

Marie Henriette Madsen, Iben Emilie Christensen, Pia Kürstein Kjellberg,
Jakob Kjellberg og Rikke Ibsen

Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune

Organisations- og økonomianalyse



Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune. Organisations- og økonomianalyse kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-808-6

Projekt 10083

Februar 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Ældreområdet i de danske kommuner gennemgår i disse år store forandringer. Rehabilitering er et nøgleord, idet der er stigende fokus på, hvordan ældre borgere kan støttes i at bevare eller forbedre deres funktionsevne. Formålet er i videst muligt omfang at fastholde borgernes selvhjulpethed og uafhængighed med henblik på øget livskvalitet for borgerne og effektiv brug af de kommunale ressourcer. Denne forandring kræver nye funktioner, nye samarbejdsflader og nye opgaver, og aktuelt eksperimenteres der med forskellige former for omorganisering i den kommunale hjemmepleje.

Denne evaluering ser nærmere på Esbjerg Kommunes model for rehabilitering på ældreområdet. Denne model, "Gør borgeren til mester", indeholder både en ny indsats, en ny arbejdsdeling og nye værktøjer. Et af disse værktøjer, Borgerhjulet, er udviklet af Esbjerg Kommune og skal understøtte dialogen mellem medarbejdere og borgere, bl.a. om at definere mål for den rehabiliterende indsats.

I denne evaluering analyserer vi:

- styrker og svagheder ved modellen som helhed
- de foreløbige erfaringer med Borgerhjulet
- effekterne af modellen i form af ændrede mønstre i forbruget af indsats

Pia Kürstein Kjellberg (KORA) var projektleder for evalueringen frem til september 2013 og har indsamlet evalueringens kvalitative datamateriale samt medvirket i det indledende analysearbejde. Marie Henriette Madsen (KORA) har været projektleder fra september 2013 og har sammen med Iben Emilie Christensen (KORA) gennemført analysen af styrker og svagheder ved "Gør borgeren til mester" og erfaringerne med Borgerhjulet. Jakob Kjellberg (KORA) og Rikke Ibsen (iTracks) har gennemført analysen af indsatsmønstret. Analyse- og Forskningschef i KORA, Vibeke Norman Andersen, har læst internt review på rapporten.

Evalueringen er bestilt og finansieret af Esbjerg Kommune. Esbjerg Kommune har desuden været behjælpelig med tilrettelæggelse af dataindsamlingen og har haft den endelige rapport til gennemsyn for faktuelle fejl og mangler inden offentliggørelsen.

KORA ønsker at takke ledere, personale og borgere i Esbjerg Kommune samt styregruppen for "Gør borgeren til mester" for at bidrage til denne evaluering igennem deltagelse i interview og observationsrunder og for at levere kvantitative data og skriftligt materiale.

Også tak til Tina Hedemann Jørgensen, Centerchef ved Social, Sundhed og Ældre, Stevns Kommune og Jeppe Agger Nielsen, Adjunkt ved Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet for eksternt review og for at bidrage med gode og konstruktive kommentarer til evalueringen.

Marie Henriette Madsen
Februar 2014

Indhold

Sammenfatning	6
1 Indledning	8
1.1 Hvad er "Gør borgeren til mester"?	8
1.2 Hvad er formålet med evalueringen?	8
1.3 Hvilke data bygger evalueringen på?	8
1.4 Rapportens struktur	9
2 Gør borgeren til mester	10
2.1 Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering	10
2.1.1 Forandringsprocessen	11
2.1.2 Borgerens vej	11
2.1.3 Nye hverdagsrehabiliterende indsatser	12
2.1.4 Nye roller og procedurer	13
2.1.5 Nye værktøjer	15
2.1.6 Involvering og kompetenceudvikling	15
2.2 Borgerhjulet	16
2.2.1 Baggrund for udvikling af Borgerhjulet	16
2.2.2 Formål med Borgerhjulet	17
2.2.3 Processer og roller	18
2.2.4 Hjælpekort og målkort	18
2.3 Sammenfatning	19
3 Esbjerg-modellen i praksis	20
3.1 Visitation	20
3.1.1 Observation og diskussion af borgereksempler	20
3.2 Teamet	22
3.2.1 Kulturændring i hjemmeplejen	22
3.2.2 Indsatsen 1.1.3.5 – den åbne helhedsorienterede indsats	24
3.3 Tovholderfunktionen	25
3.4 Hjemmesygeplejerskernes rolle	25
3.5 Terapeuternes rolle	26
3.6 Ledelsesperspektiver på Esbjerg-modellen	26
3.7 Sammenfatning	28
4 Borgerhjulet	29
4.1 Erfaringer med Borgerhjulet	29
4.1.1 Visitatorernes perspektiv	29
4.1.2 Hjemmesygeplejerskeres perspektiv	30
4.1.3 Terapeuternes perspektiv	30
4.1.4 Social- og sundhedsmedarbejdernes perspektiv	31
4.1.5 Teamledernes perspektiv	32
4.1.6 Styregruppens perspektiv	33

4.1.7	Distriktschefernes perspektiv	33
4.1.8	Borgernes perspektiv	34
4.2	Sammenfatning	34
5	Indsatsmønster før og efter	36
5.1	Populationen	36
5.2	Indsatsmønster- og omfang før og efter "Gør borgeren til mester"	37
5.2.1	Borgere, som har afsluttet forløbet "Gør borgeren til mester"	38
5.2.2	Brug af hjemmepleje efter afsluttet forløb	39
5.2.3	Indsatsmønsteret blandt borgere som fortsat modtager hjemmepleje efter afsluttet forløb	41
5.2.4	Det specifikke indsatsmønster før og efter deltagelse i forløbet	42
5.3	Sammenfatning	44
6	Konklusion	45
6.1	Forankring og udbredelsen af en rehabiliterende tankegang	45
6.2	Den tværfaglige indsats og integration af teamet omkring borgeren	46
6.3	Værktøjer nu og i fremtiden	46
6.4	Borgerne og "Gør borgeren til mester"	48
6.5	Effekten på forbrug af indsatser	48
	Litteratur	49
	Bilag 1: Antal borgere som stopper, fortsætter eller starter med at modtage specifikke indsatser efter deltagelse i "Gør borgeren til mester"	50

Sammenfatning

I denne evaluering har vi undersøgt Esbjerg Kommunes model for rehabilitering på ældreområdet, "Gør borgeren til mester". Esbjerg-modellen inkluderer en ny indsats, en ny arbejdsdeling blandt medarbejderne og nye værktøjer til brug for udredning og til at sætte mål sammen med borgeren. Den nye indsats er en hverdagsrehabiliterende indsats, som kan gives i en to ugers periode med henblik på at afklare, hvilke mål der skal arbejdes med. Den nye arbejdsdeling består i, at der er etableret en tovholderfunktion, der er ansvarlig for at udarbejde borgerens rehabiliteringsplan og er gennemgående for det enkelte borgerforløb. De nye værktøjer består i et såkaldt Borgerhjul, målkort og motivationssamtale. Borgerhjulet er et redskab udviklet af Esbjerg Kommune med det formål at støtte visitatorer og tovholdere i dialogen med borgeren om deres behov og ønsker.

Evalueringen omfatter en analyse af styrker og svagheder ved modellen som helhed, en analyse af de foreløbige erfaringer med Borgerhjulet og en analyse af effekterne af modellen i form af ændrede indsatsmønstre.

Esbjerg-modellen

Evalueringen viser, at den rehabiliterende tilgang grundlæggende er blevet en del af de enkelte faggruppers tankegang, men at det er en tankegang, som skal fastholdes som fokusområde af både ledere og medarbejdere. Overordnet set er mange af den opfattelse, at Esbjerg-modellen og de enkelte delelementer er fornuftige. Der er dog stor forskel på, hvor tydeligt denne tilgang slår igennem i praksis i de enkelte faggruppers daglige arbejde.

- For visitatorerne har modellen givet flere handlemuligheder i arbejdet med den enkelte borger
- For terapeuterne er modellen tæt på deres faglighed og er blevet en integreret del af deres arbejdspraksis
- For sygeplejerskerne anses de værktøjer, som er introduceret i kommunen, ikke på samme måde appellerende for dem og deres arbejdsområde.

Hjemmeplejen i Esbjerg Kommune er tværfagligt organiseret, hvilket er et godt udgangspunkt for tværfagligt samarbejde om og med borgeren. Der er dog ikke en fuldstændig integration mellem den hverdagsrehabiliterende indsats og den almindelige hjemmepleje. Flere medarbejdere giver udtryk for, at den hverdagsrehabiliterende indsats og Borgerhjulet fylder meget lidt i deres hverdag.

Evalueringen peger på, at der kan sættes mere fokus på tværfaglighed, fx i form af mere åbenhed, især fra teamledernes side, i forhold til hvilken faglighed borgerens tovholder skal have i de konkrete tilfælde, således at sygeplejerskerne kommer mere på banen. Samtidig kan der sættes større fokus på kommunikation omkring de borgere, som er i et hverdagsrehabiliterende forløb, i hele det team af medarbejdere, som er i kontakt med borgeren.

Borgerhjulet

Der er stor forskel på, hvor meget de enkelte faggrupper kender og anvender Borgerhjulet. Borgerhjulet er i brug i visitationssamtalerne, og i den sammenhæng fungerer Borgerhjulet som et godt redskab til at bringe borgeren mere på banen. Borgere reagerer dog meget forskelligt på Borgerhjulet. Nogle borgere tager det til sig og føler sig hørt, mens det for andre forekommer meningsløst.

Tovholdernes brug af Borgerhjulet er præget af, at der allerede fra visitationens side er sat en ramme om samtalen med borgeren. Det kan føre til frustration hos både tovholder og borger, hvis borgeren udtrykker ønsker, som tovholderen ikke har beføjelser til at imødekomme. Samtidig udtrykker tovholderne et behov for at afklare, hvornår det er relevant at bevilge den hverdagsrehabiliterende indsats.

For social- og sundhedsmedarbejderne og hjemmesygeplejerskerne er erfaringerne med Borgerhjulet begrænsede, og de er sjældent bevidste om, hvilke borgere der har fået lagt en plan via Borgerhjulet. Social- og sundhedsmedarbejderne anser dog denne oplysning for at være væsentlig i deres arbejde med borgeren og efterspørger mere systematisk information om, hvilke borgere der er i et forløb, hvor Borgerhjulet er anvendt. Sygeplejerskerne har svært ved at se meningen med Borgerhjulet i deres daglige arbejde. I langt de fleste interview fremgår det, at Borgerhjulet og dets redskaber primært er et ergoterapeutisk redskab, som ligger tættest på ergoterapeuternes måde at arbejde på. Samtidig er det oftest ergoterapeuter, som udfylder rollen som tovholdere, og som derfor i højere grad finder det naturligt at bruge Borgerhjulet.

Effekt på indsatsmønstret

Evalueringen viser en tendens til, at borgere, som gennemfører projektet, får færre indsatser og færre visiterede minutter pr. uge i gennemsnit efter deltagelse i et "Gør borgeren til mester"-forløb sammenlignet med før. Denne del af evalueringen er baseret på et relativt lille datamateriale og gør det derfor vanskeligt at drage sikre konklusioner om effekten på ydelsesmønstret.

Metode

Evalueringen bygger på kvalitative data indsamlet i foråret 2011 og foråret 2013 samt kvantitative data omhandlende perioden 1. marts 2012 til 1. april 2013.

- De kvalitative data er indsamlet med henblik på at høste erfaringer med den samlede Esbjerg-model for hverdagsrehabilitering, herunder Borgerhjulet. De omfatter observationer af visitations- og tovholdersamtaler samt hjemmeplejens praksis, interview med personale og ledelse i hjemmeplejen og interview med borgere.
- De kvantitative data inkluderer data om de visiterede indsatser art (fx i form af hjælp til rengøring, indkøb eller træning i daglige aktiviteter), og indsatsernes varighed (antal minutter) for 185 borgere, som i perioden marts 2012 til april 2013 påbegyndte et "Gør borgeren til mester"-forløb.

1 Indledning

Esbjerg Kommune har ønsket en evaluering af "Gør borgeren til mester". I dette kapitel gives en kort introduktion til projektet, og der redegøres for evalueringens formål, datagrundlag og rapportens struktur.

1.1 Hvad er "Gør borgeren til mester"?

"Gør borgeren til mester" i Esbjerg Kommune er et forandringsprojekt, der skal: "... udbrede en rehabiliterende tankegang i de indsatser, der gives i Sundhed og Omsorg, med fokus på at understøtte borgerens mestringsevne" (Gør borgeren til mester – en Esbjerg model, s. 5.).

Forandringsprojektet har involveret ledere og medarbejdere i Sundhed og Omsorg ved projektgruppe, pilotafprøvning, workshops, tænketank og kompetenceudvikling. Det har afprøvet tre forskellige modeller for hverdagsrehabilitering og udviklet en særlig "Esbjerg-model" for hverdagsrehabilitering med:

- a) definition af centrale roller i "teamet omkring borgeren", som består af visitator, tværfaglige team, tovholder og kontaktperson
- b) opgradering af medarbejdernes værktøjskasse med tre værktøjer: Borgerhjulet, målkort og motivationssamtalen (ibid.).

1.2 Hvad er formålet med evalueringen?

Formålet med evalueringen er at undersøge og dokumentere erfaringerne med Gør borgeren til mester med særligt henblik på at identificere:

- a) styrker og svagheder ved "Esbjerg-modellen", som det opleves af medarbejdere og ledere i kommunen
- b) de foreløbige erfaringer med brug af Borgerhjulet, som det opleves af borgere og centrale aktører i kommunen
- c) forbruget af indsatser i hjemmeplejen før og efter deltagelse i "Gør borgeren til mester"

1.3 Hvilke data bygger evalueringen på?

Evalueringen bygger på kvalitative data indsamlet i foråret 2011 og foråret 2013, samt kvantitative data omhandlende perioden 1. marts 2012 til 1. april 2013.

De kvalitative data fra foråret 2011 blev indhentet for at høste erfaringer med de tre forskellige modeller for hverdagsrehabilitering, der blev pilotafprøvet på dette tidspunkt. Data omfattede skriftligt materiale om de tre hverdagsrehabiliteringsmodeller samt fokusgruppinterview med ledere, distriktschefer, teamledere, sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere fra de kommunale hjemmeplejedistrikter, der var involveret i pilotafprøvningen, samt interview med visitatorerne i Esbjerg Kommune.

De kvalitative data fra foråret 2013 er indsamlet med henblik på at høste erfaringer med den samlede Esbjerg-model for hverdagsrehabilitering herunder Borgerhjulet. De omfatter:

- a) observation af brugen af Borgerhjulet ved visitationssamtaler, tovholdersamtaler samt i hjemmeplejens daglige praksis
- b) interview med det observerede personale (tre visitatorer, tre terapeuter og en social- og sundhedsassistent)
- c) interview med lederen af visitationen og teamlederen i det hjemmeplejedistrikt, hvor der blev foretaget observation af social- og sundhedsassistentens arbejde
- d) interview med fire af de borgere, der deltog ved observation
- e) seks fokusgruppeinterview med henholdsvis visitatorer, ledere, teamledere, sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere fra Sundhed og Omsorg
- f) interview med direktøren for Sundhed og Omsorg, projektlederen for "Gør borgeren til mester" og styregruppen for "Gør borgeren til mester"
- g) skriftligt materiale vedrørende "Gør borgeren til mester " og herunder Borgerhjulet.

De kvantitative data er indhentet med henblik på at evaluere effekten af "Gør borgeren til mester " på de deltagende borgeres indsatsbehov og -mønster før og efter deltagelse. Analysen bygger derfor på data om de visiterede indsatsers art (fx i form af hjælp til rengøring, indkøb eller træning i daglige aktiviteter), og indsatsernes varighed (antal minutter). Analysen er baseret på de 185 borgere, som i perioden marts 2012 til april 2013 påbegyndte et "Gør borgeren til mester "-forløb.

1.4 Rapportens struktur

Rapporten er struktureret i fem kapitler:

- *Kapitel 1* (dette kapitel) giver en kort introduktion til projektet "Gør borgeren til mester " og evalueringens metodiske design
- *Kapitel 2* beskriver projektet "Gør borgeren til mester " med særligt henblik på Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering og Borgerhjulet.
- *Kapitel 3* beskriver analysen af styrker og svagheder ved Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering
- *Kapitel 4* beskriver analysen af de foreløbige erfaringer med Borgerhjulet
- *Kapitel 5* beskriver analysen af effekten af Gør borgeren til mester indsatsmønsteret
- *Kapitel 6* indeholder en samlet konklusion.

2 Gør borgeren til mester

I dette kapitel beskriver vi forandringsprojektet "Gør borgeren til mester " med særligt henblik på Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering og Borgerhjulet.

Datagrundlaget for kapitlet er skriftligt materiale og interne arbejdsdokumenter udleveret af Esbjerg Kommune (1-4).

2.1 Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering

"Gør borgeren til mester" er et forandringsprojekt, der omfatter alle borgere og medarbejdere i Sundhed og Omsorg i Esbjerg Kommune. Det tager udgangspunkt i en seniorpolitik med visionen "længst muligt aktiv i eget liv" og et ønske om "til stadighed at udvikle det borgernære sundhedsvæsen" (4; s. 7). Samtidig er det "oplevelsen", at der er et "uudnyttet potentiale" hos borgere såvel som medarbejdere (ibid.).

Vedrørende **borgerne** fremgår det, at:

"De fleste borgere ønsker at være selvhjulpne – det øger livskvaliteten. Vi kan i højere grad inddrage borgerens ressourcer og ønsker i det daglige arbejde for derved at motivere og støtte borgeren i at tage ansvar for sit eget liv. Nye arbejdsmetoder og indsatser skal åbne for borgerens motivation og ressourcer, så borgeren støttes i igen at klare sig selv helt eller delvist" (ibid.).

Vedrørende **medarbejderne** fremgår det at:

"Hjemmeplejen er organiseret i tværfaglige team, og det giver et afsæt til at arbejde tværfagligt om den enkelte borger. Et afsæt, som kan udnyttes endnu mere optimalt. For medarbejderne er den rehabiliterende tankegang ikke fremmed. Den skal blot støves af ved hjælp af kompetenceudvikling, og den daglige opgaveløsning skal understøtte den. Vi kan støtte samarbejdet på tværs af afdelinger og forvaltninger med det resultat, at borgeren oplever en helhedsorienteret indsats med synergieffekt" (ibid.).

Vedrørende **Esbjerg-modellen** for hverdagsrehabilitering fremgår det, at:

"Esbjerg-modellen skal sikre, at et fald i funktionsevne ikke automatisk betyder varig hjælp, men giver mulighed for, at borgeren kan blive helt eller delvist selvhjulpne igen. Borgerens begrænsninger og ressourcer skal afdækkes, og med borgeren som deltager i processen skal vi tilrettelægge en målrettet tværfaglig indsats, så borgeren opnår størst mulig grad af selvhjulpne" (ibid.).

