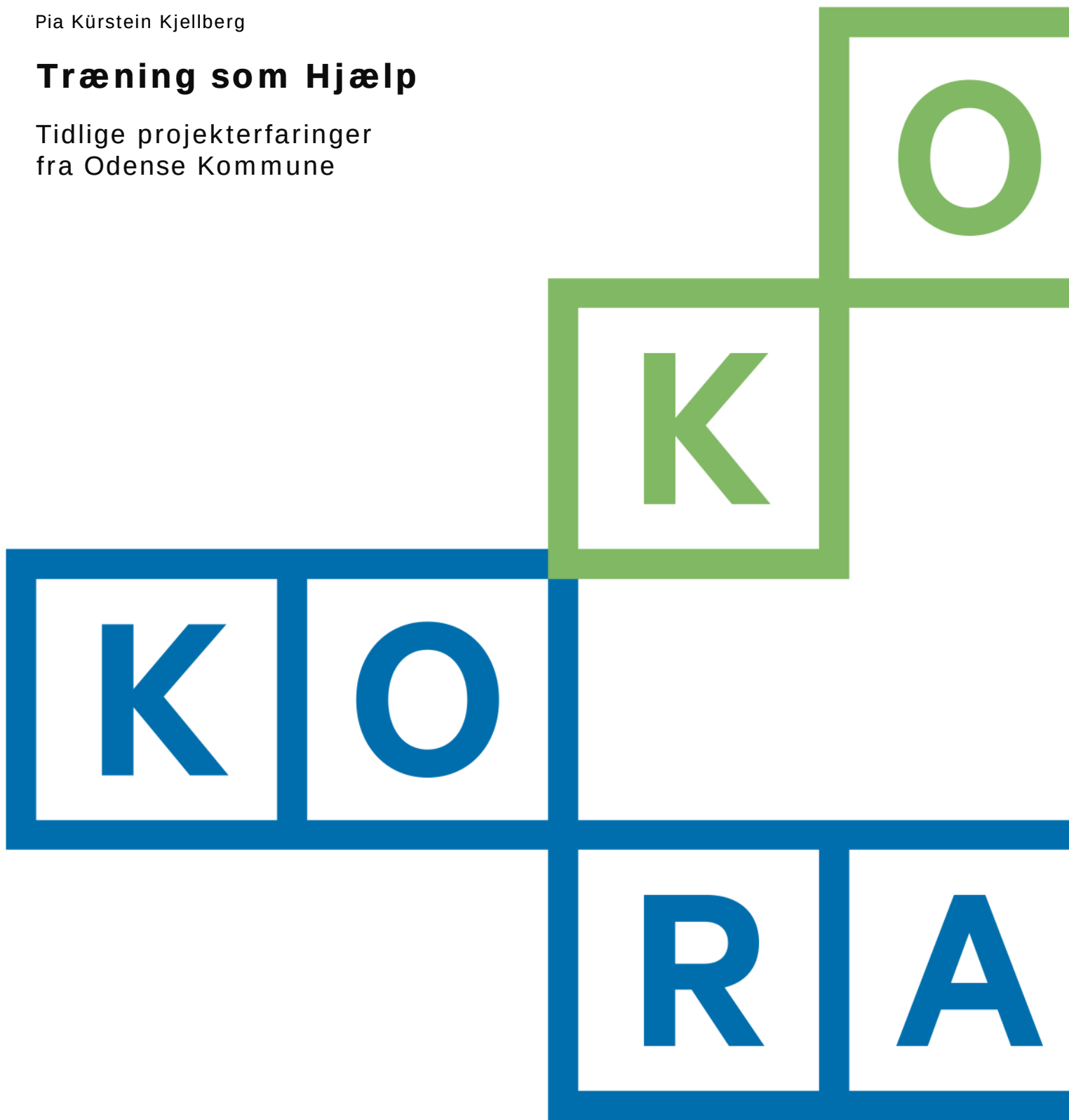


Pia Kürstein Kjellberg

Træning som Hjælp

Tidlige projekterfaringer
fra Odense Kommune



Publikationen 'Træning som Hjælp, Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune' kan downloades 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: 978-87-7488-749-2

Projekt 3296

Oktober 2012

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

Odense Kommune igangsatte i foråret 2011 et projekt ved navn Træning som Hjælp, hvis formål det var at sikre fokus på rehabilitering og borgerens ressourcer samt at reducere antallet af hjemmehjælpstimer/ skubbe antallet af hjemmehjælpstimer x måneder/år ud i fremtiden for den enkelte borger.

KORA har i regi af det tidligere DSI foretaget to supplerende analyser af projektet: En økonomianalyse, der belyser projektets økonomiske besparelspotentiale (Kjellberg & Ibsen, 2012), og en organisationsanalyse, der belyser hvordan projektet Træning som Hjælp har ændret arbejdet i hjemmeplejen.

I denne rapport findes DSI/KORA's analyse af, hvordan og i hvilket omfang Træning som Hjælp havde ændret arbejdet i hjemmeplejen i august 2011 – fire måneder efter projektopstart. Datagrundlaget for analysen er ensartede observationer og interview i en af de hjemmeplejegrupper, der var nået længst med implementeringen - og en af de grupper, der endnu ikke var gået i gang.

Odense Kommune har brugt evalueringen som input til den videre implementering af Træning som Hjælp og til at se på kulturen i organisationen. Kommunens fokus er nu og i fremtiden at understøtte den kulturudviklingsproces, der er sat i gang hos ledere og medarbejdere, og som skal sikre, a) at det er borgerens egne mål, der er i centrum ved mødet med borgeren og de pårørende i borgerens hjem, b) at borgerens ressourcer er udgangspunktet for den koordinerede og tværfaglige indsats, med borgeren som vigtigste deltager i træningsforløbet, og c) at medarbejdere i højere grad indtager en coachende rolle og sammen med borgeren evaluerer og justerer indsatsen.

Tak til Odense Kommune for finansiering af projektet. Tak til alle interviewpersoner for at stille op til interview, og for gode og væsentlige pointer og læresætninger. Tak til projektleder Lene Lehmkuhl Noer for at tilrettelægge dataindsamlingen, og for at bidrage med væsentlig viden om projektets udvikling.

København, oktober 2012

Jesper Nørregaard
Projektchef

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

Indhold

1. Indledning	5
1.1. Træning som Hjælp i Odense Kommune.....	5
1.1.1. Implementering	5
1.2. DSI's organisationsevaluering.....	6
1.2.1. Datagrundlag.....	6
1.3. Analysens struktur.....	7
2. Træning som Hjælp fra ide til implementering	8
2.1. Træning som Hjælp jf. projektkommissoriet	8
2.2. Træning som Hjælp jf. projektlederen.....	10
2.3. Delkonklusion	10
3. Den almindelige hjemmepleje.....	12
3.1. Borgerens indgang til hjemmeplejen.....	12
3.1.1. Det traditionelle visitationsbesøg	12
3.1.2. Analyse/diskussion	14
3.1.3. Konklusion	16
3.2. Hjemmeplejens arbejde.....	16
3.2.1. En arbejdsdag i hjemmeplejen (07-13).....	18
3.2.2. Analyse/Diskussion.....	22
3.3. Det tværfaglige møde i borgerens hjem	23
3.4. Delkonklusion	24
4. Hjemmeplejen efter Træning som Hjælp.....	25
4.1. Borgernes nye indgang til hjemmeplejen.....	25
4.1.1. Opfattelser af TSH-besøget.....	25
4.1.2. Tre TSH-besøg	26
4.1.3. Analyse/diskussion	29
4.1.4. Konklusion	30
4.2. Hjemmeplejens arbejde.....	30
4.2.1. Afgørelsesbrevet og kørelisten	30
4.2.2. Hjælpernes køreliste	31
4.2.3. Hjælperens dagligdag (med TSH)	31
4.2.4. Analyse/diskussion	35
4.3. Det tværfaglige samarbejde	36
4.4. Delkonklusion	37
5. Samlet konklusion	38

1. Indledning

Odense Kommune besluttede i efteråret 2010 at implementere projektet Træning som Hjælp. I dette kapitel beskrives projektets formål, metode og implementering. Bagefter redegøres for evalueringens formål og metode, og der gives en oversigt over rapportens struktur.

