbejde der foretages i projektet. Det er kendetegnende, at de mener, at det "meget" er det, de går og laver, idet de "jo heller ikke gør noget, som borgeren selv kan", fordi "det har de lært på skolen".

Disse angivelser bekræftes af interviewene med hjemmetrænerne i delprojekt hverdagsrehabilitering, der ligeledes ved interview fortæller, at det de gør – som hjemmetrænere – ikke er noget nyt, de har lært, men det samme de lærte på skolen. Når deres arbejde i dag adskiller sig fra det arbejde, de tidligere udførte som hjemmehjælpere i den almindelige hjemmehjælp, skal det dels ses som følge af det ændrede fokus (deres opgave er en anden, nemlig at sætte borgere i stand til at klare sig selv), men først og fremmest som følge af den ekstra tid, de får til rådighed for den enkelte borger i projektet.

Mine observationer af hjemmehjælp vs. hjemmetræning viste, at der godt kan være forskel mellem det, som hjemmetrænerne siger at de gør, og det de gør i praksis. Når hjemmehjælperne således ved interview fortæller, at de "jo heller ikke gør noget, som borgeren selv kan", så svarer det ikke til mine observationer, hvor der var talrige eksempler på, at opgaver blev løst for borgeren, som borgeren selv kunne varetage. Jeg skal her blot nævne et enkelt eksempel:

- ♦ En borger, der er så selvhjulpent, at vedkommende selv kan gå ud og handle, der bliver sat ned, mens hjemmehjælperen tager den mad ud af køleskabet, som en anden hjemmehjælper har smurt, piller plastikken af tallerkenen, sætter den foran borgeren, henter en energidrik, fjerner plastikken fra sugerøret og placerer den foran borgeren.

Det er muligt, at denne borger kan have brug for hjælp til at få spist sin middagsmad. Men borgeren vil udmærket selv kunne tage sin mad og sine drikkevarer frem, og anrette dem for sig selv under hjemmehjælperens supervision. Det er det, der er tilgangen i projekt hverdagsrehabilitering, hvor hjemmetrænerne ved at "holde hænderne på ryggen" tilstræber at lære borgerne at løse opgaverne selv. Hermed kommer også en praktisk forskel på den ydelse, der leveres – uagtet at hjemmetrænerne vurderer, at de jo heller ikke gør noget, som borgerne kan selv, for det har de lært på skolen.

Fragmenter af denne forskel *findes* faktisk i citaterne fra hjemmehjælperne, idet den ene hjemmehjælper ved interview anfører, at hjemmetrænerne måske "står og dirigerer" – men det er ikke den opfattelse, der er mest fremtrædende.

Den anden hjemmehjælper har samtidig en væsentlig pointe, idet hun fremfører, at det måske er nogle andre typer af borgere, som hjemmetrænerne koncentrerer sig om – for det er en selekteret gruppe – og idet det samtidig er en forskel, at hjemmehjælpen ikke slipper sine borgere så let.

Samlet set bekræfter interviewet med hjemmehjælperne og hjemmetrænerne, at der er en opfattelse i den almindelige hjemmepleje af, at der i stort omfang er sammenfald mellem det, de gør, og det arbejde der bliver gjort af hjemmetrænerne. Interviewene viser samtidig, at det er en væsentlig del af årsagen, at det hjemmetrænerne gør, i stort omfang svarer til det, de og hjemmehjælperne har lært i skolen. Med ændrede rammer i form af mere tid og et ændret fokus for arbejdet leverer hjemmetrænerne i dag en ganske anderledes ydelse til en selekteret gruppe af borgere. Muligheden for, at hjem-

mehjælperne i fremtiden kan komme til det samme, er imidlertid klart til stede, idet de deler et fælles værdigrundlag for arbejdet.