2.1.1 Forandringsprocessen

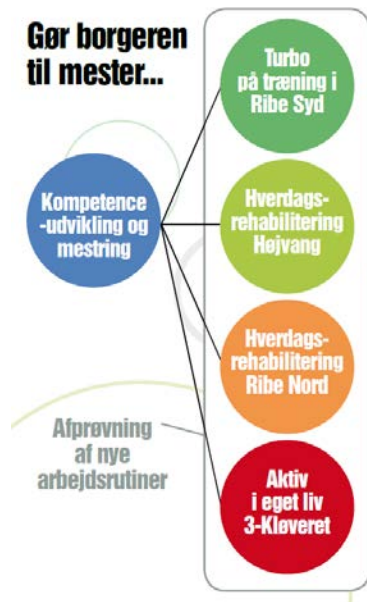
Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering er resultat af en omfattende udviklings- og afprøvningsproces i perioden 2010-2012 (4; s. 7).

I foråret 2011 blev der afprøvet tre forskellige modeller for hverdagsrehabilitering i fire forskellige model-distrikter (se figur 1). Disse blev procesevalueret af Dansk Sundhedsinstitut (DSI nu KORA)¹ for at give inspiration til udvikling af den endelige Esbjerg-model (ibid. samt DSI's projektbeskrivelse).

Sideløbende blev der gennemført en antropologisk undersøgelse af borgernes oplevelser af mestring i mødet med de kommunale medarbejdere. Målet var at "tage udgangspunkt i borgerens perspektiv og derudfra gentænke kommunens opgaveløsning" (4; s. 7).

Modelprojekterne, DSI's procesevaluering og den antropologiske undersøgelse førte til udformning af "en Esbjerg-model for hverdagsrehabilitering bestående af nye processer og værktøjer" (ibid.).

Figur 1. Model-distrikter for afprøvning af forskellige modeller for hverdagsrehabilitering i Esbjerg Kommune af borgerne



2.1.2 Borgerens vej

Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering er bygget op omkring "borgerens vej" som vist i figur 2.

Figur 2. Borgerens vej



¹ Evalueringen blev formidlet mundtligt til ledere og medarbejdere i Esbjerg Kommune ved en temadag i foråret 2011, og til en bredere interessentkreds ved en ekstern konference afholdt af Esbjerg Kommune i efteråret 2011.

Figuren viser borgerens vej gennem Sundhed og Omsorgs indsatser – fra henvendelsen over visitationen, der med afsæt i den Internationale Klassifikation af Funktionsnedsættelse, ICF, træffer afgørelse, om borgeren skal have en *kompenserende indsats*, en *udviklende indsats*, eller *rådgivning/afslag/afslutning*:

- Kompenserende indsatser er: "løsning af opgaver, hvor der arbejdes ud fra hjælp til selvhjælpsprincippet med henblik på at udføre opgaver, som borgeren på grund af midlertidige eller varige begrænsninger i funktionsevnen ikke selv kan klare" (4; s. 7). (Også kaldet 2'er indsatser).
- Udviklende indsatser er: "indsatser med henblik på at udvikle eller fastholde borgerens funktionsniveau og sikre borgerens evne til at fremme egen sundhed og forebygge sygdom" (ibid.). (Også kaldet 1'er indsatser).

De nye processer, metoder og redskaber, der er udviklet i forbindelse med "Gør borgeren til mester", anvendes primært i forhold til de udviklende indsatser.

Da "Gør borgeren til mester" imidlertid ikke kun er et sæt af metoder men også et generelt tankesæt, er alle indsatser genstandsfelt for forandringsprocessen (ibid.).

2.1.3 Nye hverdagsrehabiliterende indsatser

Det er en ny proces, at visitator ud over at visitere til henholdsvis udviklende og kompenserende indsatser (jf. ovenfor) kan visitere borgeren med rehabiliteringspotentiale til "en hverdagsrehabiliterende indsats" (indsats 1.1.3.5 i indsatskataloget).

Boks 1. Esbjerg Kommunes definition af rehabiliteringspotentiale

Når det vurderes, at en hverdagsrehabiliterende indsats kan udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af borgerens funktionsevne og dermed gøre borgeren mere selvhjulpne og fremme borgerens ønsker til et meningsfuldt liv

OG

Når der hos borgeren kan skabes motivation og samarbejde om at lave aftaler og fastsætte realistiske mål.

De hverdagsrehabiliterende indsatser er "udviklet med det formål at give en større grad af fleksibilitet i leverandørleddet til at afklare, hvilke mål der skal arbejdes med". Indsatsen gives i en to ugers periode, hvorefter der visiteres efter eksisterende indsatser i Esbjerg Kommunes indsatskatalog.

I de nye indsatser er der krav om, at tovholder afholder en startsamtale med borgeren og udarbejder tværfaglige mål indenfor tre hverdage efter første besøg hos borgeren.

De nye indsatser bevilges i tre forskellige pakker alt efter borgerens funktionsevnenedsættelse. De vejledende standarder er:

- **Let pakke** (3 timer pr. uge i to uger) anvendes i borgersager, hvor der er behov for enkeltstående indsatser, fx praktiske opgaver, medicin håndtering og/eller bad en til to gange ugentligt
- **Moderat pakke** (10,5 timer pr. uge i to uger) anvendes i borgersager, hvor der er behov for daglig hjælp, fx i form af hjælp til kompressionsbehandling, medicin håndtering, personlige opgaver og/eller praktiske opgaver, en til to gange pr. dag
- **Omfattende pakke** (28 timer pr. uge i to uger) anvendes i borgersager, hvor der er behov for omfattende daglig hjælp, fx i form af hjælp til medicin håndtering, personlige opgaver og/eller praktiske opgaver.²

2.1.4 Nye roller og procedurer

"Teamet omkring borgeren" i Esbjerg Kommune består af visitator, tværfagligt team, tovholder og borgerens kontaktperson³.

Visitator er en ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske, der er ansat i visitationen. Visitator udpeger de nye borgere, der har behov for hverdagsrehabilitering. Visitator kan også kontaktes, hvis en tovholder i samarbejde med et team finder en borger, som allerede er kendt af hjemmeplejen, og som har rehabiliteringspotentiale.

Tværfagligt team er den organisatoriske grundsten i Esbjerg Kommunes hjemmepleje. Alle teams i Esbjerg Kommunes hjemmepleje er tværfagligt organiseret med sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere under en fælles ledelse. Denne organisering havde allerede eksisteret i flere år, da "Gør borgeren til mester" tog sin begyndelse. Når en borger visiteres til en hverdagsrehabiliterende indsats, udpeger teamleder for hvert borgerforløb en tovholder og en kontaktperson.

Tovholder er en ny funktion, der er defineret i forbindelse med "Gør borgeren til mester". Tovholder er en ergoterapeut, fysioterapeut eller sygeplejerske, der er gennemgående for det enkelte borgerforløb i den del af forløbet, der leveres af leverandøren. I det enkelte distrikt er der på forhånd udvalgt et varierende antal tovholdere, der står klar til at tage tovholderopgaven, når en borger visiteres til en hverdagsrehabiliterende indsats. Teamleder vælger tovholders baggrund ud fra den enkelte borgers problemstilling – fx vælges en tovholder med sygeplejefaglig baggrund, hvis borgeren overvejende har en sygeplejefaglig problemstilling eller en ergoterapeut, hvis borgeren overvejende skal have hjælp til at mestre hverdagsaktiviteter.

Det er tovholders opgave, at

- udføre start samtaler med udgangspunkt i værktøjet Borgerhjulet
- involvere, sammen med teamleder, relevante fagpersoner fra teamet i en fælles samarbejdsproces med borgeren om at afdække, udrede og fastsætte mål og delmål med udgangspunkt i borgerens liv og behov og fagpersonernes faglige vurderinger
- skabe rammer for den hverdagsrehabiliterende indsats i den tværfaglige plan, når indsatsområder, mål og handling skal beskrives, og for at evaluere forløbet og følge op på evalueringen.

² De nye hverdagsrehabiliterende indsatser er opgjort i to uger, da det er en afklarende/udredende fase, hvor det handler om at afklare, hvad borgerens rehabiliteringsforløb skal omhandle, og hvordan de konkrete mål nås. De to uger er afsat for at styre, hvor lang tid dette må tage.

³ Dette beskriver "teamet omkring borgeren" i udegrupperne (borgere, der bor i eget hjem) i relation til de hverdagsrehabiliterende indsatser. I indegrupperne (borgere, der bor i plejebolig) er der ikke særlige indsatser, der skal følges. I nogle distrikter eksperimenteres der med anvendelse af Borgerhjulet, motivationssamtalen og andre borgerinddragende metoder til at støtte borgerne i at fastholde eller forbedre funktionsevnen. Erfaringerne på indeområdet har ikke været fokus for denne evaluering.

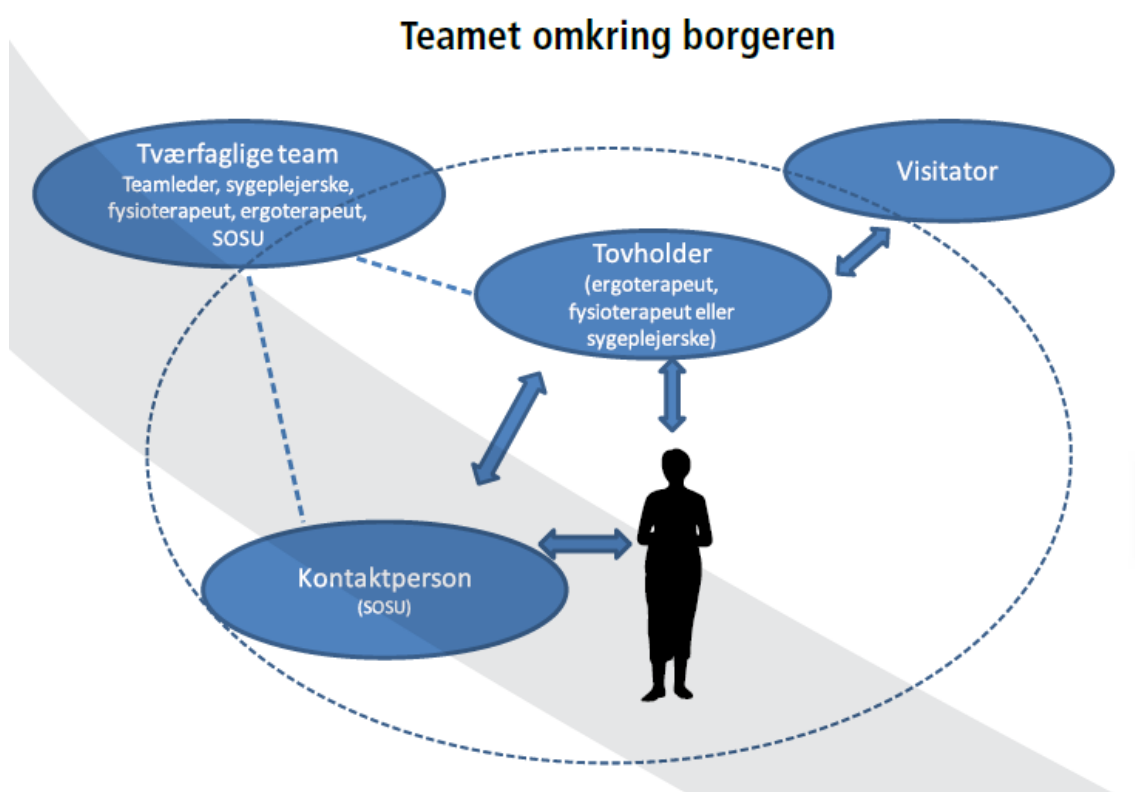
Tovholder kan hente inspiration og sparring i et **tovholdernetværk** bestående af 30 deltagere, der mødes på tværs af distrikter. Der afholdes møder ca. hver tredje måned.

Kontaktpersonen er en social- og sundhedsmedarbejder, der udpeges af teamlederen ud fra en vurdering af, hvilken medarbejder der bedst matcher borgerens indsatsbehov. Alle social-sundhedsmedarbejdere er uddannet i hverdagsrehabilitering. Alle har derfor fået den faglige kompetence til at varetage indsatsen. Kontaktpersonen kan med fordel deltage i start samtalen med borgeren og tovholderen om emnerne i værktøjet Borgerhjulet – men det er ikke et krav.

Kontaktpersonen har sammen med de øvrige medarbejdere i det tværfaglige team til opgave at arbejde hverdagsrehabiliterende. Der arbejdes med udgangspunkt i de mål, der er udarbejdet ud fra værktøjet Borgerhjulet. Kontaktpersonen kan løbende hente sparring hos tovholderen eller andre i teamet. Det er også kontaktpersonens ansvar at melde tilbage til tovholder, når der sker forbedringer eller tilbagefald i borgerens funktionsevne, så målene kan justeres. Det er desuden kontaktpersonens ansvar at dokumentere egne observationer og handlinger.

Figur 3 visualiserer, hvordan arbejdet med hverdagsrehabilitering er organiseret i "teamet omkring borgeren".

Figur 3. Teamet omkring borgeren

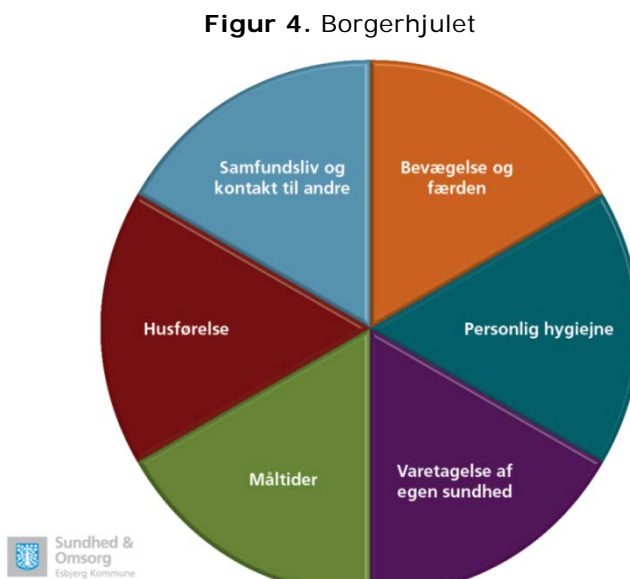


2.1.5 Nye værktøjer

I "Gør borgeren til mester" har Esbjerg Kommune valgt at opgradere medarbejdernes faglige værktøjskasse med følgende tre værktøjer:

- Borgerhjulet
- Målkort
- Motivationssamtalen.

Borgerhjulet er et redskab til dialog og resultatmåling, der er udviklet af Esbjerg Kommune. Det består af en cirkel med seks emnefeltter og 26 hjælpekort (se figur 4), en vejledning og tre vurderingsskalaer. Borgerhjulet "hjælper til at få afdækket, hvilke behov og ønsker der er mulige og nødvendige at imødekomme, for at borgeren kan udvikle færdigheder til at mestre hverdagens aktiviteter", og til at "fastsætte mål, afdække faglige handlinger og måle effekt" (4; s. 11). Borgerhjulet anvendes både af visitator og tovholder. Effektmålingen går ud på, at der med udgangspunkt i Borgerhjulet gennemføres en COPM-scoring" (Ibid.)⁴.



Målkortet er et kort i stor postkortstørrelse, der på den ene side viser borgerhjulet og på den anden side giver mulighed for at notere borgerens mål, specielle ønsker til samarbejdet og kontaktperson. Målkortet er udviklet til at give borgeren mulighed for at inddrage netværket i den hverdagsrehabiliterende indsats, og for at borgeren oplever medansvar for at nå de mål, der i fællesskab er sat. Målkortet kan også hjælpe borgeren til at huske, hvad der er blevet aftalt, og hvem der er borgerens kontaktperson (Ibid, s. 14.).

Motivationssamtalen er en evidensbaseret metode, der er udviklet af psykologerne Miller & Rollnick og som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer og fokuserer på løsninger og muligheder i stedet for på begrænsninger og problemer. Teorien er, at motivationen kommer indefra, og at udfordringen består i at fremelske noget, som allerede er hos borgeren. I den motiverende samtale tager medarbejderen rollen som facilitator. Vigtige elementer består i at "lytte med empati", "gå med modstanden" og "respekttere borgerens autonomi" (Ibid, s. 14).

Borgerhjulet er for visitatorer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker, mens der er givet undervisning i motivationssamtalen for både social- og sundhedsmedarbejdere, visitatorer ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker.

2.1.6 Involvering og kompetenceudvikling

Arbejdet med udvikling og afprøvning af Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering har ifølge projekt materialet involveret ledere og medarbejdere igennem projektgruppe, tænketank, workshops og kompetenceudvikling (4; s. 16).

⁴ For en nærmere beskrivelse af Borgerhjulet, se afsnit 2.2 og kapitel 4.

Esbjerg Kommune beskriver processen således: "Vi lagde vejen, mens vi gik. Ledere og medarbejdere er entreprenører på en ny vej, som vi er i gang med at asfaltere" (ibid.).

Projektgruppen har i henhold til Esbjerg Kommune bestået af en projektleder fra Projekt & Udvikling og otte ledere og medarbejdere fra organisationen (en visitator, en terapeutfaglig konsulent, en distriktschef, tre teamledere, en ergoterapeut og en social- og sundhedsassistent)⁵.

Tænketanken har bestået af 36 ledere og medarbejdere, der har fulgt projektet. Tænketanken har mødtes to gange, hvor den blandt andet har diskuteret "hvordan projektet skrider frem og komme med indspark og ideer til fremdrift af projektet" (4; s. 6).

Workshops har omfattet to heldagsworkshops for distriktschefer, teamledere og nøglepersoner i 2010 til 2011 (4; s. 17).

Kurser er afholdt for teamledere, social- og sundhedsmedarbejdere og visitator i perioden 2011 til 2012:

- **Teamlederne** har modtaget et todages kursus i samarbejde med UC Syddanmark, 2011
- **Social- og sundhedsmedarbejderne** har modtaget et 3+2 dages AMU kursus i samarbejde med Social- og sundhedsskolen i Esbjerg, 2011-2012
- **Visitatorer, fysio- og ergoterapeuter og sygeplejersker** har modtaget syv kursus-eftermiddage i samarbejde med UC Syddanmark, 2011-2012.

E-læring er anvendt som supplement til den viden, der er opnået på kurser. Esbjerg Kommune har udviklet e-læringsprogrammer om såvel Borgerhjulet som motivationssamtalen.

Tovholdernetværk som mødes hver tredje måned for at sikre vidensdeling gennem erfaringsudveksling og sparing på aktuelle cases. Deltagere er tovholdere og visitatorer. Tovholdernetværket har eksisteret siden marts 2012.

2.2 Borgerhjulet

I dette afsnit gives en nærmere beskrivelse af baggrunden for udvikling af Borgerhjulet, formålet med Borgerhjulet, det samlede Borgerhjulsmateriale og de roller og processer, der knytter sig til det.