1.1. Træning som Hjælp i Odense Kommune

Odense Kommune besluttede i efteråret 2010 at implementere projekt Træning som Hjælp. Projektet har i henhold til projektkommissoriet sit udspring i rehabilitering som fagligt fundament og tværfagligt samarbejde. Formålet er at få fokus på rehabilitering, så fokus på borgenes ressourcer samt at få reduceret antallet af hjemmehjælpstimer/få antallet af hjemmehjælpstimer skubbet x antal mdr./år ud i fremtiden i forhold til den enkelte borger (kommissoriet, s. 1.).

Træning om Hjælp bygger fortsat, i henhold til projektkommissoriet, videre på tidligere projekter i Ældre- og Handikapforvaltningen, herunder: startsamtaler, tværfaglige møder, borgersamarbejde i et rehabiliteringsperspektiv samt visitation-koordination. Herudover har Ældre- og Handikapforvaltningen fulgt lignende projekter i blandt andet Københavns, Fredericia og Fåborg Midtfyn Kommune (kommissoriet, s.1.).

Projekt Træning som Hjælp går ud på at udarbejde en "Odense-Model" rettet mod rehabilitering i ældreplejen. Den forventede model lægger sig op af Fåborg-Midtfyn modellen kombineret med en § 86-indgang for borgerne, som Fredericia praktiserer (kommissoriet, s. 2.). Målsætningen er, at arbejdet er gennemført inden udgangen af 2011 for nye borgere (ibid.), og de forventede nettogevinster i form af samlet set 5.750.000 kr. er indregnet i årets budget (ibid., s. 3.).

1.1.1. Implementering

Arbejdet med implementering af projekt Træning som Hjælp er forankret i en styregruppe og en projektgruppe. Projektleder er Lene Lehmkuhl Noer, der ved samtale d. 31.6.2011 oplyser, at forløbet for de borgere, der indgår i Træning som Hjælp, har følgende karakteristika:

- Borgeren gives hjælp fra dag 0.
- Inden 14 dage afholdes et tværfagligt møde i borgerens hjem, hvor borgeren beskriver sine overordnede mål, og det tværfaglige team hjælper med at gøre målene handlingsrettede, få lavet diverse aftaler og få tingene koordineret.
- Herefter bevilges borgeren som hovedregel hjælp efter § 86 i et maks. 8 ugers forløb, der afsluttes med et tværfagligt møde i borgerens hjem.
- Blandt de borgere, der medvirker i projektet, udfylder terapeuterne EQ-5D for en stikprøve. Udfyldelsen sker ved de tværfaglige møder i borgerens hjem.
- Har borgeren efter endt forløb i Træning som Hjælp fortsat behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk bistand, bevilges borgeren hjælp efter § 83.

Af tidsplanen for projektet fremgår, at implementeringen er planlagt således, at de fem områder Midtbyen, Døckersund, Blangstedgård, Hjællelse og Tarup starter forskudt med Midtbyen som det første (1.4.2011) og Tarup som det sidste (9.9.2011). Der afholdes som opstart 1 dags undervisning af samtlige medarbejdere fra Hjemmeplejen og Visitationen, de involverede terapeuter fra Aktivitet og Træning samt 2 repræsentanter og daglig leder fra hver sygeplejegruppe. En 2. undervisningsdag tilbydes efter 3-6 måneder.

Endvidere fremgår af tidsplanen, at der planlægges kick-off for alle involverede funktioners ledere d. 11.3.2011, infomøde for alle involverede arbejdsgruppers TR¹/SR² d. 25.3.2011 og et fælles opfølgingsmøde for både ledere og TR/SR d. 9.9.2011.

1.2. DSI's organisationsevaluering

Formålet med DSI's evaluering er at understøtte implementeringen af Træning som Hjælp ved analyse og dokumentation af, hvordan arbejdet med Træning som Hjælp fungerer i en af de grupper, der er nået længst med implementeringen – og med analyse og dokumentation af fremskridtet set i forhold til en af de grupper, der endnu ikke er gået i gang.

Perspektivet i analysen er borgerforløbet: Hovedinteressen er at analysere og afdække, hvordan og hvorvidt de faktiske borgerforløb i projekt Træning som Hjælp lever op til de politiske målsætninger om at have fokus på rehabilitering, borgerens ressourcer samt reduktion af antallet af hjemmehjælpstimer. Til dette formål gøres observationer af konkrete borgerforløb i den gruppe, der er nået længst med implementeringen, og det personale, der er involveret i borgerforløbene, interviewes om deres rolle og fokus. Herefter hæves perspektivet, og der gives en analyse af, hvordan og hvorvidt de organisatoriske strukturer understøtter de involverede personalegruppers rehabiliterende arbejde, og hvad der fremover kan gøres for at fastholde ældreplejens rehabiliterende fokus.

Når der samtidig trækkes reference til en af de grupper, der endnu ikke er gået i gang med implementeringen af projekt Træning som Hjælp, er det for at synliggøre de fremskridt, der er gjort i forbindelse med projektet. Det er erfaringen fra tidligere projekter, at synliggørelsen af de fremskridt, der er gjort – selv i løbet af en meget kort projektperiode – kan medvirke til at fremme det fortsat rehabiliterende fokus, idet perspektiverne i det rehabiliterende arbejde tydeliggøres for alle. I det omfang der kun viser sig mindre forskelle i tilgangen mellem de to grupper vil det desuden være en væsentlig øjenåbner og kilde til analyse og diskussion.

1.2.1. Datagrundlag

Datagrundlaget for analysen er skriftligt materiale omhandlende projektet samt observation, interview og skriftligt materiale vedrørende de to hjemmeplejegrupper.

Skriftligt materiale omhandlende projektet er udleveret af Odense Kommunes hjemmepleje som grundlag for forberedelse af DSI's evaluering. DSI har på denne baggrund udarbejdet en beskrivelse af projektet, der er kommenteret og revideret af Odense Kommune (DSI's projektbeskrivelse). I analysen sammenligner jeg beskrivelsen af projektet i nogle af de oprindeligt tilsendte projektdokumenter (projektkommissoriet og aftalegrundlaget) med beskrivelserne i DSI's projektbeskrivelse. Sammenligningen er interessant, fordi den afspejler hvilke valg og fravalg, der er foretaget i forbindelse med implementeringen – og således, hvilke elementer af det oprindeligt tiltænkte, der er implementeret i praksis.

Observation, interview og skriftligt materiale fra de to hjemmeplejegrupper omfatter data vedrørende bevillingen af hjælp samt data vedrørende den daglige hjælp. I princippet følger jeg borgerforløbet fra borgerens første møde med kommunen til dagligdagens rutiner er etableret og/eller hjælpen evt. er afsluttet. Jeg gør det ved at observere og interviewe de medarbejdere, der til daglig arbejder i systemet, og ved efterfølgende at sammenholde observationer og interview med forskellige former for skriftligt materiale, som jeg har bedt om og fået udleveret i forbindelse med observationer og interview. Det er fx køreplaner, bevillinger, handleplaner, funktionsvurderinger, bevillingsoversigter mm.

¹ TR: Tillidsrepræsentant

² SR: Sikkerhedsrepræsentant

Observationer og interview omfatter:

- a) Parallelle observationer af en hjælpers dagligdag i de to grupper – herunder: løbende interview med den hjælper, hvis dagligdag jeg observerer, samt evt. de kolleger og borgere, vi møder i løbet af arbejdsdagen
- b) Parallelle observationer af visitationsbesøget (med/uden træning som hjælp) i de to grupper – herunder: løbende interview med den visitator, der deltager i observationsbesøget, samt evt. de kolleger og borgere, vi møder i løbet af arbejdsdagen
- c) Observation af det tværfaglige samarbejde ved hhv. et tværfagligt møde i borgerens hjem i gruppen uden træning som hjælp, og et tværfagligt møde i gruppen i gruppen med træning som hjælp
- d) Afsluttende fokusgruppeinterview med de medarbejdergrupper, der er involveret i ovennævnte aktiviteter, dvs. social- og sundhedsmedarbejdere³ fra de to grupper (1 fokusgruppeinterview), sygeplejersker tilknyttet de to grupper (1 fokusgruppeinterview), terapeuter tilknyttet de to grupper (1 fokusgruppeinterview), visitatorer tilknyttet de to grupper (1 fokusgruppeinterview) samt lederne af ovennævnte medarbejdergrupper (1 fokusgruppeinterview)
- e) Hertil: Repræsentation af service ved interviewet med social- og sundhedsmedarbejderne samt ved lederinterviewet.