### Ledelsesstrategiens fordele og ulemper

Pilotprojektet hverdagsrehabilitering har en forholdsvis kompliceret ledelsesstruktur:

- ◆ Hjemmetrænere og hjemmesygeplejerske ledes af distriktslederen.
- ◆ Distriktslederen refererer til den faglige leder af sygeplejersker.
- ◆ Visitatorerne refererer til lederen af visitationen.
- ◆ Terapeuterne refererer til lederen af genoptræningscenteret.
- ◆ De faglige ledere af sygeplejersker, visitatorer og terapeuter er i fællesskab med rehabiliteringschefen ansvarlige for at løse de problemer, som distriktsleder, hjemmesygeplejerske, visitatorer og terapeuter ikke selv kan løse.

Jeg har ved interview haft anledning til at drøfte forskellige aspekter ved ledelsesstrukturen med deltagerne i projektet. Generelt fremgår det, at hjemmetrænerne og hjemmesygeplejerskerne oplever deres ledelsesmæssige reference til distriktslederen som naturlig og meningsfuld, mens distriktslederen selv har været overrasket over at referere til den faglige leder af sygeplejersker og ikke til rehabiliteringschefen, der er projektleder for delprojekt hverdagsrehabilitering.

Distriktslederens forundring giver mening, fordi hverdagsrehabilitering er organiseret som og har identitet som et *projekt*, hvorfor det er naturligt for hende at tænke sin reference til lederen af *projektet*. Hendes faktiske reference til den faglige leder af sygeplejersker giver imidlertid også mening, idet der er tale om et *pilotprojekt* der på sigt tænkes implementeret til resten af pleje og sundhed, hvorfor det bør modelleres på linje med fremtidens organisation.

Visitatorernes reference til lederen af visitationen opleves af visitatorerne som naturlig og meningsfuld, hvilket skal ses i tæt sammenhæng med deres fysiske placering i visitationen og ikke i delprojektet.

Terapeuternes reference til lederen af genoptræningscenteret er et emne, der i høj grad har været diskuteret ved interview. Det fremgår her, at baggrunden for terapeuternes reference er et ønske fra terapeuterne selv. I Östersund refererer terapeuterne organisatorisk til lederen af det lokale distrikt, men har samtidig faglig reference til en kommunal terapeut. I Fredericia blev det forud for projektstart valgt, at terapeuterne organisatorisk såvel som fagligt skulle have reference til lederen af genoptræningscenteret. Men på interviewtidspunktet angiver terapeuterne, at de på mange måder ville finde det mere naturligt at referere til distriktslederen, som de rent fysisk sidder sammen med, og som de oplever at have et godt og tæt samarbejde med i dagligdagen.

I andre sammenhæng er terapeuters reference til ikke-terapeuter et udpræget diskussionspunkt, og det fremgår, at mange terapeuter har modvilje mod at referere til ikke-terapeuter, fordi de er bange for, at det vil medføre en trussel mod deres terapeutiske faglighed<sup>16</sup>. I det omfang pilotprojektet skal danne skole for den samlede organisering i Fredericia Kommune er dette en relevant pointe, idet det kan være svært at rekruttere terapeuter til stillinger under ikke-terapeutisk ledelse (også selvom terapeuterne efter ansættelse godt vil kunne se sig herunder).

---

<sup>16</sup> Der er refereres her til notatet: Strategisk organisering af fysioterapeuter og ergoterapeuter på fremtidens hospitaler. Oplæg til brug for intern drøftelse i Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, udarbejdet af Pia Kürstein Kjellberg og Susanne Reindahl Rasmussen, Dansk Sundhedsinstitut, februar 2008. Tilgængelig via [http://www.etf.dk/fileadmin/bruger\\_upload/dokumenter/FAG\\_FORSKNING/Depu/debatfiler/DSI\\_rapport\\_om\\_fremtidens\\_organisering\\_paa\\_sygehusene.pdf](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Depu/debatfiler/DSI_rapport_om_fremtidens_organisering_paa_sygehusene.pdf)

"Ledergruppen" defineret som de faglige ledere af visitatorer, terapeuter og hjemmesygeplejerske i tværfagligt team samt rehabiliteringschefen med afsæt i projektbeskrivelsen for delprojekt hverdagsrehabilitering har ingen særegen gruppeaktivitet, men mødes med teamet i flere forskellige sammenhænge.