2.2.1 Baggrund for udvikling af Borgerhjulet

Borgerhjulet er udviklet på baggrund af erfaringerne fra delprojekterne under "Gør borgeren til mester": Hverdagsrehabilitering, Aktiv i eget liv samt Turbo på træning (5; s. 8) og med afsæt i resultaterne af en antropologisk undersøgelse i Esbjerg Kommune. Ideen til Borgerhjulet opstod i et samarbejde med antropologerne og blev udarbejdet af en arbejdsgruppe⁶ i Esbjerg Kommune som led i projektet Gør borgeren til mester. Metoden i Borgerhjulet er videreudviklet med inspiration fra COPM (Canadian Occupational Performance Measure), ICF (International

⁵ Til projektet har endvidere været knyttet en styregruppe bestående af direktøren for Sundhed og Omsorg, lederen af Projekt og Udvikling, sekretariatschefen, en senior konsulent i Sundhed & Omsorg, en kontorchef i Sundhed & Omsorg, en kontorchef fra Myndighed og Faglig Udvikling samt afdelingschefen for Omsorg.

⁶ I arbejdsgruppen var følgende faggrupper repræsenteret: Ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske, teamleder og visitator i Esbjerg Kommune.

klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand) samt et visuelt værktøj udarbejdet i samarbejde med antropologerne.com⁷. Borgerhjulet blev under udviklingen afprøvet af en visitator og af ergoterapeuter på en mindre gruppe borgere i Esbjerg Kommune (2-4).

2.2.2 Formål med Borgerhjulet

Formålet med Borgerhjulet er, at borgeren oplever inddragelse i og overblik over samtalerens indhold og skal yderligere fungere som visuel støtte til visitator og leverandør⁸. Borgerhjulet hjælper til at få afdækket borgerens ønsker og behov, og hvilke der er mulige og nødvendige at imødekomme, for at borgeren kan udvikle færdigheder til at mestre hverdagens aktiviteter. Ud over at afdække borgerens behov benyttes Borgerhjulet også til at fastsætte mål, afdække faglige handlinger og måle effekt. Effektmålingen går ud på, at der med udgangspunkt i Borgerhjulet udføres COPM-scoring. Borgerhjulet anvendes som supplement til den sundhedsfaglige afdækning af borgeren.

Formålet med Borgerhjulet er

- at inddrage borgerens livssituation, ressourcer og behov i visitationsprocessen og i leveringsprocessen
- at understøtte dialogen med borgeren og pårørende gennem visuelle værktøjer
- at borgeren selv sætter mål for udviklende indsatser i samarbejde med leverandør ved bl.a. at anvende COPM
- at effektmåle ved hjælp af COPM
- at borgeren oplever sammenhæng, gennemsigtighed og genkendelighed i forløbet fra kontakt med visitering til den løbende kontakt med leverandøren.

Borgerhjulet består af en cirkel med seks emnefeltter, der tager udgangspunkt i borgerens funktionsevne på aktivitets- og deltagelsesniveau og omfatter emnerne: måltider, husførelse, bevægelse og færden, samfundsliv og kontakt til andre, varetagelse af egen sundhed og personlig hygiejne. Emnefeltterne tager udgangspunkt i funktionsevne på aktivitets- og deltagelsesniveau (ICF). Emnerne er de områder, som borgeren kan få hjælp til ved funktionsnedsættelse.

⁷ www.antropologerne.com

⁸ De private leverandører ikke er en del af denne analyse, eftersom de ikke udfører 1.1.3.5-indsatser.

2.2.3 Processer og roller

Borgerhjulet anvendes som udgangspunkt ved alle borgere af visitator ved visitationssamtalen. Tovholderne bruger efterfølgende Borgerhjulet i opstartssamtaler hos de borgere, som modtager 1.1.3.5 indsatsen. Samtalen afholdes med borgeren indenfor tre hverdage efter modtagelse af visitationen. Derudover anvender tovholder også Borgerhjulet ved afslutning af den udviklende indsats.

Visitator lægger i henhold til projekt materialet Borgerhjulet på bordet ved visitationssamtalen og "åbner dermed samtalen og gør borgeren deltagende i samtalen og situationen" (GBTM s. 12).

Tovholder anvender i henhold til projekt materialet Borgerhjulet ved "borgere, der modtager udviklende indsats". Der tages udgangspunkt i Borgerhjulet ved start samtalen, og "borgeren oplever sammenhæng ved både at møde Borgerhjulet ved visitationssamtalen og ved start samtalen med tovholder". Tovholder "dykker dybere ned i Borgerhjulets emner", og "med udgangspunkt i Borgerhjulet udføres COPM" (ibid.)

Figur 5. Eksempel på brug af Borgerhjul og hjælpekort



2.2.4 Hjælpekort og målkort

Der er som hjælp til at "konkretisere hverdagsaktiviteterne" udviklet 26 emnekort, der "illustrerer aktivitets- og deltagelsesområder indenfor Borgerhjulets emner". Figur 5 viser Borgerhjulet med tre emnekort (vaske og tørre sig, tage tøj på og lave mad).

Tabel 1 giver en samlet oversigt over emner og emnekort.

Tabel 1. Emnefelt og emnekort i Borgerhjulet

Emnefelt	Emnekort
Måltider	Vaske op
	Lave mad
	Drikke
	Spise
Husførelse	Købe ind
	Pasning af ting i hjemmet
	Vaske tøj
	Omsorg for andre
	Rengøring
Bevægelse og færden	Komme omkring
	Flytte sig
	Håndtere genstande
Samfundsliv og kontakt til andre	Kulturelle aktiviteter/åndelige aktiviteter
	Kontakt til andre
	Hobbies

Emnefelt	Emnekort
Varetagelse af egen sundhed	Varetagelse af egen behandling
	Alkohol/tobak
	Kontakt til læge
	Tilkalde hjælp
	Motionsvaner
	Kostvaner
Personlig hygiejne	Vaske og tørre sig
	Toiletbesøg
	Pleje af kroppen
	Tag tøj af/på
	Tag bad

Til Borgerhjulet medfølger endvidere **tre vurderingsskalaer**, som borgeren kan vurdere betydning, udførelse og tilfredshed på, "ved at lægge et hjælpkort på skalaen fra 1-10". Ud fra skalaen "fastsættes mål for den udviklende indsats i et samarbejde mellem borger og tovholder", og som nedfældes af borgeren på et **målkort**, som er at finde på bagsiden af Borgerhjulet, ved afslutning af tovholderens besøg.

2.3 Sammenfatning

I dette kapitel har vi beskrevet forandringsprojektet "Gør borgeren til mester" med særligt henblik på Esbjerg-modellen for hverdagsrehabilitering og værktøjet Borgerhjulet, som det står beskrevet i skriftligt materiale udleveret af Esbjerg Kommune.

Forandringsprojektet "Gør borgeren til mester" er et komplekst projekt, der gør brug af en række forskellige virkemidler for at omlægge arbejdet i Sundhed og Omsorg, så borgerne mødes af en rehabiliterende tilgang med fokus på, at de videst muligt sættes i stand til at mestre egen tilværelse.

Væsentlige virkemidler inkluderer:

- Kulturændring via inddragelse og kompetenceudvikling, herunder pilotafprøvning i fire distrikter, projektgruppe, tænketank, workshop og uddannelse af hele personalet
- Ny indsats (1.1.3.5 indsatsen) med tilhørende værktøjer (Borgerhjulet, hjælpkort, vurderingsskalaer og målkortet) og rollebeskrivelser (teamet omkring borgeren).

Esbjerg Kommune har desuden på forhånd gode forudsætninger for at arbejde med rehabilitering. Det har de både på grund af opsplittningen af indsatsen i udviklende og kompenserende indsats og på grund af den decentrale tværfaglige organisering.

3 Esbjerg-modellen i praksis

I dette kapitel beskriver vi, hvordan Esbjerg-modellen fungerer i praksis, og hvilke styrker og svagheder der er ved modellen. Datagrundlaget er observation og interview med medarbejdere og ledere i Sundhed og Omsorg. For yderligere beskrivelse af data se afsnit 1.3.

3.1 Visitation

Visitorator spiller en vigtig rolle i "Gør borgeren til mester", da det er visitorator, der træffer afgørelse, om en borger skal bevilges udviklende eller kompenserende hjælp, og om indsatsen 1.1.3.5 skal bevilges.

Ved observation og interview fremgik det, at visitorator med afsæt i en individuel vurdering af borgerens behov bevilgede alle tænkelige kombinationer af:

- 1'er indsats (Enkeltstående udviklende indsats)
- 2'er indsats (Kompenserende indsats)
- 1.1.3.5 indsats (Den åbne, helhedsorienterede indsats).

Dette system, hvor visitorator både havde mulighed for at bevilge udviklende indsats, kindsats og 1.1.3.5-indsats blev fra visitationskontorets side opfattet som velfungerende og operationelt, da der var "alle strenge at spille på". Det blev *ikke* opfattet som hensigtsmæssigt at bevilge den åbne, helhedsorienterede indsats til borgere, der fx skulle støttes i at få den daglige rengøring til at fungere⁹.

3.1.1 Observation og diskussion af borgereksempler

Vi havde i forbindelse med observationsstudiet anledning til at observere ét tilfælde, hvor indsatsen 1.1.3.5 blev bevilget, ét tilfælde hvor der blev bevilget en enkeltstående udviklende indsats, og ét tilfælde hvor der ikke blev givet en bevilling, men hvor visitationsbesøget blev afsluttet med rådgivning.

Eksempel 1 vedrørte en midaldrende borger med nyligt konstateret sklerose, der ansøgte om en rollator. Visitationssamtalen viste, at kvinden stod i en situation, hvor hun – på grund af sin sygdom - ikke længere kunne varetage sine roller som mor, mormor og ægtefælle, som hun ønskede. Hjælpe midler kunne være del af løsningen for denne borger, men ikke kun i form af den rollator, borgeren havde søgt om. Visitorator bevilgede indsatsen 1.1.3.5 for at give mulighed for fleksibelt at kunne afprøve forskellige løsningsmodeller i et helhedsorienteret udviklingsforløb, der kunne hjælpe borgeren til at mestre sin samlede hverdag.

⁹ Det har ifølge projektlederen i Sundhed og Omsorg også været drøftet på flere workshops og tovholdermøder, at det ikke giver mening at tage alle emner i Borgerhjulet i brug i tilfælde, hvor en borger alene søgte om hjælp til rengøring. Her er det relevant at bevilge en udviklende indsats til rengøring. Det er en holdning, som ledere og medarbejdere i leverandørledet deler med visitoratorerne.

Eksempel 2 vedrørte en ældre borger med svært nedsat lungefunktion, der henvendte sig med anmodning om hjælp til rengøring (støvsugning og gulvvask). Visitationssamtalen viste, at der var tale om en mand med mange ressourcer, bl.a. cyklede han 20 km. på el-cykel og lavede mad til sine børn flere gange om ugen. Borgeren renholdt uden problemer køkken og bad men oplevede, at det var vanskeligt at vaske gulvet under de to tunge elevationssenge, han havde stående i sit soveværelse. Visitor tilbød en 1'er indsats i husførelse. Borgeren accepterede men frasagde sig allerede ved første besøg yderligere hjælp.

Eksempel 3 vedrørte en ældre borger, der nyligt havde mistet sin mand og overvejede ny bolig. Visitationssamtalen viste, at borgeren på mange måder stod i en svær situation, hvor hun skulle lære at leve alene, og hvor hun langt fra var afklaret på, hvilken boligform hun ønskede. Visitor rådgav hende i forhold til de muligheder, der var, udleverede sit telefonnummer og opfordrede hende til at ringe tilbage, hvis der var noget, kommunen kunne hjælpe med.

Det er først og fremmest eksempel 1 og 2, der giver indblik i, hvorfor visitor både synes det er en fordel at kunne bevilge enkeltstående 1'er indsatser i stedet for den åbne, helhedsorienterede indsats 1.1.3.5 – og at kunne bevilge den åbne, helhedsorienterede indsats 1.1.3.5 *i stedet* for enkeltstående indsatser som fx et hjælpemiddel (en rollator). Borgeren med sklerose står i en situation, hvor den åbne, helhedsorienterede indsats i større grad end en rollator kan forventes at kunne hjælpe hende til at opretholde det liv, hun ønsker og fortsat har mulighed for at have. Hvorimod borgeren med behov for hjælp med rengøringen står i en situation, hvor han på trods af sin stærkt nedsatte lungefunktion udmærket mestrer egen tilværelse, og hvor det spørgsmål, der skal afklares, er, om han har behov for/ret til hjælp til rengøring.

Vi observerede senere et eksempel på en borger, der var bevilget indsatsen 1.1.3.5 i en situation, hvor der var behov for at afklare, om han fortsat havde behov for/ret til hjælp til bl.a. opvask (eksempel 4). Selvom der her ikke er tale om en visitationssamtale, så er det et vigtigt eksempel, der illustrerer det forhold, som flere interviewpersoner kommer ind på, nemlig at tovholder i mange situationer får rollen som "mini-visitor". Det er en rolle, som nogle af dem synes om og tager på sig med glæde, mens andre frasiger sig den med henvisning til, at de hverken er ansat som eller har den fornødne viden til at påtage sig denne rolle.

Eksempel 4 vedrørte en ældre borger, der havde fået amputeret benet og havde været igennem et længere forløb med genoptræning, afprøvning af protese, hjælpemidler m.m. Han kunne bevæge sig rundt og klare de fleste aktiviteter i huset ved egen hjælp, og måske var der ikke længere brug for kompenserende hjælp til personlig hygiejne, opvask m.m. Vi deltog ved opstartssamtalen med tovholder, der viste, at det, som borgeren ønskede, og som i høj grad kunne hjælpe ham til en mere uafhængig tilværelse, var erhvervelsen af en bil og have hjælp til støvsugning og gulvvask. Den daglige hjælp i hjemmet – og spørgsmålet om hvad han evt. selv kunne og ikke kunne – ønskede han ikke at diskutere. Tovholder oplevede, at hun hverken havde kompetence eller mandat til at vejlede ham i forhold til erhvervelsen af en bil, og borgeren oplevede, at der ingen gevinster var ved Borgerhjulet, da han ikke fik noget konkret ud af det. Tovholderen afsluttede således 1.1.3.5 indsatsen med rådgivning.

Der er mindst to punkter, der er relevante i relation til tovholderne, der i nogle situationer får rollen som mini-visitator, men som ikke føler sig kompetente i denne rolle.

For det første fremhæver de tovholdere, der ikke bryder sig om rollen som minivisitorer, at det ikke kan forventes, at de har samme brede viden om, hvilke forskellige former for tilbud, der er i kommunen, som visitator forventes at have. Dette er fx aktuelt i tilfældet med bilen (eksempel 4).

For det andet fremhæver de tovholdere, der ikke bryder sig om rollen som minivisitorer, at de oplever at komme i en situation, hvor det, der er behov for, er, at der gives afslag – og det må de ikke. Dette er ikke så vanskeligt i de situationer, hvor der er tale om en ny borger, der ikke tidligere har fået hjælp. Her oplever tovholderne, at de udmærket kan håndtere situationen ved at sige, at de først skal afklare, om det er noget, der kan gives hjælp til. I de situationer, hvor der (som i eksempel 4 ovenfor) kan være behov for at trække hjælpen tilbage, og hvor borgeren ikke er motiveret for at undvære hjælpen, oplever tovholderne, at det er vanskeligt at håndtere, og at der er brug for at inddrage visitator.

3.2 Teamet

Hjemmeplejen i Esbjerg Kommune er tværfagligt organiseret med terapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og rengøringspersonale ansat under samme decentrale leder i det enkelte distrikt. Derudover er der monofaglige videndelingsgrupper som fx monofaglige terapeutmøder og monofaglige sygeplejerskemøder (distriktsvis) samt de permanente henholdsvis terapeutfaglige og sygeplejefaglige grupper på tværs af distrikter.

Rammerne for det tværfaglige samarbejde grupperne imellem er meget forskellige, fx er der forskelle på, om terapeuterne møder ind om morgenen sammen med social- og sundhedsmedarbejdere, og hvor lang tid der afsættes til dialog mellem fx sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejderne på morgenmødet. Det er også forskelligt, hvilket indhold der er i de gruppemøder, der fx foretages med to ugers mellemrum.

Observations- og interviewundersøgelsen viser, at der er store forskelle på, hvor tydeligt et fokus der er på borgerens mestring i de enkelte distrikter samt endvidere, at der ikke er nogen direkte kobling mellem arbejdet med Borgerhjulet og indsatsen 1.1.3.5, og det arbejde, der i øvrigt foregår i hjemmeplejen i Esbjerg Kommune.

3.2.1 Kulturændring i hjemmeplejen

Det fremgår tydeligt ved interview og observation i foråret 2013 sammenlignet med interview i 2011, at tankegangen er ændret for en større del af det social- og sundhedspersonale, der kommer i borgerens hjem, og som er ansvarlige for at levere a) hjælp og støtte efter Servicelovens § 83 om personlig hjælp i hjemmet samt b) delegerede hjemmesygeplejeindsatser efter Sundhedslovens § 140.

En social- og sundhedsmedarbejder fortæller ved interviewet, at hun til forskel fra tidligere er begyndt at tænke: "*Hvorfor vasker jeg hendes hår? Hun kan jo selv! Så det er nok den ændrede tankegang*". Helt overordnet fremgår det, at langt størstedelen af personalet ser det som en værdi at hjælpe borgerne til i videst muligt at klare sig uden hjælp og støtte. Langt størstedelen af personalet har således ændret opfattelse af, hvad der er god pleje og omsorg, hvilket i henhold til Socialstyrelsens kortlægning af de danske kommuners erfaring med hverdagsreha-

bilitering er den måske mest væsentlige faktor i forhold til at få succes med hverdagsrehabilitering (6).

Det fremgik af interviewene, at der fortsat er eksempler på personaler, der har modvilje mod at arbejde med borgernes mestring, og som synes, det er synd ikke bare at hjælpe borgerne. Langt størstedelen har imidlertid ændret opfattelse og oplever det som en succes, når de kan hjælpe borgeren til i større eller mindre omfang at klare sig uden hjælp.

Ved fokusgruppeinterview med syv social- og sundhedsmedarbejdere fordelt på syv forskellige distrikter i foråret 2013 fremgik det således, at de medarbejdere, der deltog i interviewet, alle var optaget af at hjælpe borgerne til videst muligt at klare sig selv. De kendte alle eksempler på kolleger, der ikke ligner dem selv, og som til deres store frustration bliver ved med at "nurse" borgerne – også selv om de resterende social- og sundhedsmedarbejdere viser og dokumenterer, at det kan gøres anderledes. Informanterne fremhævede, at det er noget, som der bliver taget positiv hånd om af ledelsen, når det påtales. Ledelsen er således også med på at fremme den rehabiliterende tankegang. De kolleger, der har modvilje, er der dog stadigvæk. Det er derfor fortsat en udfordring i dagligdagen at håndtere de forskellige arbejdsformer, fordi de hjælpere, der kompenserer, medvirker til at fastholde opfattelser hos borgerne om, at kompenserende hjælp er den bedste hjælp i situationen.