De to hjemmehjælpsgrupper, der medvirker i undersøgelsen, er udvalgt i samråd med Odense Kommunes hjemmepleje, så de repræsenterer to yderligheder i implementeringsprocessen, men i øvrigt er sammenlignelige. Det samme gælder de to hjælpere, hvis dagligdag er observeret.

De to grupper, der er valgt, har deres gruppe lokaler i samme bygning, og har borgere i både socialt boligbyggeri og villakvarterer. Gruppe 1 (Møllemarksgruppen) var en af de første grupper, der implementerede Træning som Hjælp (opstart i april 2011). Gruppe 2 (Højstrupgruppen) er en af de sidste grupper, der skal i gang med implementeringen (opstart september 2011). Ved dataindsamling i august 2011 maksimeredes den mulige forskel mellem de to grupper, idet Gruppe 1 havde været i gang *længst muligt* samtidig med at Gruppe 2 endnu ikke var gået i gang.

De to hjælpere, der er valgt, er begge erfarne hjælpere, der har arbejdet i gruppen i mange år. Hjælperen fra Gruppe 1 er én ud af fire hjælpere, der har været med i projektgruppen vedrørende implementering af Træning som Hjælp. Hjælperen fra Gruppe 2 har på linje med de øvrige hjælpere i denne gruppe endnu ikke haft nogen kontakt til projektet.

1.3. Analysens struktur

Analysen følger processen fra beslutning om projektets gennemførelse til den faktiske effektivering i praksis. Først findes en gennemgang og analyse af de officielle projektpapirer i form af projektkommissoriet, aftalegrundlaget og DSI's projektbeskrivelse (kapitel 3). Herefter følger en beskrivelse og analyse af den almindelige hjemmepleje ("før situationen", kapitel 4). Endelig findes en analyse af de ændringer, der er sket i forbindelse med implementeringen af Træning som Hjælp, og konsekvenserne for dagligdagen ("efter situationen", kapitel 5).

Analysen afsluttes med en konklusion, der relaterer analysens resultater til de evalueringsspørgsmål, det har været formålet at besvare, herunder a) hvilken forskel der kan ses mellem de grupper, der er nået længst/kortest med implementeringen, samt b) hvordan og hvorvidt de konkrete borgerforløb i projektet lever op til de overordnede politiske målsætninger om at sætte fokus på rehabilitering og borgerens ressourcer samt at reducere/udskyde antallet af hjemmehjælpstimer.

³ Social- og sundhedsmedarbejder: Fællesbetegnelse for social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent

2. Træning som Hjælp fra ide til implementering

I dette kapitel analyserer jeg de beskrivelser af projekt Træning som Hjælp, som findes i projektkommissoriet, aftalegrundlaget og DSI's projektbeskrivelse. Analysen er interessant, fordi den giver indblik i de valg og fravalg, der er foretaget i forbindelse med implementeringen – og således for hvilke ændringer, der i praksis er gennemført.

Kapitlet indledes af en beskrivelse og analyse af "Odense Modellen for rehabilitering i ældreplejen", som den fremstilles i projektkommissoriet samt aftalegrundlaget mellem OKÆ og Sundhed. Herefter følger en beskrivelse og analyse af det, der i henhold til projektleder Lene Lehmkuhl Noer er blevet den endelige version af Træning som Hjælp.

2.1. Træning som Hjælp jf. projektkommissoriet

I projektkommissoriet fremgår det som tidligere angivet, at projekt Træning som Hjælp bygger videre på tidligere projekter i Ældre- og Handikapforvaltningen, herunder startsamtaler, tværfaglige møder, borgersamarbejde i et rehabiliteringsperspektiv samt visitation-koordination.

Samtidig fremgår det, at Ældre- og Handikapforvaltningen har fulgt lignende projekter i bl.a. København, Fredericia og Fåborg Midtfyn Kommune – og at projektet "går ud på" at udarbejde en "Odense Model" rettet mod rehabilitering i ældreplejen, som "lægger sig op ad Fåborg Midtfyn Modellen kombineret med den § 86-indgang for borgerne, som Fredericia praktiserer".

I et bilag til aftalegrundlaget mellem OKÆ og Sundhed beskrives Fåborg Midtfyn Modellen, Fredericia Modellen samt Odense Modellen for rehabilitering i ældreplejen. Bilagets fulde tekst er gengivet i Tabel 1 på næste side som afsæt for en nærmere analyse.

Det fremgår af Tabel 1, at der er store ligheder mellem Faaborg-Midtfyn, Fredericia og Odense Modellerne for rehabilitering i ældreplejen – og således god grund til at forvente, at Odense Modellen vil have samme positive resultater som de øvrige modeller.

Lighederne omhandler især det nære samarbejde mellem terapeuter og basispersonale, hvor terapeuterne tager med basispersonalet ud til borgeren de første par gange og/eller behov og løbende sparrer med personalet om det rehabiliterende arbejde.

I Fredericia og Odense ses endvidere et formelt målsætningsarbejde, hvor der opstilles mål for det rehabiliterende arbejde med afsæt i hhv. COPM (Fredericia) og et tværfagligt møde i borgerens hjem (Odense). Resultaterne af dette arbejde dokumenteres efterfølgende med afsæt i standardiserede evalueringsredskaber som COPM (Fredericia) og EQ-5D (Fredericia, Odense).

Der, hvor Odense for alvor adskiller sig fra Fredericia – og i stedet læner sig op ad Faaborg Midtfyn – er i forhold til hvem, der leverer hjælpen. Hvor tilbuddet om rehabilitering i Fredericia leveres af en nyoprettet, specialiseret hjemmeplejegruppe, der kun arbejder med rehabilitering efter paragraf 86, tager Odense på linje med Faaborg Midtfyn afsæt i den eksisterende hjemmepleje.

Det er erfaringerne fra Fredericia Kommune, at der er *stort potentiale* i den almindelige hjemmepleje i den forstand, at eksisterende borgere kan have rigtig god gavn af en mere rehabiliterende tilgang. Erfaringerne viser imidlertid også, at der er væsentlige barrierer for implementering af en mere rehabiliterende tankegang, både hvad angår plejepersonalets holdninger, hjemmeplejens økonomiske incitamentstrukturer og faggruppers monofaglige arbejdskulturer.

I det omfang Odense Kommune tager afsæt i den eksisterende hjemmepleje, bliver det et relevant empirisk spørgsmål, om Træning som Hjælp i Odense bedre end projekt "Trænende Hjemmehjælp" i Fredericia formår at adressere de barrierer, der er for implementering af den rehabiliterende tankegang.

Tabel 1. Faaborg Midtfyn, Fredericia og Odense Modellen jf. aftalegrundlaget

Faaborg Midtfyn Modellen:

- Terapeut og visitator screener, om borgeren er relevant i forhold til Aktiv Pleje (rehabilitering i hjemmet)
- Borgeren bevilges hjælp efter § 83 lige meget om han/hun er med i aktiv Pleje eller ej
- Terapeut og basispersonale følges ud til borgeren, terapeut vejleder basispersonalet, terapeut træner selvstændigt med borgeren i hjemmet efter behov, basis fortsætter sit arbejde hos borgeren
- Terapeut deltager løbende på basispersonalets personalemøder for at høre, hvordan det går hos de forskellige borgere – og terapeut tager med ud i hjemmet løbende, hvis der er behov for det.

Fredericia Modellen:

- Borgeren bevilges som hovedregel hjælp efter § 86
- Hvis visitator er i tvivl om borgerens mestringssevne og rehabiliteringspotentiale bevilges borgeren en 14 dages udrednings-/afklaringspakke, hvorefter de kan vurdere, om borgeren skal være med i Hverdagsrehabilitering eller ej
- Terapeuten udfylder COPM (ref.) sammen med borgeren og udarbejder en rehabiliteringsplan som gives videre til rehabiliteringsteamet (den basisgruppe, der arbejder med § 86-borgere)
- Terapeut tager med basispersonalet ud til borgeren efter behov, terapeut træner selv med borgeren efter behov, basispersonalet har løbende mulighed for at få vejledning af terapeuterne
- Har borgeren efter endt forløb i Hverdagsrehabilitering fortsat behov for hjælp til personlig pleje eller praktisk bistand, bevilges hjælp efter § 83.