For det første afholdes der iht. samtale med rehabiliteringschefen hver 14. dag møder mellem rehabiliteringschefen, lederen af visitationen, lederen af genoptræningscenteret og "teamet" – her defineret som visitatorerne, terapeuterne, hjemmesygeplejersken og distrikts-lederen.

For det andet afholdes der månedlige møder i projektgruppen, som ud over ovennævnte består af pleje- og sundhedschefen, den faglige leder af sygeplejersker og lederen af hjælpemiddelfsnittet.

Jeg havde ikke i forbindelse med observation lejlighed til at deltage i de 14. dags møder mellem rehabiliteringschefen, lederen af visitationen, lederen af genoptræningscenteret og teamet. Til gengæld deltog jeg i ét møde i projektgruppen. Det fremgik heraf (og af efterfølgende interview), at rehabiliteringschefen fungerer som mødeleder og "terrier" i forhold til diskussion af projektets økonomi, måltal og borgerantal – men at hun samtidig oplever, at der kan være langt fra hendes bord til den konkrete ledelse af projektet.

Udefra set er der en meget stor afstand mellem projektledelsen og den daglige ledelse i projekt hverdagsrehabilitering. Det gælder ikke så meget visitatorerne, som det gælder terapeuterne og distrikts-lederen i "projektet". Begge parter giver ved interview udtryk for, at der er en form for modsætning mellem (på den ene side) deres identitetsmæssige tilknytning til projektet, hvormed distriktslederen bliver den naturlige leder af terapeuterne og rehabiliteringschefen den naturlige leder af distriktslederen, og (på den anden side) deres formelle referencer til henholdsvis lederen af genoptræningscenteret og den sygeplejefaglige leder. Den dag, der ikke længere er tale om et projekt – og hvis planen er udbredelse til resten af pleje og sundhed – kan der imidlertid være god mening i disse referencer. Det er i implementeringsøjemed en styrke at forankre projektet bredt til den samlede ledergruppe, som det ses med de formelle referencer og sammensætningen af den overordnede projektgruppe. I det videre pilotprojekt kan det imidlertid være en løsning på den oplevede distance mellem projektledelse, distriktsleder og terapeuter i projekt hverdagsrehabilitering, at leder af genoptræningscenteret og den sygeplejefaglige leder påtager sig en mere aktiv ledelsesmæssig rolle.

### **Visitatorernes "hårde nød"**

Den "hårde nød", som visitatorerne "har skullet sluge", handler om, at de kan visitere en borger til projektet på baggrund af en vurdering af, at borgeren er berettiget til én form for hjælp (eks. rengøring hver 14. dag), og terapeuterne og hjemmesygeplejersken efterfølgende, på baggrund af den vurdering af borgeren de foretager med afsæt i COPM, kan visitere borgeren til noget ganske andet (eks. hjælp til gåture tre gange om ugen). Visitatorerne har accepteret denne "målforskydning", fordi de efterfølgende kan afslutte borgeren med henvisning til, at kan han gå tur, kan han også gøre rent.

Ved interview med visitatorerne, terapeuterne, distriktslederen og hjemmesygeplejersken diskuterer vi kort dette emne. Visitatorerne fremfører, at projektet ikke bør udvikle sig til et tag selv-bord. Terapeuterne fremfører, at der er grænser for, hvad borgerne kan visiteres til – deres arbejde tager udgangspunkt i COPM, som vedrører borgerens hverdagsliv, og fx er det ikke muligt for borgeren at få støtte til at rejse til Florida.

Det er min vurdering, at COPM er et særdeles operationelt redskab for arbejdet med hverdagsrehabilitering, og at det er en interessant erfaring, at afsættet i COPM i pilotprojektet har givet mulighed for, at hjemmesygeplejersken kan varetage en del af det, der oprindeligt var tænkt som terapeuternes arbejde. Terapeuter, hjemmesygeplejerske og hjemmetrænere fremhæver det desuden som en stor

fordel for arbejdet med hjemmetræning, at der arbejdes med målsætninger, som borgeren selv har været med til at opstille.