Det, at social- og sundhedsmedarbejderne i vid udstrækning er med på og ønsker at understøtte borgernes mestring af eget liv, blev tilsvarende fremhævet ved de andre interview. Og sammenlignes de interview, der er afholdt i 2011 og 2013, fremgår det tydeligt, at flere social- og sundhedsmedarbejdere er med på den rehabiliterende tankegang. Det fremgår ved

- at der ved den første interviewrunde både deltog engagerede og modvillige social- og sundhedsmedarbejdere. Ved anden interviewrunde var der ikke nogen, der var modvillige. Det særligt engagerede personales engagement smittede af på og motiverede tydeligt dem, der måske ikke ved interviewets opstart var lige så engagerede
- at der ved den første interviewrunde var tydelig frustration hos de engagerede social- og sundhedsmedarbejdere, teamledere, tovholdere m.m. over det manglende engagement og den fortsatte modvilje i den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere. Ved anden interviewrunde blev det fremhævet, at holdningen var ændret, og at det kun var få, der fortsat var modvillige.

Samtidig med, at der på denne måde er sket en holdningsændring hos den store gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere, der understøtter den rehabiliterende tankegang, er det imidlertid også tydeligt, at distrikterne befinder sig på forskellige steder, og at der er store forskelle i, hvor meget personalet oplever, at det rehabiliterende arbejde har ledelsens fokus. Det blev tydeligt ved flere interviews, hvor såvel social- og sundhedsmedarbejdere som sygeplejersker – efter at have hørt om, hvad der sker i andre distrikter - tilkendegav, at de ville gå tilbage og "hanke op i deres leder", så "Gør borgeren til mester" fx bliver et fast punkt på gruppemødet.

Der var et enkelt eksempel på en social- og sundhedsmedarbejder, der i forbindelse med et interview nåede at blive irriteret på sig selv, fordi hun (med egne ord) har "*lullet sig i søvn*" hos en borger, der både får vasket ryg og hår, selv om den pågældende borger i henhold til social- og sundhedsmedarbejderens udmærket vil kunne klare det selv. Denne medarbejder var efter interviewet stærkt motiveret for at vende tilbage til borgeren og hjælpe hende til selv at håndtere badsituationen. Hos gruppen af social- og sundhedsmedarbejdere så vi i interviewet små tegn på forandringsparathed, hvilket dokumenterer, at tilgangen ikke er en fuldstændig velin-

tegreret del af disse medarbejderes praksis endnu, men der er mulighed for, at det kan blive det.

Interviewet med social- og sundhedsmedarbejderne viste, at de deltagende medarbejdere har tillært sig forskellige metoder til afslutning af borgerne. Herunder indgår nedtrapning af hjælpen fra ét besøg om dagen til to besøg om ugen, og telefonopkald fra dem til borgeren eller fra borgeren til dem i stedet for besøg. Det er en erfaring, at det i nogle tilfælde er nødvendigt at fastholde borgeren på et vist minimumsniveau, fx med et besøg hver uge eller et telefonopkald hver aften for at undgå, at borgeren igen får behov for hjælp.

Undersøgelsen viser ikke noget om, hvorvidt der for de særligt engagerede medarbejdere fortsat er et potentiale ved implementering af nye rutiner i hjemmeplejen. Den viser imidlertid, at der fortsat er eksempler på distrikter og teams, hvor borgerens mestring fylder mindre end i resten af kommunen.

3.2.2 Indsatsen 1.1.3.5 – den åbne helhedsorienterede indsats

Interviewundersøgelsen viser, at der ikke i praksis er nogen kobling mellem det arbejde med Borgerhjulet, der udføres som led i 1.1.3.5-indsatsen, og det daglige arbejde i hjemmeplejen. Social- og sundhedsmedarbejderne udtrykker – på linje med sygeplejersker, teamledere og terapeuter – at 1.1.3.5-indsatsen og de dertil hørende rutiner med Borgerhjulet, måloppstilling og scoring af udførelse, ikke er noget, de hører om eller som fylder noget særligt i deres hverdag.

Social- og sundhedsmedarbejderne gav udtryk for, at de generelt gerne ville vide – fx ved en anmærkning i kørelisten – at der er tale om en borger, der har fået opstillet mål med Borgerhjulet, så de ved, hvad det er for nogle mål, der arbejdes efter. De udtrykte også, at de generelt gerne ville vide, om der er tale om en 1'er (udviklende indsats) eller 2'er (kompenserende indsats). Ved 1'er indsatser står de nogle gange i den mærkelige situation, at hjælpen ophører – altså at borgeren holder op med at figurere i deres køreliste – uden at det er noget, de på forhånd har været opmærksomme på. Det skaber en uheldig situation, idet de ikke har forberedt borgeren på, at hjælpen ikke kommer mere og ikke har haft mulighed for at sige farvel.

Social- og sundhedsmedarbejderne udtrykker også ved interview, at de gerne vil deltage ved Borgerhjulssamtalen hos de borgere, som de kommer i hjemmet hos. I Esbjerg-modellen for rehabilitering står det beskrevet, at kontaktpersonen kan deltage ved tovholdermøderne hos de borgere, de kommer hos (eller forventes, fremadrettet at spille en rolle hos), og det er således noget, som medarbejderne tilsyneladende vil tage positivt imod, men som ikke er implementeret i praksis.

Interviewet med tovholdere viser, at der også på dette område er forskelle fra distrikt til distrikt. En tovholder siger, at hun altid tager kontaktpersonen med, hvis kontaktpersonen kommer hos eller forventes at komme hos borgeren. Andre siger, at de ikke gør det.

Det er vores generelle indtryk på baggrund af interview, at 1.1.3.5-indsatsen med de tilhørende rutiner og procedurer ikke fylder meget i hjemmeplejen. Det bekræftes af, at der på interviewtidspunktet kun har været 219 borgere, der har modtaget indsatsen (pr. 1. april). Det bekræftes også af de observationer, der er foretaget af arbejdet med Borgerhjulet, og som generelt ikke har vedrørt hjælpernes, men i langt større omfang sygeplejerskernes og terapeuternes arbejde.

3.3 Tovholderfunktionen

Tovholderfunktionen er meget forskelligt organiseret i de seks distrikter i kommunen. Der tales om forskellige modeller for organisering, som bl.a. adskiller sig ved, hvilke faggrupper der varetager tovholderfunktionen, og hvor meget de inddrager de øvrige faggrupper. Særligt to modeller skiller sig ud.

Begge modeller adskiller sig ved, at man i disse distrikter har valgt at ansætte en særlig terapeut til tovholderfunktionen. Disse terapeuter håndterer alle 1.1.3.5-indsatserne og koordinerer med øvrige fagpersoner, hvad der videre skal ske. Men der er store forskelle på, om de fx udelukkende fungerer som tovholdere (Model A), eller om de også selv træner med borgeren og afprøver hjælpemidler (Model B).

De øvrige distrikter repræsenterer forskellige former mellem Model A og Model B, hvor alle terapeuter ligeligt deler tovholderfunktionen mellem sig. Et distrikt har to ergoterapeuter i funktionen som følge af erfaringerne fra pilotprojektet "Aktiv i eget liv", hvor en fysioterapeut og en ergoterapeut deles om rollen, men hvor 95 % af borgerne påkalder den ergoterapeutiske faglighed.

Alle distrikter har diskuteret, hvordan sygeplejerskerne kan inddrages bedre i rollen. I Model A har man besluttet at udpege en fast sygeplejerske som sparringspartner til den faste ergoterapeutfaglige tovholder. Andre distrikter har besluttet at udpege to sygeplejersker til rollen.

Fra visitationens side blev der udtrykt frustration over, hvorfor teamledere ikke mere fleksibelt udvælger tovholder efter faglighed. De er kritiske overfor de distrikter, der fast gør brug af ergoterapeuter. Den problemstilling kommer vi tilbage til senere i rapporten.

3.4 Hjemmesygeplejerskernes rolle

Interviewet med sygeplejerskerne viser, at materialet med Borgerhjulet ikke appellerer direkte til sygeplejerskerne. De medvirkende sygeplejerskerne er på den ene side utilfredse med det forløb, hvor de først kom på uddannelse og fik stillet i udsigt, at NU skulle de til at arbejde med Borgerhjulet, og så kom der ingen opgaver. På den anden side er sygeplejerskerne lettede over det, fordi de ikke oplever, at Borgerhjulet med det tilhørende materiale ligger "lige til højrebænet" for deres faglighed.

I interviewet med hjemmesygeplejerskerne blev det drøftet, hvordan og hvorvidt sygeplejerskernes faglighed hensigtsmæssigt kan bringes i spil i forhold til "Gør borgeren til mester". Opfattelsen var, at sygeplejerskerne har meget at bidrage med i forhold til at hjælpe borgerne til at mestre deres livssituation. Det blev fremhævet, at det kan være en udfordring – især for ældre sygeplejersker - at de er "for søde" og gode til lige at gøre tingene for borgerne. Det blev også fremhævet, at det kan være vanskeligt at have tid til at tænke mestring i en hverdag med stramme kørelister, mangfoldige akutopgaver og krav om dokumentation. Som metode til involvering af sygeplejerskerne blev det forslået kun at lave én tværfaglig "Gør borgeren til mester"-plan, hvorfra der kan linkes til de øvrige planer. De sygeplejersker, der medvirkede ved interview, ville gerne prøve kræfter med udvikling af et system, der på denne måde kunne fungere for sygeplejersker. Fx med:

- valg af en mindre gruppe sygeplejersker, der gerne vil arbejde med mestring
- forsøg med en mindre gruppe borgere, som sygeplejerskerne oplever, er motiveret eller har potentiale
- udveksling af erfaringer på tværs af distrikter
- udvikling af en model, der kan implementeres i praksis.

De sygeplejersker, der deltog i interviewet, var af den opfattelse, at der med fordel kunne oprettes en tværfaglig "Gør borgeren til mester"-plan for *alle* borgere, som de som sygeplejersker havde ansvaret for at oprette og vedligeholde, fx med faste procedurer for opfølgning hver 2. eller 3. måned. Ifølge projektlederen fra Sundhed og Omsorg eksisterer denne dog allerede. Alle faggrupper skriver i planen, men det er tovholders opgave at oprette den og indføre de aftalte mål. Der er dog i vejledningen ikke krav om fast opfølgning fx hver 2. eller 3. måned. Pointen er, at sygeplejerskerne i hvert fald ikke er bevidst om, at denne plan allerede eksisterer. Dette er et eksempel på, at implementeringen af Esbjerg-modellen endnu ikke er fuldt ud implementeret i alle led i hjemmeplejen.

Det er desuden værd at bemærke, at sygeplejerskerne i interviewet blev motiveret ved tanken om at kunne bruge et redskab, de allerede kender og mestrer, hvilket ikke er uvæsentligt i forhold til at få sygeplejerskerne mere på banen fremadrettet.

3.5 Terapeuternes rolle

Fordi der i flere distrikter er tale om, at tovholderfunktionen eksisterer som en parallel struktur til hjemmesygeplejen og terapeuterne, er det også vigtigt at knytte en bemærkning til terapeuternes arbejde i teamene. Det fremgår her, at der er store forskelle fra distrikt til distrikt, både i forhold til, hvor integreret terapeuterne er med sygeplejerskerne og social- og sundhedshjælperne, og hvor meget de tager del i arbejdet med tovholderfunktionen.

I nogle distrikter er der den regel, at terapeuterne har en særlig rolle i forhold til 1'er indsatsene, hvor de tager med på det første besøg og ser til, at hjælpen tilrettelægges efter behov. Ligeledes er der i nogle distrikter den tradition, at terapeuterne deltager på gruppemøderne og påtager sig en vigtig rolle som sparringspartner for social- og sundhedsmedarbejderne.

Andre distrikter er kendetegnet ved, at terapeuterne i stort omfang selv træner med borgerne. Selv om alle distrikter har den dobbelte organisering, hvor der er en terapeutgruppe med opgavefællesskab, der eksisterer parallelt med en tværfaglig teamorganisering, er der store forskelle på, hvor tværfagligt der samarbejdes om borgeren i praksis.

3.6 Ledelsesperspektiver på Esbjerg-modellen

I interviewene afholdt med styregruppen, distriktscheferne og teamlederne drøftede de også den kulturændring i hjemmeplejen, som "Gør borgeren til mester" opleves at indgå i. Ifølge distriktschefer og medlemmer fra styregruppen indgår Esbjerg-modellen som et led i en større mestringskultur og paradigmeskifte, der handler om at gøre borgerne mere selvhjulpne i hverdagen, som er en nødvendighed grundet den voksende population af ældre. Der er kommet en større bevidsthed blandt medarbejderne om at se borgerens hjem som en form for anderledes træningssal, hvor de kan træne med borgeren og gøre borgeren aktiv i sin egen dagligdag i hjemmet. Styrken ved Esbjerg-modellen er, ifølge distriktscheferne, måden, der arbejdes med borgerens mestring på, som giver glæde og giver mening både blandt medarbejdere og ikke

mindst hos borgere. Interviewet med teamlederne bekræfter, at medarbejderne har fået mere fokus på borgerens mestring og de små mål i hverdagen. De italesætter det overfor hinanden, og de er blevet gode til at se potentialet i hver enkelt borger. Teamlederne forklarer, at mestringstankegangen ikke var ny for dem, da Esbjerg-modellen blev indført, men den har gjort arbejdet mere legitimt. Det har betydet, at der er kommet en holdningsændring blandt personalet, som har ført arbejdet med mestring til et andet niveau. Der er dog stadig nogle medarbejdere, som bare *VIL* tømme den postkasse i stedet for at lade borgeren gøre det selv, pointerer de.

Teamlederne udtrykker, at det ikke kun er blandt de fleste medarbejdere, at der er sket en holdningsændring efter "Gør borgeren til mester" blev indført i kommunen. Der er også sket en ændring blandt mange borgere, som opleves at have mere forståelse og er mere samarbejdsvillige sammenlignet med tidligere. Udfordringen er derimod at give de pårørende samme forståelse, ide de ofte ikke kan se formålet med, at deres gamle mor eksempelvis selv skal vaske hår. En løsning kan ofte være at forventningsafstemme med de pårørende.

Distriktscheferne er af den opfattelse, at Esbjerg-modellen langt hen af vejen er godt implementeret på trods af vanskeligheder i opstarten, hvor uddannelse og kompetenceudvikling af nogle faggrupper haltede bagefter, hvilket betød, at ikke alle fik uddannelse samtidigt. Dette italesættes også af teamlederne, som fandt det problematisk, at ikke alle havde fået uddannelse samtidig. De giver eksempel på, at plejepersonalet fik tildelt opgaver til at starte på, som de ikke havde kompetencer til at løse, hvilket ikke var hensigtsmæssigt. Styregruppen nævner også, at det er vigtigt at være opmærksom på faggruppernes forskellige kompetencer, således fx tovholdere ikke bliver sat til at varetage nogle opgaver, som de ikke er uddannet til.

Med indførelsen af Esbjerg-modellen er det tværfaglige samarbejde i teamet steget, mener distriktscheferne. Dette bekræftes af teamlederne, der oplever, at der er skabt mere dialog mellem faggrupperne. Der er dog nogle faggrupper, såsom sygeplejersker og terapeuter, der ikke er koblet så meget på opgaverne, som det kunne ønskes. Teamlederne er opmærksomme på dette og fortæller, at de arbejder på at komme det til livs, således fx sygeplejerskerne bliver tænkt mere ind, når der er sygeplejefaglige opgaver hos borgerne.

Ifølge distriktscheferne har det også været et vigtigt led i implementeringen af Esbjerg-modellen at sende et signal til medarbejderne om ledelsesopbakning. Her nævnes især betydningen af, at direktøren for Sundhed og Omsorg har vist sit engagement ved at være fysisk tilstede og signalere, at det er denne model, der satses på i Esbjerg Kommune. Distriktschefernes egen rolle blev også italesat som vigtig for at sikre en succesfuld implementering. Det er ledelsernes vigtigste opgave at sørge for hele tiden at sikre, at projektet ikke dør hen og således fastholde medarbejderne i målsætningen om at gøre borgerne til mestre, udtaler styregruppen.

Distriktschefer, teamledere og styregruppe udtrykker sig alle positivt om de nye indsatser, der bevilges i tre forskellige pakker alt efter borgerens funktionsevnenedsættelse. De oplever, at pakkerne har været med til at skabe struktur for medarbejderne og tvinger dem som ledelse til hele tiden at evaluere: hvor er vi? Skal vi have noget mere? Skal vi have noget kompenserende i stedet for?

3.7 Sammenfatning

Ledelsesperspektivet på Esbjerg-modellen og de dertilhørende indsatser og pakker er overvejende meget positiv, og opleves at have medført en stigning i det tværfaglige samarbejde i teamene. Ledelsespersonerne ser det dog som deres opgave fortsat at fastholde medarbejderne i at arbejde med borgernes mestring og have fokus på den rehabiliterende indsats.

Visitationsprocessen er ændret derved, at visitatorerne har fået øgede muligheder for bevilling af varierede indsatser. Visitatorerne oplever, at det giver god mening både at have mulighed for at bevilge enkeltstående 1'er indsats, 2'er indsats og den åbne, helhedsorienterede indsats 1.1.3.5. Det bekræftes af observation og interview, at der er udfordringer med den åbne, helhedsorienterede indsats 1.1.3.5 i de tilfælde, hvor borgere har brug for hjælp og støtte til håndtering af enkeltstående indsatser, som de ikke selv er motiveret for at varetage, herunder rengøring. Her er en enkeltstående 1'er indsats (som alternativ til kompenserende hjælp eller afslag) relevant. Den åbne, helhedsorienterede indsats 1.1.3.5 er til gengæld en fordel i de tilfælde, hvor der er mulighed for at hjælpe borgerne til at mestre deres tilværelse i et længere forløb med afprøvning af flere forskellige indsatser og indsatsformer.

Der er en udfordring i forhold til at skabe en ens forståelse blandt de involverede medarbejdere af, hvornår den åbne helhedsorienterede indsats 1.1.3.5 mest hensigtsmæssigt indgår i borgerforløbet. Tovholderne mener, at der er eksempler på, at det ville have givet bedre mening, hvis indsatsen var bevilget på et langt tidligere tidspunkt i borgerforløbet. Omvendt er visitationskontoret blevet kritiseret for, at de ikke bevilger indsatsen 1.1.3.5 hyppigt nok til at begynde med, dvs. at visitationen har været presset til at bevilge den oftere.