Odense Modellen:

- Borgeren bevilges som hovedregel hjælp efter § 86. Er visitator i samarbejde med det tværfaglige team i tvivl om borgerens mestringssevne og udviklingspotentiale bevilges borgeren en 14 dages udrednings-/afklaringspakke, hvorefter de kan vurdere, om borgeren skal være med i Træning som Hjælp og bevilges hjælp efter § 86 eller om borgeren skal bevilges hjælp efter § 83 (det vedr. en 14. dages udredningspakke er et ønske, der ikke er endeligt besluttet)
- Terapeut tager med basispersonalet med ud til borgeren de første gange eller efter behov for at guide basispersonalet og borgeren. Er der behov for individuel træning i hjemmet, kan dette kombineres med Træning som Hjælp – det er terapeuternes vurdering evt. i samarbejde med det tværfaglige team
- Basis udfylder i samarbejde med borgeren EQ-5D (borgerens selvoplevede livskvalitet), terapeuten kan være behjælpelig med det, hvis basis ønsker det, men planen er, at det er basis, der skal udfylde skemaet sammen med borgeren, så de sammen kan få en oplevelse af, hvordan tingene løbende ændres/forbedrer sig
- Der afholdes tværfagligt møde i borgerens hjem hurtigst muligt og helst indenfor de første 14 dage. Borgeren kan invitere de pårørende med til det tværfaglige møde, hvis han/hun ønsker det. På det tværfaglige møde beskriver borgeren sine overordnede mål og det tværfaglige team hjælper med at gøre målene handlingsrettede, at få lavet diverse aftaler og at få tingene koordineret.
- Ud over det tværfaglige møde i borgerens hjem afholdes der ca. 1 gang om måneden tværfagligt møde i basisgruppen, hvor de tværfaglige samarbejdspartnere deltager. Her er der mulighed for at snakke de forskellige borgere og forløb igennem, vidende/erfaringsudveksle med hinanden samt vejlede og sparre med hinanden
- Har borgeren efter Træning som Hjælp fortsat behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk bistand bevilges borgeren hjælp efter § 83. Der kan i nogle situationer være behov for et nyt tværfagligt møde, hvilket vurderes fra borger til borger.

2.2. Træning som Hjælp jf. projektlederen

Det fremgår ved samtale med projektleder Lene Lehmkuhl Noer i juni 2011, at den model for rehabilitering i hjemmeplejen, der de facto er implementeret i forbindelse med projekt Træning som Hjælp, adskiller sig noget fra modelbeskrivelsen i projektkommissoriet. Forløbet for de borgere, der indgår i projektet, har jf. projektlederen følgende kendetegn:

- Borgeren gives hjælp fra dag 0
- Inden 14 dage afholdes et tværfagligt møde i borgerens hjem, hvor borgeren beskriver sine overordnede mål, og det tværfaglige team hjælper med at gøre målene handlingsrettede, få lavet diverse aftaler og få tingene koordineret.
- Herefter bevilges borgeren som hovedregel hjælp efter § 86 i et max 8 ugers forløb, der afsluttes med et tværfagligt møde i borgerens hjem
- Blandt de borgere, der medvirker i projektet, udfylder terapeuterne EQ-5D for en stikprøve. Udfyldelsen sker hos udvalgte borgere ved de tværfaglige møder i borgerens hjem og vil blive igangsat i efteråret 2011.
- Har borgeren efter endt forløb i Træning som Hjælp fortsat behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk bistand, bevilges borgeren hjælp efter § 83.

Det fremgår, at det tværfaglige møde i borgerens hjem er kommet mere i spil som det forum, hvor det bestemmes, hvilke mål, der skal arbejdes efter, og hvor indsatsen planlægges og evalueres. Der er endvidere sat en tidsbegrænsning på projektet, idet § 86-hjælpen maksimalt bevilges i et otte ugers forløb. Det tætte samarbejde mellem terapeut og basispersonale er røget ud, og opgaven med monitorering af resultater vha. EQ-5D er overgået fra basispersonalet til terapeuterne, og planlægges foretaget for en stikprøve fra efteråret 2011.

Sammenholdes beskrivelsen med beskrivelsen fra projektkommissoriet fremgår det, at en række af de elementer, som Odense Modellen havde til fælles med Faaborg Midtfyn og Fredericia Modellen er udgået. Dette gælder især det tætte samarbejde mellem terapeut og basispersonale, hvor terapeuterne tager med basispersonalet med ud til borgerne, superviserer personalet og borgeren samt evt. selv træner med borgeren. Det element, der er tilbage, er det specifikke målsætningsarbejde, som i Fredericia foretages af terapeuter med afsæt i det standardiserede ergoterapeutiske evalueringsredskab COPM – og som i Odense foretages på et tværfagligt møde i borgerens hjem, hvor borgeren opstiller sine mål og personalet hjælper til at få den konkretiseret og koordineret.

Spørgsmålet er, om dette formelement i sig selv er stærkt nok til at skabe de ønskede ændringer i hjemmeplejen. Erfaringerne fra Fredericia viser, at der er store udfordringer ved implementering af den rehabiliterende tilgang i den almindelige hjemmepleje. Dette gælder særligt, når terapeuterne ikke får en mere konkret superviserende og vejledende funktion i forhold til basispersonalet.

2.3. Delkonklusion

Den model for rehabilitering i ældreplejen, der de facto er implementeret, adskiller sig fra den model, der er beskrevet i projektkommissoriet. Hvor den model, der beskrives i projektkommissoriet genbruger elementer, der er afprøvet med succes i andre kommuner, betjener den model, der de facto er implementeret, sig hovedsageligt af nye elementer.

De elementer, der karakteriserer Odense Modellen er:

- Træning som Hjælp gives som udgangspunkt til alle nye borgere (minus screening)
- Træning som Hjælp leveres af den eksisterende hjemmepleje (minus specialenhed)
- Træning som Hjælp tager afsæt i mål formuleret på et tværfagligt møde i borgerens hjem
- Træning som Hjælp er tidsbegrænset til maksimalt 8 uger

I kapitel 4 vil vi se på, hvordan Træning som Hjælp er implementeret i en af de hjemmeplejegrupper, der er nået længst med implementeringen – og hvilke effekter der kan ses i forhold til arbejdet med rehabilitering, borgerens ressourcer og reduktion af antallet af hjemmehjælpstimer.

Inden da gives – som baseline – en beskrivelse af arbejdet i den almindelige hjemmepleje, baseret på observation og interview i en af de hjemmeplejegrupper, der endnu ikke er gået i gang. Denne beskrivelse findes i kapitel 3.

3. Den almindelige hjemmepleje

I dette kapitel gives en kort beskrivelse af borgerforløbet og det tværfaglige samarbejde i den almindelige hjemmepleje. Det, der beskrives, er: a) hvordan borgeren kommer ind i systemet og bevilges hjælp, b) hvilken indsats borgeren herefter får fra den kommunale hjemmepleje, samt c) det tværfaglige møde i borgerens hjem.

3.1. Borgerens indgang til hjemmeplejen

Visitationen til hjemmeplejen i Odense Kommune har traditionelt fungeret på den måde, at borgeren eller en anden tager kontakt til visitationskontoret, hvorefter visitator foretager en vurdering af om borgeren er berettiget til hjælp jf. eksisterende lovgivning og Odense Kommunes serviceniveau.

Visitatorerne fortæller ved interview, at de i nogle tilfælde kan afklare sagen allerede i telefonen. I de fleste tilfælde foretages imidlertid et hjemmebesøg, hvor visitator gennemfører en funktionsvurdering med afsæt i Fællessprog II og på denne baggrund træffer en afgørelse om hvilken hjælp borgeren er berettiget til.

Visitatorerne har endvidere tidligere foretaget visitationsbesøg på sygehuset i forbindelse med udskrivning. Det er imidlertid ophørt i forbindelse med, at de er begyndt at arbejde med Visitation-Koordination, hvor det er meningen, at de (visitatorerne) skal sidde mere ude i grupperne. Den visitator, jeg følges med, har en fast aftale med sin gruppe om et møde hver 14. dag, og deltager i øvrigt i løbende møder og samtaler med hjemmeplejelederen efter behov. Hun fortæller, at udskrivningen fra sygehus nu foregår på den måde, at sygehuset sender en besked til visitator, som giver en åben visitation til hjemmeplejen, der starter borgeren op, hvorefter visitator foretager sit visitationsbesøg efter en uge.