Samtidig kan det være gunstigt i det fremtidige projektarbejde at forholde sig til sammenhængen mellem de hverdagsrehabiliterende ydelser, som borgeren modtager, og resultatet i form af andelen af borgere, der afsluttes fra projektet til mere eller mindre hjælp. Især hvis alle borgere, der indgår i den kommunale ældrepleje, på sigt skal have tilbud om hverdags-rehabilitering, er det relevant at diskutere, hvori det konkrete hverdagsrehabiliteringstilbud nærmere skal bestå.

### **Tidsaspektet**

Jeg har kun begrænset data til at kunne vurdere, hvilke borgere og opgaver der kræver mere tid for hjemmetræning, end det gør for hjemmepleje. I henhold til interview med hjemme-trænerne er det samtlige opgaver. I henhold til observation er der store forskelle mellem på den ene side "borger nr. 1", der hurtigt kunne hjælpes igennem sit personlige toilette, og hvor tidsforskellen måske drejede sig om et kvarter til det første besøg, og fem minutter til de efterfølgende. Og på den anden side borger nr. 3, der kan bruge op til tre kvarter på et toiletbesøg med efterfølgende vask, hvilket i hjemmeplejen kan klares på 10 minutter.

En nærmere analyse heraf kræver systematisk gennemgang og diskussion af de borgere, der har været tilknyttet projektet. Dette vil imidlertid være et væsentligt afsæt for arbejdet med forberedelse af implementering til den samlede hjemmepleje.

### **Kulturforandringen**

At der er tale om en kulturforandring i den samlede hjemmepleje, er der ingen tvivl om, og derfor er der heller ingen tvivl om, at implementering af hverdagsrehabilitering til resten af pleje og sundhed ved pilotprojektets afslutning er en stor opgave.

Analysen viser imidlertid, at der er et solidt kulturelt grundlag at bygge på, idet hjemmetrænernes arbejde i stort omfang er en udmøntning af, hvad hjemmetrænere såvel som hjemmehjælpere oprindeligt har lært på skolen. I projekt hverdagsrehabilitering har ændrede rammer i form af tid og et ændret fokus, der er understøttet af rehabiliteringsplaner og tæt sparring med terapeuter og hjemmesygeplejerske, skabt markante ændringer i den ydelse, der gives. Lignende resultater må forventes at kunne skabes i hjemmeplejen som helhed ved en lignende ændring af rammebetingelser. Hjemmehjælperne og hjemmetrænerne har imidlertid væsentlige pointer, når de fremhæver, at projekt hverdagsrehabilitering i dag arbejder med en selekteret borgergruppe, og at hverdagsrehabilitering tager tid. Understøttes hjemmehjælpernes arbejde ikke af tilpassede kørelister og faglig support, er det svært at forestille sig tilsvarende ændringer.

# Konklusion

Fredericia Kommune igangsatte i oktober 2008 pilotafprøvningen af en model for hverdagsrehabilitering, der skulle udskyde og/eller mindske behovet for kompenserende hjælp og støtte i kommunen ved et intensivt tilbud om rehabilitering i hjemmet.

Det praktiske arbejde med hverdagsrehabilitering udføres af plejepersonale i rollen som "hjemmetrænere" med afsæt i en individuel rehabiliteringsplan, der er udarbejdet af terapeuter eller hjemmesygeplejerske med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske måleredskab COPM.

COPM er et redskab til at identificere menneskers aktivitetsproblematikker vedrørende egen omsorg, arbejde og fritid. I projekt hverdagsrehabilitering formuleres der med afsæt i COPM op til fem problemstillinger, der skal danne udgangspunkt for arbejdet med hjemmetræning.

Det er i udgangspunktet alle borgere, der vurderes at have "rehabiliteringspotentiale", der visiteres til projektet. På evalueringstidspunktet diskuteres det imidlertid, hvordan og hvorvidt målgruppen kan og bør forøges, således at det i fremtiden er samtlige borgere i den kommunale hjemmepleje, der skal gives hjemmetræning.