Analysen viser samlet set, at der er en forholdsvis klar dekobling mellem 1.1.3.5-indsatsen og systemet med tovholdere og måloppstilling på den ene side og den almindelige hjemmepleje på den anden side. Her giver den tværfaglige teamorganisering i princippet gode muligheder for tværfagligt samarbejde om borgeren, ligesom holdningsændringen hos basispersonalet har banet vejen for nye rutiner i mødet med borgeren. Der findes imidlertid ikke nogen strukturer og procedurer, der sikrer et tværfagligt samarbejde med borgerens mestring som overskrift. En tværfaglig "Gør borger til mester"-plan, der vedligeholdes af sygeplejersker eller evt. terapeuter, og som oprettes for alle borgere, nævnes af sygeplejerskerne under interviewet, som et oplagt supplement til 1.1.3.5-indsatsen med Borgerhjulet og de tilhørende rutiner. Ifølge projektlederen fra Sundhed og Omsorg eksisterer denne plan dog allerede, og det er derfor interessant, at denne viden ikke er nået ud til sygeplejerskerne, som netop efterlyser en sådan.

4 Borgerhjulet

Borgerhjulet anvendes af visitator i visitationssamtalen og efterfølgende af tovholder i opstartssamtalen hos de borgere, der starter med 1.1.3.5-indsatser.

I dette kapitel beskrives de foreløbige erfaringer med Borgerhjulet og hvordan værktøjet fungerer og indgår i daglig praksis. Datagrundlaget er observation og interview med medarbejdere og ledere i Sundhed og Omsorg samt fire borgere, som har prøvet at arbejde med Borgerhjulet.

4.1 Erfaringer med Borgerhjulet

I det følgende beskrives, hvordan det opleves af medarbejdere og ledere i Sundhed og Omsorg samt borgere at anvende Borgerhjulet og de dertilhørende redskaber som hjælpekort, vurderingsskalaer og målkort.

4.1.1 Visitatorernes perspektiv

Visitatorerne tilkendegiver i interviewet, at de i opstarten havde svært ved at forstå Borgerhjulet og dets funktion i visitationssamtalen med borgeren. Borgerhjulet har dog sidenhen vist sig at være særdeles anvendelig i visitatorernes arbejde og de føler i høj grad, at Borgerhjulet er et godt redskab til at komme hele vejen rundt om borgeren og dennes ønsker og behov.

Visitatorerne fortæller, at de ofte tager udgangspunkt i Borgerhjulet, fx som oplæg til at få samtalen i gang med borgeren. Borgerhjulet bruges også til at få en diskussion tilbage på et bestemt emne, hvis samtalen har taget en anden drejning. Til gengæld benytter visitatorerne sig ikke af hjælpekortene, og de begrundede ikke, hvorfor det er tilfældet. I stedet taler visitatorerne om de emner, som borgeren ønsker at snakke om og oplever at have brug for hjælp til.

Ifølge visitatorerne er borgeren i centrum, når Borgerhjulet anvendes. Det er dog ikke alle borgere, som det er lige oplagt at præsentere Borgerhjulet for. En visitator fortalte, at hun ikke bruger Borgerhjulet til demente eller meget negative borgere, da det kan skabe større forvirring end gavn. Derfor præsenterer hun altid Borgerhjulet for borgeren i visitationssamtalen med at sige, at det altid kan pakkes væk igen, hvis det ikke giver mening for dem. I det daglige arbejde, er det dog sjældent nødvendigt, pointerer hun.

Borgerne tager forskelligt imod Borgerhjulet, når visitatorerne præsenterer det for dem i visitationssamtalen. Visitatorerne oplever, at nogle borgere tager ejerskab over Borgerhjulet med det samme og uden problemer snakker ud fra det. Andre sætter sig med armene over kors, når de bliver præsenteret for Borgerhjulet. Det er i denne situation, at nogle visitatorer pakker Borgerhjulet væk igen. Visitatorernes oplevelse er, at mange borgere og pårørende er tilfredse med at anvende Borgerhjulet i samtalen, og det kun sjældent er nødvendigt at pakke Borgerhjulet sammen igen. Dette bekræftes af observationerne af visitationssamtalerne, der viser, at Borgerhjulet fungerer godt og giver visitatorerne mulighed for at komme hele vejen rundt om borgeren.

I interviewet blev sygeplejerskernes rolle i Borgerhjulet drøftet. Opfattelsen var, at Borgerhjulet primært er et ergoterapeutisk redskab, som terapeuter og i høj grad sygeplejersker, ikke bruger. Visitatorerne mener, at det at anvende Borgerhjulet i daglig praksis ligger tæt på ergote-

rapeuternes arbejde. Det kan derfor være mere naturligt for ergoterapeuterne at benytte dette redskab.

4.1.2 Hjemmesygeplejerskeres perspektiv

I interviewet med sygeplejerskerne er det karakteristisk, at de finder Borgerhjulet fjernt at arbejde med i daglig praksis, og flere af sygeplejerskerne er ikke stødt på Borgerhjulet endnu i deres arbejde. Der er derfor meget lidt kendskab til Borgerhjulet som redskab, og hvad formålet med det i virkeligheden er. Enkelte af sygeplejerskerne har været til undervisning i at bruge Borgerhjulet men har ikke set det siden. Andre sygeplejersker fortæller i interviewet, at de har fået at vide fra anden hånd, at de ikke skal bruge det, mens de resterende sygeplejersker kun har set Borgerhjulet i et katalog.

Interviewet med sygeplejerskerne bar dog også præg af en smule optimisme. En sygeplejerske fortalte, at tovholderen i hendes område, som også selv er sygeplejerske, ikke bruger Borgerhjulet. Sygeplejersken gjorde sig tanker om, hvorvidt det kunne være anvendeligt for hendes eget arbejde, og sagde til tovholderen: *"så vis mig det"* og siger efterfølgende i et interview *"hvor svært kan det være! Det kan godt være hun (tovholderen red.) ikke kan finde ud af det, men det kan godt være, at jeg kan"*. Flere sygeplejersker i interviewet tilkendegav, at de burde lære Borgerhjulet bedre at kende, da det måske kunne være gavnligt i deres arbejde.

Sygeplejerskerne har det overordnede indtryk, at Borgerhjulet er terapeuternes redskab, og at de anvender det meget i deres daglige arbejde. Sygeplejerskerne mener på baggrund heraf, at det har været spildt arbejde, at de har deltaget i undervisning og kurser, idet de ikke bruger Borgerhjulet, ikke får mulighed for at bruge det, og der ingen opgaver kommer. Dette er også beskrevet i afsnit 3.4.

4.1.3 Terapeuternes perspektiv

Det bekræftes af både interview med terapeuter og observationer af opstartssamtaler, at terapeuterne har meget blandende oplevelser af og erfaringer med at anvende Borgerhjulet som redskab. Observationerne giver eksempler på, at Borgerhjulet indgår i opstartssamtalen på en god måde, hvor både borger og terapeut får et positivt output, men viser også situationer, hvor det at anvende Borgerhjulet i samtalen med borgeren falder til jorden, og hvor både borger og terapeut finder Borgerhjulet meningsløst. I sidstnævnte tilfælde oplevede en terapeut, at hun hverken havde mandat eller kompetence til at vejlede borgeren i forhold til det, som optog ham i øjeblikket – nemlig at erhverve sig en bil (se eksempel 4 i afsnit 3.1.1).

Borgerhjulet indgår i terapeuternes arbejde på den måde, at de i opstartssamtalen med borgeren præsenterer dem for Borgerhjulet, som de kalder "spillepladen". Det er ikke altid, at de benytter hjælpkortene, og det er heller ikke altid, at de laver en score. Det afhænger af, om borgeren vil og kan være med til det. Det afgørende for terapeuterne er, at borgeren er i centrum og får noget ud af det for *"det er ikke vores behov at score – det skal være en motivation for borgeren, ellers behøver vi det ikke"*, som en terapeut forklarer. De har eksempler på, at nogle borgere bliver forvirret over eller mister motivationen, når de skal anvende de tre vurderingsskalaer. Andre borgere har ingen problemer med det.

Efterfølgende skal der opstilles mål, men terapeuterne i interviewet er ikke helt enige om, hvorvidt de opstillede mål egentlig er borgerens egne mål, terapeutens mål eller om målene bliver opstillet i fællesskab mellem terapeut og borger. Det afhænger af situationen og i høj grad af, hvilken borger der er tale om, vurderer terapeuterne.

Interviewet med terapeuterne viser, at der til tider kan være et sammenstød mellem visitationssamtalen og opstartssamtalen, da visitator nogle gange har lagt linjen for serviceniveauet inden opstartssamtalen. Oplevelsen blandt nogle terapeuter er, at Borgerhjulet sætter borgerne i centrum og giver mulighed for, at borgeren kan åbne op. Problemet opstår, når terapeuterne oplever, at de møder nye behov hos borgeren, som ikke har været diskuteret i visitationssamtalen. Terapeuten fortæller: "*man hiver sig selv i håret og tænker, hvor er den rigtige person i den her situation*" til at hjælpe borgeren med disse behov? Der er derfor situationer, hvor terapeuterne har en opfattelse af, at det var bedre, at der var en visitator til stede. Terapeuterne oplever derfor, at der bliver behov for at forventningsafstemme borgernes forventninger i opstartssamtalen til, hvad tovholderen har mulighed for at love og tilbyde borgeren i forløbet.

Under interviewet med terapeuterne blev det diskuteret, hvilken rolle sygeplejerskerne, fysioterapeuterne og social- og sundhedsmedarbejderne har i relation til Borgerhjulet, og hvad deres erfaringer er med det. Terapeuterne oplevede, at Borgerhjulet som redskab ligger lige til højrebenedet for dem som terapeuter – især for ergoterapeuternes vedkommende. Terapeuternes erfaringer var, at der er stor forskel på, hvor meget fysioterapeuterne er inddraget i de forskellige distrikter. Terapeuterne gav i interviewet udtryk for, at de forsøger at tage kontaktpersonen med til opstartssamtalen i de tilfælde, hvor visitatorerne har vurderet, at borgeren har udfordringer knyttet til måltider eller personlig pleje, for at skabe en god overlevering.

Men en terapeut stiller sig kritisk overfor, hvorfor Esbjerg Kommune vil opfinde deres eget materiale (Borgerhjulet og det tilhørende materiale), når der er andet på markedet, som allerede er afprøvet og valideret. COPM nævnes som et eksempel herpå.

4.1.4 Social- og sundhedsmedarbejdernes perspektiv

Det fremgik af interviewet med social- og sundhedsmedarbejdere, at mange slet ikke var klar over, hvad Borgerhjulet er, og hvad det går ud på. Dette viser, at kontaktpersonen sjældent deltager i opstartssamtalen med tovholderen, hvor Borgerhjulet anvendes. Yderligere gav social- og sundhedsmedarbejderne i interviewet udtryk for, at de ikke får information om, hvilke borgere der er bevilget indsatsen 1.1.3.5, og hvor Borgerhjulet anvendes som redskab. Det er først, når der pludselig kommer en slutdato for forløbet, at social- og sundhedsmedarbejderne bliver bevidste om, at borgeren er en del af sådan et forløb. Derfor efterspørges i høj grad, at ordet "Borgerhjul" bliver sat på de pågældende borgere fra start, så social- og sundhedsmedarbejderne har en chance for at vide, hvilken borger de har med at gøre. For yderligere beskrivelse af dette se afsnit 3.2.2 på side 24.

Der er dermed en dekolpling mellem visitatorer, der sætter Borgerhjulet i gang, tovholderne der arbejder videre med Borgerhjulet i opstartssamtalen, og det der kommunikeres til social- og sundhedsmedarbejderne. Social- og sundhedsmedarbejderne er dem, der skal gøre arbejde færdigt i den daglige kontakt med borgeren, men som oftest ved de ikke, at der er tale om en borger der arbejder ud fra Borgerhjulet. Alle social- og sundhedsmedarbejderne i interviewet var enige om, at det tværfaglige samarbejde er vigtigt i denne henseende. En enkelt social- og sundhedsmedarbejder har dog positive erfaringer på området, idet en terapeut i hendes distrikt/område hver morgen fortæller, hvilke borgere der er Borgerhjuls-borgere.

På trods af, at social- og sundhedsmedarbejderne ofte ikke er bevidste om, hvilke borgere der er en del af "Gør borgeren til mester" og Borgerhjulet, så oplever de, at de alligevel arbejder ud fra de samme principper, der ligger bag – nemlig at få borgeren til at gøre mest muligt selv som led i at blive mere selvhjulpne. Flere af social- og sundhedsmedarbejderne giver udtryk

for, at de brænder for det på trods af, at de mangler viden om den del, der handler om Borgerhjulet. I interviewet fortæller en social- og sundhedsmedarbejder om en borger, som ikke ville bruge Borgerhjulet, men som medarbejderen alligevel fik afsluttet på en god måde. Borgeren fik den hjælp han havde brug for – med eller uden brug af Borgerhjulet.

I interviewet gav social- og sundhedsmedarbejderne også udtryk for, at det handler om den enkeltes personlige indstilling til tingene. Det kan godt være, at projektet ikke giver mening i dag, men måske det gør i morgen, som en af social- og sundhedsmedarbejderne forklarede. Det handler derfor om at bevare en positiv indstilling til tingene. Interviewet med social- og sundhedsmedarbejderne efterlader det indtryk, at flere egentlig er positivt stemte overfor modellen i Esbjerg Kommune på trods af fejl og mangler.

4.1.5 Teamledernes perspektiv

Teamlederne er af den opfattelse, at Borgerhjulet som redskab godt, fordi det lukker op for nogle ting, som eventuelt ikke ville være dukket op i samtalen med borgeren alene. På den anden side giver teamlederne også udtryk for, at Borgerhjulet også har sine begrænsninger. Fx fungerer Borgerhjulet ikke til borgere med hjerneskade eller psykiske problemer, da der ikke kan scores. Ydermere tager det lang tid at bruge Borgerhjulet i samtalen med borgeren og kan forvirre borgeren mere end nødvendigt. I interviewet blev det derfor drøftet og stillet spørgsmålstegn ved, hvorvidt Borgerhjulet er det korrekte redskab at bruge i fremtiden. Der er ingen tvivl om, at teamlederne finder 1.1.3.5-indsatsen og "Gør borgeren til mester"-modellen meget anvendelig i det daglige arbejde, men flere af teamlederne mente, at det er muligt at måle borgeren og arbejde ud af den vej uden brug af Borgerhjulet. Dog er der enkelte, som giver udtryk for, at Borgerhjulet stadig har sin berettigelse, da nogle borgere havde ønsket noget visuelt at støtte sig til i samtalen.

Teamlederne bekræftede i interviewet, som det også bliver af de andre faggrupper, at Borgerhjulet primært er et ergoterapeutisk redskab. Det er et redskab, som ligger tættere på ergoterapeuternes måde at arbejde på til forskel fra eksempelvis sygeplejerskerne. Teamlederne fortalte i interviewet, at der ikke er mange sygeplejersker, som har brugt Borgerhjulet i daglig praksis. På trods heraf er nogle sygeplejersker dog inde over drøftelserne i teamet vedrørende en borger, fx kan sygeplejersken give sin vurdering af, hvad en borger kan holde til.

Borgerhjulet er ikke anvendeligt overfor alle borgere, og det er heller ikke alle faggrupper, som er fortrolige med at bruge det. Teamledernes forslag er derfor, at der fremadrettet burde være større metodefrihed, således at det er mere op til den enkelte at vurdere, hvorvidt Borgerhjulet skal anvendes i den givne situation eller ej. Det gælder om at stikke en finger i jorden og vurdere, hvad den enkelte borger har behov for. Der kunne med fordel være en guideline for, i hvilke situationer Borgerhjulet med fordel kan anvendes, og hvor det ikke er hensigtsmæssigt, vurderer teamlederne.

Teamledernes vurdering er, at nogle borgere finder Borgerhjulet fjollet og føler sig til grin ved at skulle sidde og "*spille noget, der minder om matador*", som en teamleder beskrev det. Opfattelsen blandt flere teamledere var også, at terapeuterne bruger Borgerhjulet meget forskelligt. Nogle steder folder de hele Borgerhjulet ud, andre steder bruger de kun hjælpekortene. Overordnet set var teamledernes ønske fremadrettet, at indsatsen 1.1.3.5 kan være adskilt fra Borgerhjulet.

4.1.6 Styregruppens perspektiv

De interviewede fra styregruppen har ikke set Borgerhjulet i praksis og diskuterede derfor, hvorvidt Borgerhjulet primært er et ergoterapeutisk redskab, som er udarbejdet på baggrund af ICF eller COMP. De interviewede var dog bevidste om, at de ikke skal italesætte Borgerhjulet som et ergoterapeutisk redskab, hvorfor de i stedet omtalte Borgerhjulet som et udredningsredskab, der kan udrede borgerens funktionsevne, komme hele vejen rundt om borgeren, sætte mål og dokumentere. De drøftede dog, at det kan være svært at få sygeplejerskerne på banen, når Borgerhjulet omtales og mest af alt fungerer som et ergoterapeutisk redskab.

Styregruppen blev i interviewet præsenteret for, at visitationen og tovholderne bruger Borgerhjulet som redskab på forskellig vis i daglig praksis. Ifølge de interviewede fra styregruppen skal visitator kun forholde sig til de seks emner på Borgerhjulet men uden at dykke nærmere ned i dem, hvis der er tale om "Gør borgeren til mester". Herefter er det tovholderens opgave at gå mere i dybden med de forskellige emner.

4.1.7 Distriktschefernes perspektiv

Distriktscheferne opfatter "Gør borgeren til mester" som et led i et paradigmeskifte eller en form for kulturændring i Esbjerg Kommune med henblik på at gøre borgeren mere selvhjulpnen i hverdagen. I den forbindelse diskuteres Borgerhjulets berettigelse og formål i den proces. Enkelte mener, at Borgerhjulet skal ses som et middel eller værktøj til at opnå det, og som kan give en fælles model at tale ud fra. Distriktscheferne har forskellige erfaringer med og syn på Borgerhjulet:

- Nogen mente, at det sagtens kan lade sig gøre at opsætte mål sammen med borgeren uden brug af Borgerhjulet.
- Andre fandt det mere anvendeligt i forhold til at give en systematik på tværs af faggrupper til at tænke hele vejen rundt om borgeren.

De mere positive fortalere for Borgerhjulet fortalte, at Borgerhjulet er godt til at få afdækket blinde vinkler, som man ikke tidligere fik øje på. Derudover styrker redskabet samarbejdet på tværs af faggrupper, idet de lærer at se borgeren fra forskellige perspektiver ved hjælp af emnerne i Borgerhjulet.

Altafgørende for, at Borgerhjulet indgår i daglig praksis, er ifølge distriktscheferne, at der er en person, som er eksponent for det og som brænder for det. Der skal altså være en dedikeret Borgerhjuls-terapeut/tovholder, som ser det som sin vigtigste opgave at få det bredt ud til sine kolleger på en positiv måde. Distriktscheferne er opmærksomme på, at det uden denne opbakning kan blive en svær opgave at få det implementeret i daglig praksis.

Det fremgår af interviewet, at flere stiller spørgsmålstejn ved, hvorvidt Borgerhjulsmetoden er den rigtige at anvende. Især er det terapeuterne, som stiller sig kritiske og som efterlyser andre indfaldsvinkler til at nå de samme mål, fortæller distriktscheferne.