Visitationskontoret visiterer både til hjemmepleje, plejeboliger og mad. Frem til starten af 2011 visiterede de også til genoptræning og vedligeholdende aktivitet og træning. Visitationen heraf er imidlertid overgået til Aktivitet og Træning, fordi terapeuterne alligevel skal udarbejde en plan, og man på den måde kan spare et besøg.

3.1.1. Det traditionelle visitationsbesøg

Jeg har anledning til at observere tre forskellige visitationsbesøg i det område, der endnu ikke er omfattet af TSH, og som således repræsenterer før-situationen i Odense Kommune. Det fremgår her, at besøget tager udgangspunkt i en fælles skabelon, hvor visitator systematisk gennemgår borgerens samt evt. ægtefælles funktionsniveau på alle relevante punkter. Herefter foretages en vurdering af om borgeren kan få den hjælp, de søger om, og/eller er berettiget til en anden form for hjælp.

I det følgende giver jeg en kort beskrivelse af de tre besøg, jeg deltog i, efterfulgt af en kort diskussion og sammenfatning af besøgenes indhold.

Besøg nr. 1

Det første besøg er hos en ældre dame, der har været indlagt som følge af en blodprop og en brækket arm, og som nu anmoder om hjælp til støvsugning og gulvvask, fordi manden er 84, har fået en ballonudvidelse tidligere på året og "svært ved benene". Hjemmeplejen har i perioden mellem borgerens udskrivelse fra sygehus og visitators visitationsbesøg i hjemmet været der morgen og aften, men det, fortæller borgeren, har hun "afskrevet", fordi manden da bare kan hjælpe med at få tøjet på den arm, hun ikke selv kan få det på. Visitator spørger, om hun også selv vil tage bad, hvilket borgeren imidlertid afkræfter. Visitator giver på denne baggrund en bevilling på hjælp til bad 1xugentlig.

Det store emne ved visitationsbesøget er borgerens anmodning om hjælp til støvsugning og gulv-vask. Visitator bruger en del tid på at spørge ind til såvel damens som mandens helbredstilstand, samt til hvordan de klarer medicin, måltider, transport, indkøb, havepleje m.v. Det fremgår ved samtalen, at manden udmærket klarer måltider, indkøb, transport og havepleje. Han er med egne ord: "ikke syg, bare en lille smule handicappet, og det med at støvsuge og vaske gulv i badet, det er ikke noget jeg tror jeg egner mig til". Visitator fortæller som afslutning på besøget, at der bliver tale om et afslag. For: Når manden kan komme omkring og slå græs, og generelt har det bedst med at bevæge sig, så kan han også støvsuge og vaske gulv. Konen bliver ked af det og beklager sig over, at man "nærmest skal være sengeliggende" for at få hjælp. Hun "forstår ikke, at man ikke kan få noget midlertidigt bare fordi man kan slå græs og cykle sig en tur", og hun er "skuffet over, at det danske samfund er så elendigt", idet hendes "svigerfar i sin tid kunne få hjælp 2 gange om ugen". Visitator beklager og oplyser om borgerens muligheder for selv at betale for rengøring og opfordrer hende til at søge igen, hvis der er noget, der ændrer sig.

På vejen fra besøget forklarer visitator mig, at besøget er typisk på den måde at forstå, at de har mange tilfælde, hvor manden ikke har været vant til at lave noget, og hvor de så får en ansøgning, når konen ikke kan. Hun mener i dette tilfælde, at de nok vil få en klage, men det er der så ikke noget at gøre ved.

Besøg nr. 2

Besøg nr. 2. er en ældre mand, der er faldet på sin scooter og har brækket armen. Manden har på forhånd hjælp til rengøring og er "vist nok er ret dårlig". Visitator fortæller inden besøget, at manden har slidigt, alkoholproblemer, hukommelsesproblemer mv., men tidligere har afvist at få hjælp. Efter han er faldet på scooteren, er hjemmeplejen imidlertid startet op med personlig pleje morgen og aften, og vist nok også med bad. Men de har haft svært ved at komme ind, fordi der er tale om en mand, der helst vil klare sig selv og ikke vil trække på hjemmeplejen. Jeg spørger, hvorfor de så gør det. Visitator svarer kort og kontakt: Fordi han har brug for det. Ellers ville han kravle rundt i elendigheden.

På visitationsbesøget spørger visitator ind til faldet på scooteren og tidspunktet for hvornår armen jf. sygehuset vil være klar igen. Visitator foretager herefter en længere gennemgang af, hvordan manden klarer sig i dagligdagen, hvad han får hjælp til samt evt. kunne tænke sig hjælp til. Eksempler på spørgsmål og svar er: "men du vil gerne have hjælp til at blive vasket og komme i tøjet?" ("ja, men det er nok hver anden dag"), og "vil du også have, at de smører mad til dig om aftenen og stiller den frem?" ("nej, de to stk. franskbrød klarer jeg nok"). Det fremgår under samtalen, at manden gerne vil have rengøring 1xugen frem for 1 gang hver 14. dag ("mens min kone levede, støvede hun af hver dag!"), og at han er oprigtig træt af, at hjemmeplejen "kommer dryssende langt op af formiddagen", hvor han for længst selv er stået op og har spist morgenmad. Visitator ender med at opsummere, at hun vil skrive til hjemmeplejen, at manden skal have hjælp til at komme op samt hjælp til opvask, sengetøj, vasketøj og bad – og at det, de skal arbejde på er, at manden så hurtigt som muligt skal komme til at klare sig selv igen. Hun gør hjælpen tidsbegrænset til det tidspunkt, hvor armen jf. sygehuset skal være klar igen, hvilket vil sige 10 uger.

Undervejs i besøget ankommer en handyman fra Ældresagen, som skal hjælpe manden med hans fjernsyn. Handymanden fortæller uopfordret som kommentar til mandens utilfredshed med det kommunale tilbud om rengøring hver 14. dag, at han personligt har haft hjælp til rengøring, siden han blev prostataopereret for fem år siden, og at han har været meget tilfreds med det private firma, der leverer hjælpen. Visitator kommenterer på vej væk fra besøget, at hun var ved at falde ned af stolen, da handymanden fortalte, at han som den naturligste sag i verden havde hjælp til rengøring. Det viser imidlertid, hvordan kommunen nogle gange "virkelig bliver taget ved næsen", og at "det er rigtigt nok, at folk gerne vil klare sig selv, men bare ikke så meget, når det handler om rengøring".

Besøg nr. 3 er hos et ægtepar, hvor manden er startet med at få hjælp til bad efter en blodprop i hjernen, og hvor damen samtidig, over en længere periode, har haft hjælp til bad og måltider som følge af et hjertestop. Hustruen har umiddelbart inden besøget afmeldt hjælp til mad, og visitator spekulerer, om der evt. "er mere i det" end det umiddelbart fremgår.

På visitationsbesøget spørger visitator ind til såvel mandens som damens sygdomshistorie og medicinhåndtering, ligesom hun afdækker hvordan de klarer dagligdagens aktiviteter, såsom mad, opvask, affald, indkøb, tøjvask mm. Det fremgår, at konen har haft en del hjælp efter hun kom hjem fra sygehus, men at hun "kæmpede for at blive fri for det, for det var jo nat og dag". I dag har ægteparret hjælp til medicindosering og rengøring – og det er de glade for – men de har afmeldt maden, fordi de ikke var så begejstrede for den mad, de fik. Madlavningen klarer de i fællesskab, blot de venter med opvasken til næste dag, og affaldet skiftes de til. Indkøbet klarer sønnen, og tøjvask har konen udviklet et sindrigt system til, hvor hun tager tøjet ud af maskinen, kører det hen til terrassedøren på sin rollator, sætter det på trappestenen, går tilbage gennem huset, går ud af en anden dør, får rollatoren ud, går rundt om huset, henter tøjet, kører det om til tørresnorene på rollatoren, og hænger det op. Visitator spørger endvidere ind til, om ægteparret kommer ud af huset og/eller har behov for træning. Ægteparret siger nej tak til træning, men fremhæver at manden savner en rollator, så de kan komme ud og gå sammen.