Som ydelse adskiller hverdagsrehabilitering sig fra almindelig hjemmehjælp på mindst tre områder:

1. Fokus. Hvor hjemmehjælperne i den almindelige hjemmehjælp er optaget af at løse opgaverne for borgerne, er hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering optaget af at sætte borgerne i stand til selv at varetage opgaverne.
2. Tid. Hvor arbejdet med hjemmehjælp er kendetegnet ved et vedvarende tidsforbrug til pleje og støtte af den enkelte borger, er hverdagsrehabilitering kendetegnet ved, at der bruges forholdsvis meget tid i starten af et forløb, hvorefter borgeren ideelt afsluttes fra projektet (eller evt. afsluttes til mindre hjælp).
3. Mål. Hvor arbejdet i hjemmehjælpen tager udgangspunkt i de mål, der har dannet baggrund for visitationen af ydelser (eks hjælp til personlig pleje), tager arbejdet med hverdagsrehabilitering udgangspunkt i de mål, der opstilles med afsæt i COPM.

Pilotprojektet hverdagsrehabilitering har flotte procentuelle måltal, idet 42 % af de deltagende borgere er afsluttet til henholdsvis ingen hjælp (30 %) og mindre hjælp, end de ellers ville have fået (12 %).

Tilfredsheden med projektet er samtidig stor blandt de deltagende borgere og medarbejdere.

Pilotafprøvningen af hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune er planlagt som et udviklingsprojekt over et år. I denne periode skal projektet justeres, og der skal udarbejdes en plan for udbredelse af hverdagsrehabilitering til resten af pleje og sundhed.

Evalueringen peger på, at der er en tæt sammenhæng mellem hvilke justeringer, der er behov for i pilotprojektet, og den plan for udbredelse der vælges. Væsentligt er det især at afgøre, om det i fremtiden er alle borgere i den kommunale hjemmehjælp, der skal tilbydes hverdagsrehabilitering, eller om tilbuddet også i fremtiden skal reserveres borgere med "rehabiliteringspotentiale".



## Bilag 1. Dataoversigt

Data inkluderer observationer, interview, skriftligt materiale og borgermateriale. I dette bilag gives en samlet oversigt over det anvendte datamateriale.

### *Observationer*

| Dato       | Sted                                                                                     | Fokus                                                                                                                    |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.12.2008  | Projekt hverdagsrehabilitering                                                           | Terapeuternes, hjemmesygeplejerskens og distriktsleders arbejde                                                          |
| 2.12.2008  | Visitationen (formiddag)<br>Visitatormøde i projekt hverdagsrehabilitering (eftermiddag) | Visitatorerne og deres samarbejde med terapeuter, hjemmesygeplejerske og distriktsleder i projekt hverdagsrehabilitering |
| 10.12.2008 | Projekt hverdagsrehabilitering                                                           | Hjemmetrænerens arbejde                                                                                                  |
| 11.12.2008 | Et almindeligt hjemmepleje-distrikt                                                      | Hjemmehjælperens arbejde                                                                                                 |

### *Interview*

#### 4 borgerinterview (individuelle interview)

- ◆ Borger 1: inkluderet til projektet fra den almindelige hjemmehjælp
- ◆ Borger 2: afsluttet fra projektet til den almindelige hjemmehjælp
- ◆ Borger 3: borger i projektet der ikke umiddelbart forventes afsluttet
- ◆ Borger 4: borger i projektet der kan forventes afsluttet.

#### 4 leder- og medarbejderinterview (gruppeinterview)

- ◆ Hjemmetrænerne (fire deltagere)
- ◆ Hjemmehjælperne (fire deltagere)
- ◆ Visitatorerne, terapeuterne, hjemmesygeplejersken og distriktslederen (fem deltagere)
- ◆ Ledergruppen (tre deltagere).

### *Skriftligt materiale*

- ◆ Projektbeskrivelsen for projekt Længst muligt i eget liv: version 4 af 22-09-2008
- ◆ Projektbeskrivelsen for delprojekt hverdagsrehabilitering: version 3 af 18-09-2008
- ◆ Bogen: Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Marita Månsson, Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg 2007.

### *Borgermateriale*

- ◆ Anonymiseret skriftligt materiale vedr. 22 borgere, der er afsluttet fra projektet, udleveret af terapeuterne
- ◆ Angivelser om hvor mange borgere der har deltaget i og er afsluttet fra projektet pr. 31.1.2009, tilsendt fra terapeuterne.