Distriktschefernes erfaringer er, som det er blevet nævnt af flere andre i ovenstående, at Borgerhjulet primært bruges af terapeuter, især ergoterapeuter, og i mindre grad af sygeplejersker. I interviewet blev det drøftet, hvorvidt det er fordi sygeplejerskerne bare ikke har interesse for det, eller hvorvidt det drejer sig om, at sygeplejerskerne reelt ikke bliver givet muligheden. En distriktschef fortæller, at de i et distrikt forsøgte sig med en model, hvor terapeuten præsenterede nye borgere for Borgerhjulet. Når terapeuten kompetencer ikke slog til, fx i forhold til ernæring og smertestillende medicin, blev sygeplejersken inddraget i det videre ar-

bejde med borgeren. Pointen fra distriktscheferne var, at det godt kan lade sig gøre at inddrage sygeplejersker i Borgerhjulet, men de skal kunne se en mening med det. Den, der starter borgerforløbet op, skal være bedre til at se, hvor der er brug for nogle andre kompetencer – som eksempelvis sygeplejerskernes.

Det er kun et mindre antal borgere, der har været igennem Borgerhjulet. Distriktscheferne drøftede visitationens rolle i den forbindelse, som opleves at være grunden til, at Borgerhjulet ikke har været anvendt så meget, som det kunne være blevet. Distriktscheferne oplever, at visitationen er tilbageholdende i forhold til at visitere borgere, så Borgerhjulet kommer i spil. Det sker på trods af, at nogle distriktschefer og terapeuter har henvendt sig til visitationen med ønske om at få flere borgere visiteret til Borgerhjulet. Distriktscheferne pointerer, at de arbejder med borgerens mestring, uagtet om det er udviklende eller kompenserende. Men det kræver borgere visiteret til udviklende indsatser for at afprøve Borgerhjulet, og her har visitationen været en hindring. Derfor pointeres det, at der skal være overensstemmelse mellem det, man vil, og det man reelt har mulighed for i praksis.

4.1.8 Borgernes perspektiv

Blandt de medvirkende borgere i undersøgelsen får Borgerhjulet en blandet modtagelse. En ældre mandlig borger finder seancen med Borgerhjulet meningsløst, da tovholderen præsenterer ham for det under opstartssamtalen. Borgerens forventninger til, hvad han kan få af hjælpemidler og hjælp til rengøring i hjemmet, stemmer ikke overens med, hvad han får tilbudt af tovholderen. Borgeren oplevede derfor, at der "*ingen gevinster*" var ved at anvende spillepladen. Efterfølgende interview med den pågældende tovholder fortæller, at tovholderen også fandt seancen med Borgerhjulet meningsløst i denne situation. Tovholderen oplevede, at tidspunktet for at inddrage Borgerhjulet var forkert, og hun var forundret over, hvorfor borgeren er blevet bevilget indsatsen nu. Som tovholderen ser det, ville det have givet udmærket mening på et tidligere tidspunkt i rehabiliteringsforløbet. Derudover oplevede tovholderen, at hun hverken havde mandat eller kompetence til at vejlede borgeren i forhold til det, som optog ham i øjeblikket. Se også det beskrevne eksempel i afsnit 3.1.

Observation og interview med borgere fortæller også, at Borgerhjulet kan have en positiv effekt. En kvindelig borger var yderst tilfreds med Borgerhjulet, da hun fik det præsenteret. Hendes oplevelse var, at Borgerhjulet er et godt redskab, fordi det giver mulighed for at komme omkring mange forskellige emner, som man som borger måske ikke selv havde tænkt på som særlig vigtigt eller relevant i situationen. Hun udtrykte også tilfredshed med både hjælpekort og vurderingsskalaer, som hun fandt anvendelige og nemme at bruge. I interviewet med borgeren fortalte hun, at det er nemmere at forstå, hvad den fagprofessionelle mener, når man som borger samtidig har noget at forholde sig til på et billede. Det giver altså et overblik at kunne se Borgerhjulet visuelt, mens det bliver forklaret.

4.2 Sammenfatning

Der er stor forskel på, hvor meget de enkelte faggrupper kender til Borgerhjulet, og hvor meget de bruger det i daglig praksis. Borgerhjulet fungerer overordnet meget fornuftigt i visitationssamtalen. Visitatorerne bruger Borgerhjulet lidt forskelligt, men de præsenterer alle borgerne for Borgerhjulspladen og erfaringen er, at nogle borgere griber det med det samme og begynder at snakke, mens andre borgere har sværere ved det. Overordnet set indgår Borgerhjulet som et fint redskab og supplement til det arbejde, som visitatorerne i forvejen laver i visitationssamtalen. Erfaringerne er, at Borgerhjulet og det tilhørende materiale fint kan anvendes i

daglig praksis, og det bringer i mange tilfælde borgeren mere på banen end tidligere, hvilket var et af formålene med Borgerhjulet. Observation og interview med visitatorer viser, at der kan være nogle udfordringer knyttet til, at hele borgerens historie ikke bliver fortalt gennem Borgerhjulet, dog kompenserer de fleste visitatorer ved at spørge borgeren ind til det i løbet af samtalen.

Tovholderne står i opstartssamtalerne overfor en større og sværere opgave, da der allerede fra visitationens side er lagt en ramme om, hvad samtalen med borgeren skal handle om og dermed på forhånd er foretaget en afgrænsning. Derfor kan det i nogle tilfælde virke uhensigtsmæssigt at bringe Borgerhjulet frem igen i opstartssamtalen.

Observation af både visitationssamtale og opstartssamtale med de samme borgere viser, at tovholderen ved hjælp af Borgerhjulet kommer omkring de samme væsentlige ting, som også blev diskuteret i visitationssamtalen. Det er dermed et redskab, som virker overlappende, og som i de observerede tilfælde betød, at der ikke blev tabt vigtig viden i overgangen mellem visitator og tovholder. I de samme tilfælde fandt flere borgere det også meningsfuldt at starte samtalen på ny og se Borgerhjulet igen.

I forhold til den daglige praksis er meningerne omkring Borgerhjulet og dets berettigelse meget blandede. Visitatorerne er klart de mest positive overfor redskabet mens terapeuterne forholder sig mere blandet til Borgerhjulet og dets redskaber. Social- og sundhedsmedarbejderne er mere positivt stemte overfor Borgerhjulet, end de var til at starte med. De oplever dog, at de får begrænset information om, hvilke borgere der reelt er i Borgerhjulet, og hvornår borgere bliver afsluttet, hvilket besværliggør deres arbejde og virker utilfredsstillende overfor borgeren. Det står beskrevet om Borgerhjulet, at borgerens kontaktperson med fordel kan deltage i opstartssamtalen med tovholderen og borgeren. I praksis finder dette kun meget sjældent sted, hvilket kan have betydning for, at kun få – udover terapeuterne - aner, hvad Borgerhjulet går ud på. Sygeplejerskerne er den faggruppe, som har sværest ved at se meningen med Borgerhjulet i deres daglige arbejde, som for flere bunder i, at de ikke støder på Borgerhjulet særlig ofte.

I langt de fleste interview bliver det drøftet, at Borgerhjulet og dets redskaber primært er et ergoterapeutisk redskab, som ligger tættest på ergoterapeuternes måde at arbejde på. Mange er derfor forstående overfor, at især sygeplejerskerne har svært ved at se meningen med det i deres arbejde, som det ser ud i øjeblikket. En måde at imødekomme dette er ifølge flere at åbne op for en større grad af metodefrihed for derved nemmere at inddrage de forskellige tovholdere. Mange er af den opfattelse, at Borgerhjulet giver noget ensartethed, men samtidig kunne der gives større mulighed for, at det var mere op til den enkelte tovholder at vurdere, hvorvidt eller hvornår det i det konkrete borgerforløb vil være hensigtsmæssigt at anvende Borgerhjulet. Det kan i denne forbindelse også overvejes, hvorvidt der kan udarbejdes en kategorisering af typer af tilknytning til Borgerhjulet, alt efter om man er visitator, tovholder, kontaktperson, sygeplejerske m.m.

Endelig er det en pointe i analysen, at tværfaglighed skal tænkes mere ind i forløbet. Det handler grundlæggende om, at den fagprofessionelle skal være mere opmærksom på, hvor de andre faggruppers kompetencer kan bringes i spil i det pågældende borgerforløb. I de tilfælde, hvor det er lykkedes at tænke det tværfaglige element mere ind, er der gjort positive erfaringer.

5 Indsatsmønster før og efter

Denne analyse var som udgangspunkt tilrettelagt, som en driftsøkonomisk analyse i to dele. Første del var en omkostningsanalyse foretaget for alle borgere i alderen 67 år eller ældre, som modtog hjemmepleje i Esbjerg Kommune i to perioder på hver 44 uger før og efter indførelsen af "Gør borgeren til mester". Analysen skulle fokusere på omkostningerne før og efter indførelsen af "Gør borgeren til mester" i form af forskelle i visiteret tid og omkostninger til hjemme- og sygepleje leveret til borgere i egen bolig på 67 år og derover. Det viste sig imidlertid, at de tilgængelige data ikke var præcise nok til at udarbejde en valid analyse. Derfor indgår kun den anden delanalyse, som fokuserer specifikt på de borgere, som har deltaget i projektet "Gør borgeren til mester" og undersøger disse borgeres indsatsbehov og -mønster før og efter deltagelse.

Denne gruppe borgere udgør kun et lille antal, og derfor er denne analyse beskrivende. Der er fokus på deltagerens indsatsstyrke og -mønster tre måneder op til forløbsstart og tre måneder efter afsluttet forløb. Der er i analysen skelnet mellem deltagende borgere, som er registreret som afsluttede i "Gør borgeren til mester"-forløb og dem, der ikke er afsluttet ved analyseperiodens afslutning april 2013 ("Uafsluttet"). Blandt de borgere, som er afsluttede, foretager vi desuden en skelnen mellem de borgere, som har gennemført fuldt forløb ("Gennemført GBTM") eller afsluttet før tid ("Ej gennemført GBTM").

5.1 Populationen

185 borgere har deltaget i projektet "Gør borgeren til mester" i perioden marts 2012 til april 2013 (herefter benævnt forløbet). Af disse er 118 kendte borgere, dvs. at de allerede har været i kontakt med kommunens hjemmepleje, men personalet har vurderet, at der er et rehabiliteringspotentiale. 67 er nye borgere¹⁰, som ikke før deres deltagelse i forløbet har haft kontakt med hjemmeplejen. Analysen inkluderer alene borgere, som er 67+ år, når de starter i forløbet. Når vi fjerner de yngre borgere under 67 år, så er der 98 kendte borgere og 46 nye borgere i projektet – jf. Tabel 2.

Ud af de i alt 144 borgere 67+ år, som er inkluderet, har 42 gennemført forløbet, 46 har ikke gennemført og 52 er uafsluttede.

Tabel 2. Deltagere i "Gør borgeren til mester" (GBTM)

	Kendt borger	Ny borger	I alt
Antal borgere i alt	118	67	185
Antal borgere 67+ år	98	46	144
Gennemført GBTM	29	13	42
Ikke gennemført GBTM	37	9	46
Uafsluttet	32	24	56

¹⁰ Valget af borgere i alderen 67 år eller ældre er et resultat af, at det var denne aldersgrænse, som var valgt i forbindelse med den omkostningsanalyse, som skulle omfatte alle borgere i Esbjerg Kommune som modtog hjemmepleje. For at sikre sammenlignelighed mellem de to analyser blev samme inklusionskriterium valgt i denne analyse, som kun baserer sig på data om deltagere i projektet "Gør borgeren til mester".

5.2 Indsatsmønster- og omfang før og efter "Gør borgeren til mester"

I dette afsnit ser vi på, hvad de borgere, som allerede var i kontakt med Esbjerg Kommunes hjemme- og sygepleje, modtog, inden de blev visiteret til forløbet, og sammenligner det med de indsatser og omfang, de modtager efterfølgende. Opgørelsen af, hvad borgeren har modtaget, før de blev visiteret til forløbet, er begrænset til de forudgående tre måneder. Derved er det muligt at sammenligne, hvad borgeren modtog umiddelbart før og efter deltagelse i forløbet. Omfanget af indsatser umiddelbart før projektet er en indikator for funktionsniveauet på det tidspunkt.

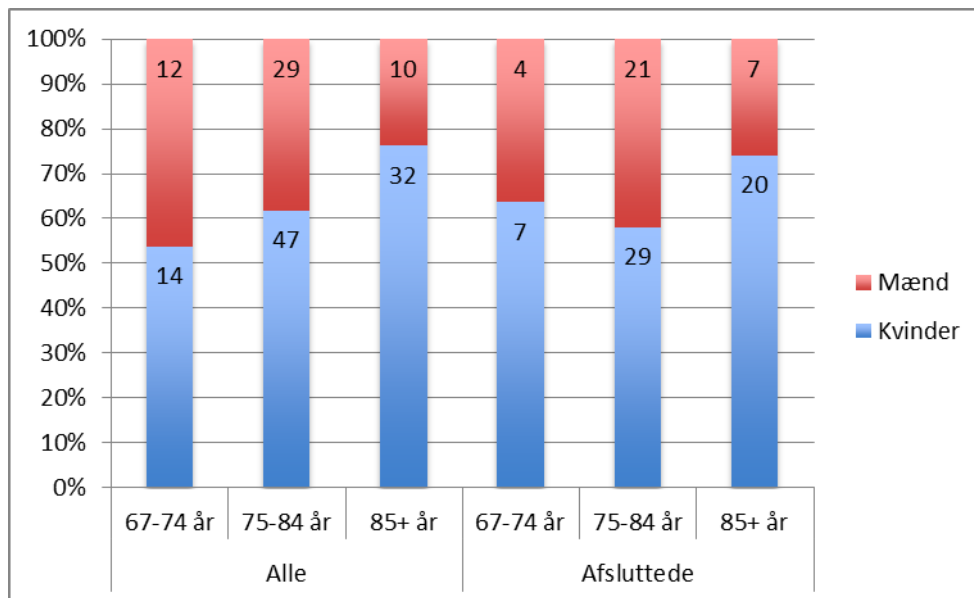
Tabel 3 **Tabel** viser køns- og aldersfordelingen for alle, der deltog i forløbet, og dem der var afsluttede ved analyseperiodens afslutning april 2013. For alle deltagere er aldersfordelingen for kvinder fordelt med 15 % i aldersgruppen 67-74 år, 51 % i aldersgruppen 75-84 år og 34 % 85+ år. For mænd er 24 % af deltagerne 67-74 år, 57 % er 75-84 år og 20 % er 85+ år gamle. For de afsluttede kvindelige borgere er aldersfordelingen nogenlunde den samme, som for alle kvindelige deltagere i forløbet, mens den ser anderledes ud for afsluttede mandlige borgere. Her er der forskel på den mandlige aldersfordeling hos alle deltagende mænd, og de mænd, som har afsluttet forløbet. Det kan tyde på, at mændene i aldersgruppen 67-74 år er kommet senere ind i forløbet og derfor endnu ikke er afsluttet.

Tabel 3. Antal, som har deltaget i "Gør borgeren til mester" (GBTM)

	Alle				Har afsluttet GBTM			
	Kvinder		Mænd		Kvinder		Mænd	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
67-74 år	14	(15)	12	(24)	7	(13)	4	(13)
75-84 år	47	(51)	29	(57)	29	(52)	21	(66)
85+ år	32	(34)	10	(20)	20	(36)	7	(22)
I alt	93	(100)	51	(100)	56	(100)	32	(100)

Figur 6 viser kønsfordelingen inden for hver aldersgruppe. Her ses, at andelen af kvinder blandt borgere, som har afsluttet forløbet er væsentlig højere for alle aldersgrupper. Igen skyldes dette til dels den generelle kønsfordeling i aldersgrupperne.

Figur 6. Fordeling mellem mænd og kvinder for alle deltagere og for deltagere, som har afsluttet forløbet



I den resterende del af analysen ser vi kun på de borgere, som har afsluttet forløbet, da vi ikke har oplysninger om gennemførelse af forløbet, samt perioden efter projektet for de uafsluttede borgere.

5.2.1 Borgere, som har afsluttet forløbet "Gør borgeren til mester"

Borgere, som har afsluttet et forløb, har enten gennemført forløbet eller afsluttet det før tid. I Tabel 4 ser vi på alders- og kønsfordelingen for de afsluttede borgere, som enten har gennemført forløbet eller afsluttet det før tid. Som det fremgår af Tabel 4, så er der tale om et forholdsvis lille antal borgere, der har afsluttet, og gruppen bliver endnu mindre, når den opdeles efter, om forløbet er gennemført eller afsluttet før tid. I Tabel 4 er andelen af henholdsvis kvinder og mænd, som har gennemført forløbet, vist. Generelt er der en større andel kvinder som gennemfører forløbet: 52 % kvinder mod 41 % mænd. Blandt kvinderne bliver andelen, der gennemfører forløbet, større jo ældre de er, mens det forholder sig modsat for mænd. Der skal dog tages højde for det lille antal borgere, specielt i de ældste og yngste aldersgrupper.

Tabel 4. Antal som har afsluttet "Gør borgeren til mester" (GBTM)

	Gennemført GBTM		Afsluttet GBTM før tid		Afsluttede i alt	
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
	N	N	N	N	N	N
67-74 år	1	2	6	2	7	4
75-84 år	15	10	14	11	29	21
85+ år	13	1	7	6	20	7
I alt	29	13	27	19	56	32

Tabel 5. Andel, som har gennemført "Gør borgeren til mester" (GBTM)

	Gennemført GBTM	
	Kvinder %	Mænd %
67-74 år	14,3 %	50,0 %
75-84 år	51,7 %	47,6 %
85+ år	65,0 %	14,3 %
Samlet	51,8 %	40,6 %

5.2.2 Brug af hjemmepleje efter afsluttet forløb

Det er interessant at undersøge, om borgerne stopper med at modtage hjemmepleje efter at have afsluttet et forløb, samt hvilke indsatser de modtog før forløbet ift. til borgere, som ikke stopper med at modtage hjemmepleje efter forløbet. I det følgende undersøges, om der er nogle mønstre for borgere, som har deltaget i og afsluttet et forløb (88 borgere jf. Tabel 4). Da der er tale om en lille population, er det ikke muligt at bruge en statistisk model til at afgøre, om der er tale om signifikante forskelle for de forskellige grupper. Der kan være tale om tendenser, som kan danne udgangspunkt for at teste tendenserne på et større datamateriale.

Først ser vi på, hvor mange af de borgere, som har gennemført forløbet, der helt stopper med at modtage hjemmepleje indenfor tre måneder efter deltagelsen i projektet. Borgerne er opdelt på kendte og nye borgere, og på om de har gennemført projektet. Resultatet er vist i

Tabel 6. Andelen af nye borgere, som ikke modtager hjemmepleje efter deltagelse er 41 %, hvor andelen er 21 % for kendte borgere. Opdeles borgeren på, om de har gennemført forløbet eller ej, så er der flere af de borgere, som ikke har gennemført forløbet, som stopper med hjemmepleje end borgere, som faktisk har gennemført forløbet. Dette er specielt udtalt for kendte borgere. Igen er det vigtigt at understrege, at resultaterne tages med forbehold grundet det lille antal deltagere.