Vedrørende selve badet fremgår det, at manden forventer at blive bedre, men at konen er usikker og bange for at falde. Hun fortæller, at hun har vaskebænk, men kan ikke vaske sig selv på ryggen ("det kan jeg heller ikke, svarer visitator"). Men fx i dag hvor hun fik vasket hår, fortæller konen, mens hun illustrativt løfter hænderne for at vise, hvordan hjælperen masserer hende i hovedbunden under hårvasken, så bliver hun svimmel, og så skal hun sådan gå lidt roligt bagefter. Visitator konkluderer på denne baggrund, at "så for dig er det fortsat hjælp til bad, med det mål at afklare, om du kan selv".

Besøget afsluttes med, at visitator oplyser ægteparret om deres mulighed for at få mad udefra, bare et par dage, samt for deres mulighed for frit valg. Ægteparret svarer, at de klarer maden selv samt at de er "vældig glade for dem der kommer", "taknemmelige for det vi får" og "synes de er flinke alle sammen". Visitator oplyser på denne baggrund, at hun sender et brev med hvad de har aftalt, og at der til kvinden ikke bliver tale om noget sluttidspunkt, men at hun for manden skriver to måneder – så ser de på det – og opstår der nogen problemer, så ringer de bare. Visitator og jeg har herefter temmelig svært ved at komme ud af huset, idet ægteparret er så glad for vores besøg og gerne vil snakke videre og vise os tøjvaskesystemet. Efter 5-10 minutter lykkes det imidlertid, og visitator er atter på vejen.

3.1.2. Analyse / diskussion

Der er mange interessante pointer i de tre visitatorbesøg, jeg har anledning til at observere.

For det første bemærker jeg, hvordan visitator er dygtig og kompetent til at skabe en fortrolig stemning, der giver hende mulighed for at komme hele vejen rundt om og sætte sig ind i borgernes situation, og i hvordan borgeren klarer hverdagen. Dette giver igen mulighed for at visitator kan foretage en kvalificeret afgørelse af, hvilken hjælp borgeren er berettiget til – hverken mere eller mindre.

Et element i denne afgørelse er afgrænsningen af de borgere, der søger om hjælp til noget, de ikke er berettiget til. Et eksempel herpå kan findes i besøg nr. 1., hvor borgeren ønsker hjælp til rengøring, men hvor visitator gennem interviewet afdækker hans evne til at klare øvrige aktiviteter, herunder at komme omkring via cykling samt at slå græs, hvilket visitator så efterfølgende anvender som begrundelse for afslag. Et andet eksempel kan findes i besøg nr. 3, hvor borgeren bl.a. fortæller, at hun har brug til bad fordi hun ikke selv kan vaske sig på ryggen, hvorefter visitator

fremhæver, at det ikke er et gyldigt argument for at kunne få hjælp til bad, idet meget få mennesker selv kan vaske sig på ryggen.

Et andet element i denne afgørelse er imidlertid også identifikationen af områder, hvor borger ikke selv ansøger om hjælp, men hvor visitators grundige interview går ind i og afdækker mangelfuld mestring, fx i forhold til medicinbehandling. Det ses fx i besøg nr. 2, hvor visitator snakker med manden om, hvordan han klarer sine piller, og hvor hun, efter at han har fortalt at han har svært ved det pga. den brækkede arm, spørger om han vil have hjælp til det, hvortil manden svarer ja tak.

En variation over dette tema bliver, at visitator giver tilbud om hjælp til opgaver, borger hverken har søgt om hjælp til eller ønsker. Fx i besøg nr. 2, hvor visitator spørger, om hjælpen skal smøre mad til manden om aftenen og stille den i køleskabet, så han selv kan tage den ud om morgen (hvortil manden svarer nej tak, de to stykker smørrebrød klarer han nok selv at smøre) – eller i besøg nr. 3, hvor ægteparret har afmeldt maden udefra og selv klarer madlavningen, men hvor visitator foreslår, at de fx får hjælp til mad hver 2. dag, hvilket ægteparret imidlertid takker nej til.

Visitator bliver på denne måde aktivitetsgenererende. Hun holder sig ikke bare til det, borgeren søger om, men går ind som en form for garanti for, at borgeren får det, borgeren er berettiget til. Borgeren kan dog fortsat sige nej, og det nej bliver umiddelbart accepteret.

En anden interessant pointe er kort og relaterer sig til forskellen på borgernes ønsker om hjælp til personlig pleje og rengøring. Der ses i samtlige tre historier eksempler på, at borgerne selvstændigt tager initiativ til at afslutte eller neddrog den personlige hjælp. De bliver trætte af at have hjemmeplejen rendende og finder ud af metoder, hvorpå de kan klare sig selv. Derimod ses der ingen eksempler på, at borgerne selvstændigt tager initiativ til at afslutte hjælpen til rengøring. Tværtimod er der i samtlige tre historier eksempler på, at borgerne ønsker mere og/eller anderledes rengøring end den hjælp, de allerede får. I forhold til rengøringen får visitator dermed en mere afvisende rolle.

Det element af den personlige hjælp, som borgerne i de tre historier senest (om overhovedet) bliver trætte af, er tilsyneladende hjælpen til bad. Damen i den første historie har afmeldt hjælpen morgen/aften, fordi hun kan komme i tøj med mandens hjælp. Men badet ønsker og får hun fortsat støtte til, fordi der jf. visitator er mindre krav til, at manden skal hjælpe med den personlige pleje, end der er til at han skal hjælpe med den praktiske hjælp. Manden i den anden historie ønsker – og får – støtte til bad, og kvinden i den sidste historie er svær at vurdere på dette punkt. Det fremgår tydeligt, at hun er bange for bad-situationen, hvorfor hun også bevilges hjælp, men det fremgår ikke tydeligt, om hun faktisk ville kunne udføre badet, hvis hun blev hjulpet hertil. Visitator kommenterer efter mødet, at dette var et af de punkter, hvor det ville have været godt at snakke med kontaktpersonen, men det har hun så ikke anledning til. Over for borgeren siger hun, at hun bevilger hjælp – varig – men at hun skriver til hjemmeplejen, at det er med henblik på at afdække om borgeren kan klare sig selv. Borgeren virker imidlertid både tilfreds med at blive vasket på ryggen, samt med at blive masseret i hovedbunden i forbindelse med hårvasken – og hertil er der det reelle, nemlig angsten for at falde. Jeg har desværre ikke i forbindelse med dataindsamlingen haft mulighed for at følge op på denne historie og afklare, hvordan og hvorvidt hjemmeplejen de facto har arbejdet med at afklare borgerens mulighed for selv at klare sig i badet efterfølgende. Som det vil fremgå nedenfor, er det imidlertid ikke altid, at visitators anvisninger nødvendigvis når ud i hjemmet til den enkelte borger. Det sætter fokus på den næste interessante pointe, nemlig procedurerne for afslutning.

Den tredje interessante pointe er mulighederne for afslutning. Det fremgår af ovenstående, at visitator anvender tidsbegrænsning i de tilfælde, hvor borgeren forventes at være i naturlig sygdomsmæssig bedring, fx som følge af en brækket arm, der heles (besøg 1 og 2) eller en hjerneblødning, der bedres (besøg 3). Samtidig ses imidlertid også tilfælde, hvor der bevilges fast hjælp, og således ikke nødvendigvis senere følges op på hjælpens fortsatte relevans. Det gælder helt åbenlyst

handymanden (besøg nr. 2), der får hjælp til rengøring, men altså også damen med badet (besøg nr. 3). Visitator kommenterer hertil, at det desværre er et område med meget lidt opfølgning. Derfor var det også her, hun ville sætte ind, hvis hun skulle spare en masse millioner.

3.1.3. Konklusion

Det fremgår af dette afsnit, at Odense Kommune traditionelt har anvendt en gængs bestiller-udfører model, hvor et centralt placeret visitationskontor er ansvarligt for bevilling til hjemmeplejen, og hvor visitatorerne via a) telefonsamtaler, b) visitationsbesøg i hjemmet samt c) visitationsbesøg på sygehuset træffer afgørelse om hvilken hjælp borgeren er berettiget til – hverken mere eller mindre.

Sideløbende med Træning som Hjælp er kommunen begyndt at arbejde med Visitation-Koordination, hvor visitatorerne skal være mere ude i hjemmeplejen. Det har medført, at visitationsbesøget på sygehuset er erstattet med en praksis, hvor hjemmeplejen starter hjælpen op fra dag 0, hvorefter visitator foretager et visitationsbesøg i hjemmet efter en uge (ca.). Visitator behandler dog fortsat de henvendelser om hjælp til personlig og/eller praktisk hjælp i hjemmet, der kommer via telefonsamtale. Heraf kan mange jf. visitator afklares i telefonen, herunder særligt dem, der handler om rengøring.

Ved visitationsbesøget i hjemmet gennemfører visitator et interview, der sikrer borgeren den hjælp, borgeren er berettiget til. Det betyder bl.a. at borgeren gives tilbud om hjælp, som borgeren ikke selv har bedt om. Borgeren har dog fortsat mulighed for at sige nej til den hjælp, der tilbydes.

Der er ikke faste procedurer for opfølgning på bevillinger om fast hjælp. Afmelding kan enten ske via borgerne eller via hjemmeplejen. Der ses flere eksempler på, at borgere afmelder hjælp til personlig pleje (dog ikke bad). Rengøring, derimod, synes borgerne at efterspørge mere af.

3.2. Hjemmeplejens arbejder

Vi så ovenfor, hvordan visitationen til hjælp i hjemmet i forhold til borgeren tog form af opgaver, fx hjælp til støvsugning eller hjælp til bad 1xugen, og hvordan visitator bevidst ikke talte om tid. Når opgaven skal overgå til hjemmeplejen, fortæller visitator, kobles opgaverne imidlertid til tid via moduler: fx D1, som kan rumme to opgaver (eksempelvis støttestrømper og bad eller støttestrømper og morgenmand), men ikke fuld personlig pleje, det er D3. Ideen med modulerne er, at der er "gynger og karusseller": at nogle gange tager opgaverne længere tid, og nogle gange tager de kortere.

I hjemmeplejen kobles opgaver og tid til personer i et computerprogram, hvor planlægger estimerer tidsforbruget på den konkrete opgave og herefter lægger den ind på en medarbejders køreliste. Det er forskelligt fra gruppe til gruppe, om der direkte fremgår tider af kørelisten, eller om der udelukkende fokuseres på opgaver. I de to grupper, jeg besøgte, fremgår tiderne eksplicit sammen med en kort opgavebeskrivelse. Tabel 2 viser et eksempel på en køreliste.

Tabel 2: Dagskøreliste (07-13)⁴

Navn	Tidspunkt	Ydelse	Vejl. tid	Bemærkninger
NN	07:20-08:15	Modul D4	55	Har hjemmedag. PB, PT, PO, PN, BK, PH, skal gå fra soveværelse til stue
NN	08:19-08:49	Modul D4	30	PA bliver hentet 08.30. Chip til hoveddør ligger i nøgleboks
NN	08:52-09:02	Modul D4	10	MG, EI, EM, MA, RA give medicin, inhalator og obs bleer på badeværelset og vasketøjskurven
NN	09:05-09:12	Tøjvask 2	7	Sætte tøj på, skifte sengetøj
NN	09:12-09:28	Modul D2	15	EI, EM, RA, rede seng og sikre, at der ikke er vådt, sikre alt er vel, tømme postkasse
NN	09:29-09:34	Grundlæggende sygepleje	5	Øjendrypning for grøn stær x1 daglig, se skema
NN	09:38-10:23	Modul D2 Modul D2	10 35	Hjælp til TED strømpe på højre ben PB, EI, EM, kontakt sygeplejerske efter bad på grund af sårskifte
NN	10:26-10:36	Modul D2	10	EM, EI, RA støtte/guide til opvask mellem kl. 10-12
NN	10:40-11:10	Modul D2	30	PB hjælp mellem 10-11, AA skal have besøget, er ved YY på adressen XX
NN	11:15-11:20	Tøjvask 2	5	Putte tøj i tumbler
NN	11:25-11:35	Modul D1	10	Sikre EM, EI
NN	11:38-11:53	Modul D2	15	Sikre EM, EI
NN	11:56-12:06	Modul D4	10	Smøre aftensmad, EI, EM, RA
NN	12:10-12:17	Modul D5	7	Hjælp til PT, EI, EM, varme mad, nøgle ligger i boks, har nedsat hukommelse
NN	12:22-12:30	Tøjvask 2	8	Hente vasketøj
NN	12:34-12:54	Modul D4	20	EM, EI, MG, rugbrød om middagen. Varm en ½ portion og gem resten til aften. Skriv i kalenderen

⁴ Som det fremgår, gør denne køreliste brug af en række forkortelser, eks. EM, EI, RA. Der er tale om forkortelser for standardiserede opgaver, fx er EM "tilberedning/anretning af mad", mens EI er "hjælp til normalt indtag af mad/drikke" og RA er "andet". Og under personlig pleje er fx PB "brusebad", PT "toiletbesøg/bleskift" og PA "andet".

Det, der sker om morgenen, når hjemmeplejepersonalet møder ind, er at der er en kort samling på 15-20 minutter, hvor hjemmeplejepersonalet tjekker deres kørelister og lytter til de beskeder, der er. Samtidig koordineres dagens arbejde, idet medarbejderne bytter borgere for at få kabalen til at gå op – fx fordi en given borger skal være på dagcenteret kl. 08 og derfor skal have besøg tidligere, end borgeren er vant til, hvormed det ikke bliver muligt for den medarbejder, der har borgeren på sin liste at nå det foregående besøg hos en anden borger, der så skal flyttes til en anden medarbejders liste etc.

Resultatet af morgenmødet er en revideret køreliste, som danner udgangspunkt for medarbejdernes arbejde på den måde at forstå, at den beskriver de besøg, der skal foretages. Hvad angår opgaverne er det *i princippet* beskrevet, hvad medarbejderen skal foretage sig, på kørelisten. Men ofte er beskrivelserne ufuldstændige eller mangelfuldt opdaterede, hvorfor mange hjælpere/assistenter bruger deres erfaring samt samtale med borgeren til at bestemme, hvad der skal foregå ved dagens besøg.

I forhold til nye borgere sker der det, at den hjælper/assistent, der får borgeren fast på sin liste og hermed bliver kontaktperson, får adgang til borgerens journalmateriale, og herunder visitors funktionsvurdering og bevillingsbrevet til borgeren. Hvor ofte de orienterer sig i det, er forskelligt. Ofte tager de udgangspunkt i de korte beskrivelser, som figurerer i kørelisten (fx hjælp til bad), og bruger i øvrigt deres sunde fornuft.

Jeg har anledning til at deltage på en arbejdsdag for en hjælper en af de grupper, der endnu ikke har implementeret træning som hjælp. Nedenfor gives en kort beskrivelse af hendes arbejdsdag som udgangspunkt for en nærmere diskussion og analyse.

3.2.1. En arbejdsdag i hjemmeplejen (07-13)

Den hjælper, jeg har anledning til at følges med, er en erfaren hjælper, der har arbejdet i mere end 20 år i Odense Kommunes hjemmepleje. På dagen møder hun ind kl. 7 og deltager i morgenmødet, i forbindelse med hvilket hun får et par ekstra besøg som følge af en sygemelding. I grupperummet hænger en elektronisk tavle, der i princippet giver mulighed for at indføre ændringerne i køreplanen med det samme. Tavlen er imidlertid slukket, så vi tager af sted med en traditionel køreliste (papirformat) i hånden.