Tabel 6. Brug af hjemmeplejen efter afsluttet deltagelse i "Gør borgeren til mester" (GBTM)

	Modtager ikke hjemmepleje efter GBTM		Modtager hjemmepleje efter GBTM		Andel som ikke modtager hjemmepleje efter GBTM	
	Kendt borger	Ny borger	Kendt borger	Ny borger	Kendt borger	Ny borger
	N	N	N	N	%	%
Gennemført	4	5	25	8	13,8 %	38,5 %
Ej gennemført	10	4	27	5	27,0 %	44,4 %
I alt	14	9	52	13	21,2 %	40,9 %

I Tabel 7 ser vi nu alene på borgere, som er kendte, dvs. som før har modtaget hjemmepleje inden deltagelse i "Gør borgeren til mester", for at se på, om der er et mønster i de indsatser, de modtager de sidste tre måneder op til deltagelse afhængig af, om der er tale om borgere, der stopper eller ikke stopper med at modtage hjemmepleje efterfølgende. Der er i alt 66 kendte borgere, heraf har otte borgere ikke modtaget indsatser indenfor de sidste tre måneder op til deltagelse i forløbet. Indsatserne op til deltagelse i forløbet er opgjort, som det gennemsnitlige

antal minutter pr. uge fordelt på § 83 (personlig hjælp, omsorg og pleje m.v.) og § 86-indsatser (genoptræning mv.) og på dag, aften og nat. Det giver et indtryk af, om der er forskel på tyngden leveret op til forløbet blandt de borgere, som stopper efter forløbet sammenlignet med de borgere, som fortsætter med hjemmehjælp.

Tabel 7 viser det gennemsnitlige antal minutter, der er visiteret pr. uge i tre måneder op til forløbet både for de borgere, som modtager hjemmepleje efter deltagelse i forløbet og dem, der fortsætter i hjemmeplejen efterfølgende. Derudover er der opdelt på, om borgeren har gennemført "Gør borgeren til mester"-forløbet. Tabellen viser, at for § 83-indsatser om dagen, så er der faktisk ingen forskel i gennemsnitlige antal ugentlige minutter hverken for dem, som gennemfører forløbet, og dem som ikke gør (79 og 78 minutter). Med hensyn til § 83 for aften og nat, så får borgere, som stopper i hjemmeplejen efter forløbet, i gennemsnit færre minutter visiteret pr. uge op til forløbet end de borgere, som fortsætter med hjemmepleje efter forløbet. For § 86 så gælder det, at den gennemsnitlige ugentlige tid, visiteret til § 86-indsatser op til forløbet, er tydeligt højere for de borgere, som ikke modtager hjemmepleje efterfølgende. Det gælder særligt for § 86-ydelser i dagtimerne.

Tabel 7. Gennemsnitlige antal visiterede minutter tre måneder op til deltagelse i "Gør borgeren til mester" (GBTM) blandt kendte, afsluttede borgere

		Modtager ikke hjemmepleje efter GBTM		Gennemført GBTM		Ej gennemført GBTM			
				Modtager hjemmepleje efter GBTM		Modtager ikke hjemmepleje efter GBTM		Modtager hjemmepleje efter GBTM	
				Gns. antal min. pr. uge.	Gns. antal min. pr. uge.	Gns. antal min. pr. uge.	Gns. antal min. pr. uge.	Gns. antal min. pr. uge.	Gns. antal min. pr. uge.
Visiterede minutter pr. uge tre måneder op til forløb									
§83	Dag	79	78	0	94	79	64		
	Aften	84	120	0	138	84	97		
	Nat	75	122	0	128	75	105		
§86	Dag	58	91	47	132	78	57		
	Aften	83	104	0	92	83	138		
	Nat	0	0	0	0	0	0		
Antal borgere som modtog hjemmepleje tre måneder før		N	10	48	2	23	8	25	
Antal borgere som ikke modtog hjemmepleje tre måneder før		N	4	4	2	2	2	2	

Opdeles borgerne efter, om de har gennemført forløbet eller ej, så fremgår det af Tabel 7, at borgere, som har gennemført forløbet og efterfølgende stoppet helt med hjemmepleje, er kendetegnet ved, at de før start på forløbet (3 mdr. op til) har modtaget ganske lidt hjemmepleje. Faktisk har denne gruppe kun § 86-indsatser i dagtimerne. Modsat er borgere, som har gennemført forløbet men fortsætter med hjemmepleje efterfølgende, kendetegnet ved, at de også før forløbet fik væsentlig mere hjemmepleje både i form af § 83 og § 86 sammenlignet med de borgere, som stopper helt efter forløbet.

For de borgere, som har afsluttet, men ikke gennemført forløbet er der ikke de samme forskelle på visiterede indsatser op blandt de borgere, der stopper med at modtage hjemmepleje og dem som ikke gør. Både borgere som stopper og fortsætter med hjemmepleje efterfølgende har fået både § 83 og § 86 hjemmepleje op til forløbet. Igen er der tale om små populationer, og resultaterne er derfor med forbehold.

5.2.3 Indsatsmønsteret blandt borgere som fortsat modtager hjemmepleje efter afsluttet forløb

Vi undersøger nu, om der en ændring i indsatsmønsteret blandt de borgere, som ikke er stoppet med at modtage hjemmepleje efter et afsluttet forløb, efter de har deltaget i "Gør borgeren til mester". Det betyder, at populationen nu yderligere begrænses, da vi kun modtager de 48 borgere, som modtager hjemmepleje både op til og efter deltagelse i projektet "Gør borgeren til mester".

Først sammenligner vi andelen af borgere, som modtager indsatser tre måneder før og efter deltagelse i projektet blandt borgere, som har gennemført forløbet og borgere, som har afsluttet men ikke gennemført forløbet (Tabel 8). Herefter sammenligner vi det gennemsnitlige antal minutter pr. uge disse borgere modtager i de tre måneder op til og de tre måneder umiddelbart efter forløbet (tabel 9).

I tabel 8 fremgår det, at andelen af borgere, som modtager § 83 indsatser om dagen falder (mest for borgere, som har gennemført forløbet). Andelen, som modtager § 83 indsatser stiger om natten og om aftenen. Dog er andelen, som modtager § 83 indsatser om natten, konstant for borgere, som gennemfører forløbet.

Andelen af borgere, som modtager § 86 indsatser, stiger overordnet mere, end der kan forklares ved faldet i borgere, som modtager § 83 indsatser. Mønsteret for borgere, som har gennemført forløbet og borgere, som ikke har, ligner hinanden for § 86 indsatser om dagen, hvor begge grupper modtaget en større andel § 86 dagindsatser efterfølgende end op til deltagelse i forløbet (fra ca. 45 % til 80 %). Med hensyn til § 86 aftenindsats, så er det væsentlig flere af de borgere, som har gennemført forløbet (30,4 %), der har modtaget § 86 aftenindsatser op til forløbet, hvor det kun er 8 % af de borgere, som ikke har gennemført forløbet, der har modtaget § 86 aftenindsatser op til forløbet. Til gengæld er andelen, der modtager § 86 aftenindsatser, steget mere for borgere, som ikke har gennemført forløbet.

Tabel 8. Borgere, som modtager indsatser tre måneder før og tre måneder efter deltagelse i projektet "Gør borgeren til mester" (GBTM)

		Tre måneder før GBTM		Tre måneder efter GBTM		Gennemført GBTM		Ej gennemført GBTM	
		Andel borgere	Andel borgere	Andel borgere	Andel borgere	Andel borgere	Andel borgere	Andel borgere	Andel borgere
Antal borgere		48	48	23	23	25	25		
Andel i %									
§ 83	Dag	97,9 %	91,7 %	95,7 %	87,0 %	100,0 %	96,0 %		
	Aften	22,9 %	27,1 %	21,7 %	26,1 %	24,0 %	28,0 %		
	Nat	8,3 %	10,4 %	13,0 %	13,0 %	4,0 %	8,0 %		
§ 86	Dag	45,8 %	81,3 %	47,8 %	82,6 %	44,0 %	80,0 %		
	Aften	18,8 %	31,3 %	30,4 %	34,8 %	8,0 %	28,0 %		
	Nat	0,0 %	2,1 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %		

I tabel 9 er vist det gennemsnitlige omfang af indsatserne tre måneder før og efter deltagelse i forløbet. For alle § 83 indsatserne er det gennemsnitlige antal minutter pr. uge faldet efter endt forløb. For § 83 dagsindsatserne betyder det, at både antallet af borgere, som modtager indsatserne og den gennemsnitlige visiterede tid, er faldet. For § 83 indsatser om aftenen og natten er antallet af borgere, som modtager indsatsen, steget, mens den visiterede tid pr uge er faldet. For § 86 indsatser stiger antallet, der modtager indsatserne, mens visiteret tid pr. uge falder en smule om dagen men stiger om aftenen. Kun en enkelt borger modtager § 86 indsatser om natten efter projektet, og ingen før projektet, så her giver en sammenligning ingen mening.

For borgere, som har gennemført projektet, falder det gennemsnitlige antal minutter pr. uge for alle § 83 indsatser markant, mens det samme ikke ses for borgere, som ikke har gennemført. Dette gælder dog ikke natindsatser. For § 86 indsatser falder antallet af visiterede minutter for borgere, som har gennemført projektet, mens det stiger for borgere, som ikke har gennemført projektet. Det omvendte er dog tilfældet for § 86 indsatser om aftenen.

Tabel 9. Gennemsnitlige antal visiterede minutter pr. uge tre måneder før og efter deltagelse i projektet "Gør borgeren til mester" (GBTM)

		Tre mdr. før GBTM		Tre mdr. efter GBTM		Gennemført		Ej gennemført	
		Tre mdr. før GBTM	Tre mdr. efter GBTM	Tre mdr. før GBTM	Tre mdr. efter GBTM	Tre mdr. før GBTM	Tre mdr. efter GBTM	Tre mdr. før GBTM	Tre mdr. efter GBTM
		Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit	Antal minutter pr. uge, gennemsnit
Antal borgere		48	48	23	23	25	25		
Visiterede minutter pr. uge									
§83	Dag	60	57	63	51	59	61		
	Aften	98	96	112	106	88	87		
	Nat	122	83	128	89	105	73		
§86	Dag	71	70	95	62	47	78		
	Aften	93	122	84	128	124	117		
	Nat	0	270	0	270	0	0		

5.2.4 Det specifikke indsatsmønster før og efter deltagelse i forløbet

Afslutningsvis ser vi på, hvilke specifikke indsatser borgerne modtager før og efter deltagelse i "Gør borgeren til mester"-forløbet, samt om visiteret tid til disse indsatser ændrer sig i de efterfølgende tre måneder i forhold til de tre måneder op til deltagelse i projektet.

Antallet, som stopper med indsatsen, antallet, som fortsætter med indsatsen og antallet, som starter med indsatsen fordelt på alle, gennemførte og ikke gennemførte, er vist i Appendiks 1. Bemærk, at der er tale om ganske få observationer for en del af indsatserne.

Andelen, som stopper med en indsats, de har fået i perioden op til deltagelse i projektet, er vist i tabel 10. Den resterende andel er borgere, som fortsætter med indsatsen efter deltagelse i projektet. Det fremgår fx, at 35 % af borgere, som modtog § 83-indsatsen "Personlig hygiejne", stoppede med at modtage denne indsats efter deltagelse i forløbet. For borgere, som har gennemført projektet, stoppede 44 % og for borgere, som ikke gennemførte forløbet, stoppede 27 % med at modtage denne indsats. Andelen, der ikke længere modtager denne indsatser, er altså størst blandt borgere, som har gennemført projektet. For § 83-indsatserne "Rengøring" og

”Tøjvask” forholder det sig omvendt. For disse indsatser er andelen, som stopper med at modtage indsatsen, størst for borgere, der ikke har gennemført forløbet.

Tabel 10. Andel borgere, som har fået en indsats før ”Gør borgeren til mester” (GBTM) og som stopper med indsatsen efterfølgende

Paragraf	Indsats	Alle		Gennemført GBTM		Ej gennemført GBTM	
		%	Antal borgere, som modtog indsatsen før GBTM	%	Antal borgere, som modtog indsatsen før GBTM	%	Antal borgere, som modtog indsatsen før GBT M
§ 83	Forflytning/vending/lejring 2.2.4.1	0,0 %	2	0,0 %	2		
§ 83	Indkøb 2.1.3	0,0 %	1	0,0 %	1		
§ 83	Indtagelse af mad og drikke 2.2.2	50,0 %	6	0,0 %	2	75,0 %	4
§ 83	Personlig hygiejne 2.2.1	35,0 %	20	44,4 %	9	27,3 %	11
§ 83	Rengøring 2.1.1	2,6 %	38	0,0 %	18	5,0 %	20
§ 83	Struktur og sammenhæng 2.2.6	50,0 %	8	40,0 %	5	66,7 %	3
§ 83	Toiletbesøg 2.2.1.5	20,0 %	5	25,0 %	4	0,0 %	1
§ 83	Tøjvask 2.1.2	7,1 %	14	0,0 %	5	11,1 %	9
§ 86	Fremme sundhed/forebygge sygdom 1.1.3.4	50,0 %	2	100,0 %	1	0,0 %	1
§ 86	Funktions og ADL udredning 1.1.3.1	100,0 %	1	100,0 %	1	0,0 %	0
§ 86	Færden 1.1.6	100,0 %	1			100,0 %	1
§ 86	Husførelse 1.1.7						
§ 86	Individuel træning 1.1.3.2	66,7 %	3	0,0 %	1	100,0 %	2
§ 86	Kombitræning 1.1.3.3	22,2 %	9	50,0 %	2	14,3 %	7
§ 86	Mål og udredningsbesøg 1.1.3.5						
§ 86	Måltider, mad og drikke 1.1.4	50,0 %	6	50,0 %	4	50,0 %	2
§ 86	Personlig hygiejne 1.1.5	30,0 %	10	14,3 %	7	66,7 %	3
§ 86	Struktur i hv. aktivitet og rutine 1.1.1	100,0 %	1	100,0 %	1		
§ 86	Udrede og udvikle færdigheder 1.1.3.5						
Antal borgere			44		21		23

Tabel 11 viser ændringen i den gennemsnitlige visiterede tid pr. uge for en indsats (i de uger borgeren modtager indsatsen) for de borgere, som får en indsats både før og efter forløbet. Ændringen er opgjort i antal minutter samt som procent af den visiterede tid. Det generelle billede er, at borgere, som har gennemført forløbet, har et gennemsnitligt fald i ugentlig visiteret tid for indsatserne, mens borgere, som ikke har gennemført projektet, har en stigning.

Generelt ses en tendens til, at borgere, som gennemfører projektet får færre indsatser og færre visiterede minutter pr. uge i gennemsnit. Der er dog tale om få borgere i populationen, og derfor kan der næppe konkluderes generelt.

Tabel 11. Ændring i ugentligt visiteret tid for borgere, som får en indsats både før og efter "Gør borgeren til mester" (GBTM)

Paragraf	Indsats	Alle		Gennemført GBTM		Ej gennemført GBTM	
		Minutter pr. uge	Minutter pr. uge	Minutter pr. uge	Minutter pr. uge	Minutter pr. uge	Minutter pr. uge
		N	%	N	%	N	%
§ 83	Forflytning/vending/lejring 2.2.4.1	-101,2	-31,7 %	-101,2	-31,7 %		
§ 83	Indkøb 2.1.3	0,0	0,0 %	0,0	0,0 %		
§ 83	Indtagelse af mad og drikke 2.2.2	38,0	61,6 %	-2,5	-0,6 %	119,1	186,1 %
§ 83	Personlig hygiejne 2.2.1	-29,0	-12,1 %	-87,3	-36,6 %	7,4	3,2 %
§ 83	Rengøring 2.1.1	0,1	1,5 %	0,0	1,4 %	0,3	1,5 %
§ 83	Struktur og sammenhæng 2.2.6	5,9	25,6 %	7,9	34,2 %	0,0	0,0 %
§ 83	Toiletbesøg 2.2.1.5	7,8	-5,1 %	10,4	-6,8 %	0,0	0,0 %
§ 83	Tøjvask 2.1.2	-1,2	-5,5 %	-3,7	-20,1 %	0,4	3,5 %
§ 86	Fremme sundhed/forebygge sygdom 1.1.3.4	24,0	400,0 %			24,0	400,0 %
§ 86	Funktions og ADL udredning 1.1.3.1						
§ 86	Færden 1.1.6						
§ 86	Husførelse 1.1.7						
§ 86	Individuel træning 1.1.3.2	-38,3	-42,5 %	-38,3	-42,5 %		
§ 86	Kombitræning 1.1.3.3	-0,2	-1,3 %	0,0	0,0 %	-0,3	-1,5 %
§ 86	Mål og udredningsbesøg 1.1.3.5						
§ 86	Måltider, mad og drikke 1.1.4	-37,1	-3,0 %	-116,3	-25,1 %	121,1	41,4 %
§ 86	Personlig hygiejne 1.1.5	3,1	116,0 %	-39,2	-7,3 %	256,8	855,9 %
§ 86	Struktur i hv. aktivitet og rutine 1.1.1						
§ 86	Udrede og udvikle færdigheder 1.1.3.5						
Antal borgere		44		21		23	

Note: § 83 toiletbesøg, har en absolut stigning i gennemsnitlig antal visiterede minutter og et procentuelt fald, da en enkelt borger øger antal minutter, men ud af et stort antal minutter, så det ikke slår igennem procentuelt.

5.3 Sammenfatning

Denne analyse er baseret på 185 borgere, som har deltaget i "Gør borgeren til mester". Dette er en relativ lille studiepopulation, som både inkluderer de borgere, som har gennemført forløbet og dem, som har afsluttet før tid samt borgere, der har modtaget hjemmepleje før projektet, og som ikke har. Dette betyder, at den gruppe af borgere, som både har gennemført forløbet og som har modtaget hjemmepleje for deltagelse i projektet, og dermed udgør grundlaget for en analyse af indsatsmønsteret før og efter deltagelse i "Gør borgeren til mester", er kraftigt reduceret. Generelt ses en tendens til, at der er en sammenhæng mellem indsatsbehovet før deltagelse i "Gør borgeren til mester" og efter. Det vil sige, at de borgere, som modtog hjemmehjælp før deltagelse i forløbet, modtager mere hjemmehjælp efter forløbet end dem, som ikke modtog hjemmehjælp før forløbet. Desuden ses en tendens til, at borgere, som gennemfører projektet, får færre indsatser og færre visiterede minutter pr. uge i gennemsnit end dem, som afsluttede forløbet før tid. Der er dog tale om en så lille populationen, at der næppe kan drages generelle konklusioner på baggrund af disse resultater.

6 Konklusion

Siden 2010 har Esbjerg Kommune arbejdet med at udvikle og afprøve forskellige modeller for hverdagsrehabilitering på ældreområdet. Det har ført til den model – Esbjerg-modellen – som er evalueret her.

Målet med Esbjerg-modellen er at øge og/eller fastholde ældre borgeres funktionsevne ved for det første at gøre brug af nye metoder til at inddrage borgernes ressourcer og ønsker i form af Borgerhjulet, målkort og motivationssamtaler. For det andet ønsker kommunen at optimere det potentiale for en rehabiliterende indsats på tværs af afdelinger og teams, som allerede er til stede via medarbejdernes kendskab og positive holdning til at arbejde udviklende frem for kompenserende samt hjemmeplejens organisering i tværfaglige teams. Endelig er målet at reducere udgifterne til hjemmeplejen.

Denne evaluering har haft til formål at undersøge styrker og svagheder ved Esbjerg-modellen som helhed, de foreløbige erfaringer med brug af Borgerhjulet og effekterne af Esbjerg-modellen i form af eventuelle ændrede indsatsmønstre. I det følgende vil vi samlet konkludere på resultaterne af de to delanalyser.

6.1 Forankring og udbredelsen af en rehabiliterende tankegang

Evalueringen peger på, at medarbejdere i Esbjerg Kommune som udgangspunkt erklærer sig enige i målsætningen om at arbejde udviklende frem for kompenserende. Denne evaluering er gennemført tre år inde i en længerevarende udviklingsproces med fokus på rehabilitering, og i den periode er der sket en holdningsændring og kommet stigende opmærksomhed på rehabilitering blandt langt de fleste medarbejdere i hjemmeplejen. Samtidig efterlader interviewene med de forskellige medarbejdergrupper også det indtryk, at de grundlæggende opfatter den rehabiliterende tilgang som en allerede eksisterende del af deres faglighed. Det er dog en tankegang, som skal holdes vedlige og nemt kan gå i glemmebogen igen, hvis medarbejdere og ledere ikke fastholder rehabilitering som fokusområde. Men det er ikke en tankegang, der er direkte ny eller i modstrid med, hvordan de grundlæggende ønsker at arbejde.

Det er dog tydeligt, at der ikke er en tæt integration mellem "Gør borgeren til mester" og den almindelige hjemmepleje. Der er stor forskel på, hvor tydeligt den rehabiliterende tilgang slår igennem i praksis i de forskellige dele af borgerens forløb på trods af det potentiale, som ligger i medarbejdernes overvejende positive holdning til udviklende frem for kompenserende hjemmepleje.

Derudover er der stor forskel på, hvordan de enkelte faggrupper har taget "Gør borgeren til mester" og de tilknyttede værktøjer til sig. For visitatorerne har "Gør borgeren til mester" tilført en ekstra mulighed i deres arbejde, idet de kan differentiere mellem flere borgergrupper, end de har været vant til. Terapeuterne anser modellen for at understøtte deres faglighed og er blevet en integreret del af deres arbejdspraksis. Social- og sundhedsmedarbejderne gør sig mange tanker om, hvordan de kan fremelske det rehabiliterende aspekt i deres arbejde endnu mere, end de allerede gør. Sygeplejerskerne anser ikke rehabilitering som fremmed, men de værktøjer, som er introduceret i kommunen, appellerer tilsyneladende ikke direkte til sygeplejerskerne og deres arbejdsområde.

6.2 Den tværfaglige indsats og integration af teamet omkring borgeren

Hjemmeplejen i Esbjerg Kommune er tværfagligt organiseret med terapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og rengøringspersonale ansat under samme distriktsledelse. Alligevel er der stor forskel i rammerne for den tværfaglige dialog og sparring i de enkelte distrikter. I en hverdag, hvor størstedelen af arbejdet udføres ude i borgernes hjem, giver fælles mødetidspunkter og morgenmøder med afsat tid til dialog på tværs af faggrupper anledninger til systematisk at mødes på tværs. I praksis er der dog stor forskel på, hvordan dette er organiseret. Det samme gælder opstartsmøderne, hvor deltagelse af både tovholder og borgerens kontaktperson ikke er en fast procedure i alle hjemmeplejedistrikterne. Esbjerg Kommune fremhæver selv den tværfaglige organisering som udgangspunktet for at arbejde tværfagligt og helhedsorienteret omkring den enkelte borger, men at det er et aktiv, som også kan udnyttes bedre. Et større fokus på at skabe en systematik omkring de fysiske møder på tværs af faggrupperne - både i relation til den enkelte borger og mere generelt - er en måde at udnytte det eksisterende potentiale yderligere. Den gensidige orientering mellem faggrupperne og de enkelte teammedlemmer omkring den enkelte borger kan ligeledes systematiseres yderligere, fx i form af markeringer på køresedlerne af, hvilken indsatsstype den enkelte borger har fået.

Evalueringen peger på, at den valgte organisering i "Gør borgeren til mester", hvor en tovholder har til opgave at definere mål og udarbejde en tværfaglig plan for borgerens forløb, efter at visitator har defineret, hvilken indsats borgeren får, kan være en udfordring. Dette er særligt, når en borger ønsker mere, end den tildelte indsats rummer, og tovholderen oplever, at de skal tage stilling til nye ønsker, som der ikke er taget hånd om i visitationssamtalen. Den tætte kontakt mellem visitatorer og tovholdere er væsentlig for at sikre en fælles forståelse af, hvilke borgere der er relevante for en rehabiliterende indsats. Erfaringerne fra Esbjerg Kommune peger desuden på, at en tæt kontakt og dialog omkring justering af den enkelte borgers forløb, og derigennem også en præcisering af henholdsvis tovholders og visitators rolle i relation til utilfredse borgere samt procedurerne for justering af de tildelte indsatser, er væsentlig.

Af evalueringen fremgår det desuden, at der kan sættes mere fokus på tværfaglighed i form af en mere fleksibel tilgang til, hvem der er tovholdere. Som det er nu, har distrikterne primært organiseret sig, så det er ergoterapeuter, der varetager tovholderfunktionen, og bl.a. visitatorerne stiller spørgsmålstejn ved, om der ikke er tilfælde, hvor andre faggrupper er mere relevante. Dette ville også være en anledning til, at få hjemmesygeplejerskerne mere på banen i relation til modellen og modellens værktøjer.

6.3 Værktøjer nu og i fremtiden

Overordnet set er mange af den opfattelse, at indsatserne og pakkerne er meget fornuftige på trods af delte meninger om Borgerhjulet. Reelt er der kun tale om et mindre antal borgere, der har været igennem Borgerhjulet, men det er også vigtigt at fremhæve, at Esbjerg Kommune er i en proces, hvor der løbende vil være behov for at justere. Den positive udmelding af interviewene er, at den rehabiliterende tankegang har vundet indpas hos langt de fleste medarbejdere. Borgerhjulet indgår som led i et paradigmeskifte, og beskrives som afhængig af ildsjæle, der bærer det ud i organisationen. I øjeblikket er der dog kommunikationsveje og organisatoriske udfordringer, som spærrer for, at Borgerhjulet, det "fælles sprog" og nye måder at tænke på, bliver ført ud i alle led i organisationen.

Borgerhjulet er udviklet som et værktøj til brug i dialogen med borgeren og som et værktøj til udredning. Som dialogværktøj afhænger brugbarheden bl.a. af den enkelte borger, som afhængig af situation og kognitiv formåen kan have mere eller mindre gavn af Borgerhjulets forskellige elementer. Visitator og tovholder beskriver, hvordan de i praksis trækker på andre metoder og deres erfaring som fagpersoner, når Borgerhjulet ikke giver dem (og borgeren) et tilstrækkeligt overblik at træffe en beslutning på baggrund af. Som udredningsværktøj er der delte meninger om, hvorvidt Borgerhjulet er bedre end andre udredningsværktøjer, og om det skal betragtes som Esbjergs foretrukne måde at udrede borgere på, eller om der er plads til at bruge andre typer af værktøjer (fx COPM). En diskussion, som også går igen i interviewene, er spørgsmålet om, hvilke borgere Borgerhjulet er relevant for. Her nævnes demente som et eksempel på en gruppe borgere, som ikke får noget udbytte af Borgerhjulet, og det fører bl.a. til forslag om tydelige retningslinjer for, hvornår Borgerhjulet skal tages i brug, end det der i forvejen er beskrevet i retningslinjerne for brug af Borgerhjulet. Desuden skal de tydelige retningslinjer kommunikeres bredere ud, så det når alle faggrupper.

At borgerhjulet i højere grad kan anvendes som udgangspunkt for en dialog i teamet omkring borgeren, fremgår også som en forventning i interviewene. Eksempelvis kan Borgerhjulet med sin emneinddeling potentielt være et redskab til tværfaglig dialog, idet det visualiserer, hvornår det er relevant for tovholderne at inddrage fx en hjemmesygeplejerske og overdrage dele af ansvaret for at konkretisere borgerens plan. Der er flere eksempler i interviewene på, at jævnlige møder i de enkelte hjemmedistrikter kan være et forum for denne dialog, men jævnlige møder er ikke praksis i alle distrikter. Samtidig udtrykker social- og sundhedsmedarbejderne, at de har behov for at vide, om en borger er en del af et forløb, hvor Borgerhjulet har været i spil. Det har de både i den daglige kontakt med borgeren, da de har medansvar for at følge den plan, der er lagt, og fordi de så kan forberede borgeren på, at forløbet er tidsbegrænset og få afsluttet forløbet ordentlig. Selvom Borgerhjulet altså primært er i spil som redskab for visitator og tovholder, er det altså væsentligt, at udbyttet af henholdsvis visitationssamtale og opstartssamtale kommunikerer tydeligt til de enkelte leverandører, og på den måde også bringes i spil i relation til de øvrige medarbejderes arbejde.

Det er tydeligt, at Borgerhjulet er blevet et terapeutfagligt redskab, som bruges og appellerer minimalt til sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne er grundlæggende ikke bekendt med Borgerhjulet og ser det ikke som deres ansvar at opsøge det og efterprøve det i deres egen praksis. Dette er imidlertid ikke et udtryk for, at de ikke ønsker at arbejde rehabiliterende og tænke det mere systematisk ind i deres egne arbejdsopgaver. Interviewet med sygeplejerskerne viste tværtimod, at en ide om at udvikle "deres eget værktøj" i form af en tværfaglig rehabiliteringsplan, engagerer dem på en helt anden måde end samtalen om Borgerhjulet. Ifølge projektlederen for Sundhed og Omsorg eksisterer en sådan dog allerede. Der er dermed en opgave i at få dette formidlet til sygeplejerskerne og implementeret i sygeplejerskernes arbejde fremadrettet. Samtidig peger evalueringen på, at sygeplejerskerne kun er tænkt systematisk ind som tovholdere i få distrikter, og at det formentlig også er en forklaring på, at de ikke er bekendt med og bruger Borgerhjulet aktivt. I det omfang de "kun" fungerer som leverandører, er de på linje med social- og sundhedsmedarbejderne dekoblet fra Borgerhjulet som redskab.

Sygeplejerskernes minimale kendskab til Borgerhjulet kan også hænge sammen med, at Borgerhjulet bl.a. bliver omtalt som et udredningsredskab. Der er derfor behov for en forventningsafstemning og mere information om, hvor og hvordan Borgerhjulet bruges, og hvornår de enkelte fagpersoner kan "forvente" at støde på det, og om de forventes at bruge det aktivt selv.

6.4 Borgerne og "Gør borgeren til mester"

Observationer samt interview, der er gennemført med borgere, viser, at inddragelse via Borgerhjulet er et tveægget sværd. Borgerhjulet kan på den ene side give borgeren et overblik over potentielle udviklingsområder og skabe en mere ligeværdig dialog mellem medarbejderen og borgeren. På den anden side foregår dialogen også indenfor rammerne af den beslutning, som er truffet af visitator. Således er nogle borgere glade for den dialog, som opstår på baggrund af Borgerhjulet, hvor det for andre er en frustrerende oplevelse, når borgerens ønsker til hjælp rækker udover den afgørelse, som er truffet af visitationen. De første føler sig hørt og inddraget, hvor det modsatte gør sig gældende i den anden kategori af borgere. Særligt på tovholderniveau, når indsatsen hos borgeren i form af mål og handlinger skal konkretiseres, opstår denne udfordring. Her foreslår tovholderne selv, at de sammen med visitationen skal blive bedre til at forklare borgerne, hvad rammen er for opstartssamtalerne: at de godt kan tale om mål, men ikke om grundlæggende nye indsatser. Samtidig efterspørger tovholderne en tydeligere afklaring af, hvor i forløbet det er relevant at tildele borgere en hverdagsrehabiliterende indsats.

6.5 Effekten på forbrug af indsatser

Det er et formuleret formål med Esbjerg-modellen, at et fald i funktionsevnen hos en borger ikke skal medføre varig hjælp, men at den tværfaglige indsats i videst muligt omfang skal føre til en selvhjulpne borger. Analysen af indsatsmønsteret viser en tendens til, at de borgere, der har gennemført forløbet, har et mindre behov for hjælp, både set i relation til antallet af indsatser og antallet af visiterede minutter pr. uge i gennemsnit sammenlignet med de borgere, som har afsluttet forløbet før tid. Dette er imidlertid resultater baseret på et spinkelt datamateriale, og det er derfor ikke muligt at drage sikre og generelle konklusioner. Dette vil kræve et større talmateriale samt valide data om borgere i kontakt med hjemmeplejen, men ikke er en del af "Gør borgeren til mester" og som kan fungere som kontrolgruppe.

Litteratur

(1) Wiegman IM, Albertsen K, Thörnfeldt C. Hverdagsrehabilitering og samarbejde i ældreplejen i Esbjerg Kommune – resultater fra projekt ReKoHveR. Valby: Team Arbejdsliv; 2013.

(2) Esbjerg Kommune. Gør borgeren til mester – proces og metoder. Esbjerg: Esbjerg Kommune; 2012.

(3) Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune. "Borgerhjulet – vejledning til visitator og tovholder, gør borgeren til mester". Esbjerg: Esbjerg Kommune; 2012.

(4) Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune. Gør Borgeren til mester. En Esbjerg model. Esbjerg: Esbjerg Kommune; 2012.

(5) Sundhed & Omsorg i Esbjerg Kommune. Gør borgeren til mester. Et forandringsprojekt. Esbjerg: Esbjerg Kommune; 2010.

(6) Socialstyrelsen. Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. København: Socialstyrelsen; 2013.

Bilag 1: Antal borgere som stopper, fortsætter eller starter med at modtage specifikke indsatser efter deltagelse i "Gør borgeren til mester"

Bilagstabel 1. Antal, som stopper med indsatser efter deltagelse i "Gør borgeren til mester", og som fortsætter eller starter med indsatsen efter projektet. Før og efter er defineret som tre måneder før projektstart og tre måneder efter afslutning af deltagelse i forløbet.

Paragraf	Indsats	Antal, som får indsatser		
		Stopper N	Fortsætter N	Starter efter forløbet N
Alle				
§ 83	Forflytning/vending/lejring 2.2.4.1		2	1
§ 83	Indkøb 2.1.3		1	1
§ 83	Indtagelse af mad og drikke 2.2.2	3	3	7
§ 83	Personlig hygiejne 2.2.1	7	13	13
§ 83	Rengøring 2.1.1	1	37	2
§ 83	Struktur og sammenhæng 2.2.6	4	4	7
§ 83	Toiletbesøg 2.2.1.5	1	4	4
§ 83	Tøjtøjsvask 2.1.2	1	13	5
§ 86	Fremme sundhed/forebygge sygdom 1.1.3.4	1	1	2
§ 86	Funktions og ADL udredning 1.1.3.1	1		
§ 86	Færden 1.1.6	1		7
§ 86	Husførelse 1.1.7			6
§ 86	Individuel træning 1.1.3.2	2	1	6
§ 86	Kombitræning 1.1.3.3	2	7	12
§ 86	Mål og udredningsbesøg 1.1.3.5			5
§ 86	Måltider, mad og drikke 1.1.4	3	3	7
§ 86	Personlig hygiejne 1.1.5	3	7	13
§ 86	Struktur i hv. aktivitet og rutine 1.1.1	1		2
§ 86	Udrede og udvikle færdigheder 1.1.3.5			7
Gennemført				
§ 83	Forflytning/vending/lejring 2.2.4.1		2	
§ 83	Indkøb 2.1.3		1	
§ 83	Indtagelse af mad og drikke 2.2.2		2	2
§ 83	Personlig hygiejne 2.2.1	4	5	5
§ 83	Rengøring 2.1.1		18	1
§ 83	Struktur og sammenhæng 2.2.6	2	3	5
§ 83	Toiletbesøg 2.2.1.5	1	3	2
§ 83	Tøjtøjsvask 2.1.2		5	3
§ 86	Fremme sundhed/forebygge sygdom 1.1.3.4	1		1
§ 86	Funktions og ADL udredning 1.1.3.1	1		

Paragraf	Indsats	Antal, som får indsatser		
		Stopper	Fortsætter	Starter efter forløbet
		N	N	N
§ 86	Færden 1.1.6			2
§ 86	Husførelse 1.1.7			2
§ 86	Individuel træning 1.1.3.2		1	3
§ 86	Kombitræning 1.1.3.3	1	1	7
§ 86	Mål og udredningsbesøg 1.1.3.5			
§ 86	Måltider, mad og drikke 1.1.4	2	2	2
§ 86	Personlig hygiejne 1.1.5	1	6	7
§ 86	Struktur i hv. aktivitet og rutine 1.1.1	1		
§ 86	Udrede og udvikle færdigheder 1.1.3.5			2
Ikke gennemført				
§ 83	Forflytning/vending/lejring 2.2.4.1			1
§ 83	Indkøb 2.1.3			1
§ 83	Indtagelse af mad og drikke 2.2.2	3	1	5
§ 83	Personlig hygiejne 2.2.1	3	8	8
§ 83	Rengøring 2.1.1	1	19	1
§ 83	Struktur og sammenhæng 2.2.6	2	1	2
§ 83	Toiletbesøg 2.2.1.5		1	2
§ 83	Tøjtøjsvask 2.1.2	1	8	2
§ 86	Fremme sundhed/forebygge sygdom 1.1.3.4		1	1
§ 86	Funktions og ADL udredning 1.1.3.1			
§ 86	Færden 1.1.6	1		5
§ 86	Husførelse 1.1.7			4
§ 86	Individuel træning 1.1.3.2	2		3
§ 86	Kombitræning 1.1.3.3	1	6	5
§ 86	Mål og udredningsbesøg 1.1.3.5			5
§ 86	Måltider, mad og drikke 1.1.4	1	1	5
§ 86	Personlig hygiejne 1.1.5	2	1	6
§ 86	Struktur i hv. aktivitet og rutine 1.1.1			2
§ 86	Udrede og udvikle færdigheder 1.1.3.5			5
Antal borgere		44	21	23



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00