Besøg nr. 1

Den første borger vi skal ud til, har hjælperen ikke tidligere været hos, men det fremgår af køreplanen, at det er en mand, der skal have hjælp til bad. Vi er fremme hos borgeren kl. 07.34, hvor hjælperen banker på døren, går ind og siger hej til borgeren, der sidder klar på toilettet. Hjælperen siger til borgeren, at hun ikke har været her før, hvortil borgeren svarer: "ok, der kommer jo så mange", hvorefter borgeren selv går over i badet og sætter sig på badestolen. Hjælperen vasker hans hår og spørger, om borgeren selv "vasker noget foran"? Hun "tager ryggen, men nogle gange kan det godt være meget rart selv...?". Borgeren vasker sig foran, hvorefter hjælperen hjælper ham op og stå, og manden selv går over til toilettet. Hjælperen tørrer ham og spørger, hvad der er sket med ham. Manden fortæller, at han fik 2 hjerneblødninger med 10 dages mellemrum. Han lå på sygehuset og ville gerne hjem. Så ringede de til kommunen, og visitator kom sammen med en fysioterapeut og en ergoterapeut. Nu får han hjælp, og går samtidig til genoptræning. Hjælperen konstaterer, at han godt kunne bruge en toiletforhøjer på toilettet. Manden svarer: ja, at det havde han på sygehuset og hjælperen kommenterer, at det jo er "de små ting, der kan hjælpe dig". Samtidig giver hun manden tøj på, drejer ham rundt – og tilbage – og "så er du klar til dagen". Det fremgår, at borgeren selv har spist og barberet sig og vil bruge dagen på at gå en tur. Hjælperen svarer hertil, at "det er også god træning!"

Besøg nr. 2

Andet besøg er hos en dame, som hjælperen kender på forhånd. Hun fortæller på vej dertil, at der er tale om en borger, der skal have mad og inhalation for luftvejene, og så tager hun også lige skraldet med ud. Men ellers sidder borgeren bare i sin stol og kukkelurer. Vi ankommer kl. 08.01, og hjælperen går ind og siger hej til damen, der sidder i sin lænestol i stuen. Hjælperen går herefter direkte ud i køkkenet, hvor borgeren kommer ud ved hjælp af sin rollator. Borgeren sætter sig ved spisebordet, og hjælperen sætter vand frem, hvorefter damen selv tager sin medicin og drikker vandet for at skylle munden. Damen giver sig herefter til at læse avis, mens hjælperen laver morgenmad og kaffe og stiller et glas vand ind i stuen. Hjælperen spørger, hvad borgeren skal i dag – op og handle – og om hun skal skrive på en seddel, hvad borgeren mangler (ja tak). Herefter siger vi farvel og tager skraldet med ud. Hjælperen forklarer mig på vejen, at borgeren har fået en depression efter at hun har mistet sin datter og svigersøn, og at hun bare sad i stolen og gjorde ingenting. Det var lægen, der ville have lidt struktur og støtte til hende, så de kommer og laver morgenmad, og kommer igen til middag og varmer mad i mikroovnen.

Besøg nr. 3

Det tredje besøg er også hos en dame, som hjælperen kender på forhånd. Hun forklarer på vejen dertil, at der er tale om en dame, der har mistet sin lårbensknogle, og som nu sidder i rullestol og er lidt speciel. Da vi ankommer (ca. 08.20), ringer hjælperen på og går ind. Borgerens mand er i færd med at skubbe kørestolen ud i gangen. Damen siger med det samme, at hun vil i bad – at hun har svedt, og hvis hun skal til lægen, så vil hun i bad, andet kan hun ikke være bekendt. Og hvis hjælperen ikke vil tage hende i bad, så går hun selv i bad, når hun er gået, det siger hun bare! Hjælperen og damen snakker lidt frem og tilbage: Hjælperen siger, at hun ikke må tage hende i bad, men at borgeren må vaske sig så godt som hun kan i kørestolen. Borgeren siger, at "de andre (hjelpe, red.)" gjorde det. Det, siger hjælperen, har hun godt hørt, og så bliver der gode og dårlige hjelpe, og det har de snakket med lederen om. Men det går altså ikke, det med badet. Borgeren spørger hvorfor, og hjælperen svarer, at det er fordi, hun ikke kan tage ansvar, hvis borgeren står og falder. Borgeren kommenterer hertil, at det da er mere sikkert, hvis hjælperen hjælper, end hvis hun gør det selv. Og det ender med, at hjælperen går med derud. Hjælperen spørger igen, om borgeren kan vaske sig selv foran. Og de snakker om, at der skal købes en skridsikker bademåtte, hvis damen skal i bad (manden spørger hvad den koster og hvor han kan købe den). Efter badet triller manden damen tilbage i soveværelset, hvor hjælperen hjælper hende op i sengen og finder tøj frem. Hun smører borgerens ben ind i creme, og borgeren siger glad: Ej, jeg blev ren igen. Hjælperen spørger herefter deltagende: "Men du skal til læge i dag?". "Nej, svarer borgeren, men man ved aldrig".

Besøget er længere endnu. Det fremgår at damen går på daghjem 4xugen, og at hun cykler og har tabt sig 20 kg. Hjælperen giver borgeren bukser på og hjælper hende op i bækkenstolen. Opfordrer borgeren til at smøre creme på armene, mens hun ordner et sår på ryggen. Lægger tøj frem, som borgeren selv tager på. Spørger om borgeren er færdig (ja), hjælper borgeren til at rejse sig og tørrer hende. Hjælper hende i kørestolen, hvorefter damen selv kører over og finder sin trøje. Hjælperen reder hendes hår, hvorefter damen ruller ud i gangen, vender kørestolen og rejser sig ved rollatoren (som manden har sat frem) og går ud i køkkenet. Hjælperen går bagefter med rullestolen og forklarer at: på den måde er det sikkert. Herefter får vi kaffe i køkkenet, hvor vi snakker om, at damen sagtens kan køre på toilettet selv og ikke behøver at have to damer med på daghjemmet, og hvor hjælperen ringer til en terapeut fra hjælpemiddelkontoret for at finde ud af, hvordan de kan afhjælpe nogle røde mærker, som damen har fået på bagdelen ved at sidde i kørestol. Hjælperen afrunder også på badet ved at sige, at nu har hun prøvet det og set, at det kan lade sig gøre med de og de hjælpemidler, så det vil hun gå tilbage til lederen med – men APV⁵en skal også være i orden.

⁵ APV: Arbejdspladsvurdering.

Vi kører kl. 09.12., og hjælperen fortæller på vejen, hvordan damen er blevet markant bedre – og har tabt sig og er begyndt at interessere sig for sit udseende – efter de fik orden på hendes medicin. Da hjælperen havde startet hjemmet op for 2-3 år siden, havde damen siddet stille og stirret ud i luften – og sagt de mest mærkelige ting. Hjælperen havde taget fat i sin leder og sagt, at det ikke kunne passe, og så havde de haft psykiatrisk team inde over. Det havde hjulpet damen, som nu havde et langt mere godt og værdigt liv.

Besøg nr. 4

Besøg nr. 4 er hos en ældre dame, der skal have dryppet øjne og have sat en vask over. Det går lynhurtigt. Vi er fremme 09.25. Hjælperen går ind, drypper øjnene (medicinen er sat frem) og tager vasketøjjet (der er sat frem) med ned i kælderen, hvor det ryger i vaskemaskinen. Vi er ude igen 09.30.

Besøg nr. 5

Besøg nr. 5 er hos en ældre dame, som er nyopereret efter bypass og skal i bad. Vi er fremme kl. 09.42. Hjælperen går ind, siger hej og går ud på badeværelset, hvor hun stiller ting frem, mens damen rejser sig fra sengen ved sin rollator, tager sit tøj af og går lidt frem og tilbage i rummet. Hjælperen siger, at nu er der klar, og damen går ud på badeværelset ved rollatoren. Døren lukkes og åbnes igen et kvarters tid senere. Damen går ud ved sin rollator og går ind og sætter sig på sin seng, hvor hun tager tøj på, mens hjælperen ordner badeværelset. Lidt efter kommer hun ud med lidt creme. Hun spørger, om borgeren selv klarer at tage tøj på (ja) – godt, så tager jeg lige opvasken imens. Vi går ud i køkkenet, og hjælperen forklarer mig, at borgeren har rigeligt med selv at tage tøj på, så hjælperen aflaster hende ved opvasken. Jeg spørger ind til hvor længe borgeren har fået hjælp, og det fremgår, at hun har været tilknyttet hjemmeplejen siden 2010. Hun har fået hjælp til rengøring, og senere også bad (1xuge), og der er også noget støtte til medicin. Borgeren kommer ud i køkkenet og spørger, om vi har tid til kaffe. Hjælperen svarer ja, og vi snakker om, hvordan borgeren har fået det markant bedre, siden hun startede med at få hjælp. Hun var meget nede – gik og faldt – og datteren var bekymret. Men så var hjælperen inde med en kost- og vaskesplan, og med noget aflastning med opvask og skrald med ud – så borgeren kan fokusere på kosten, og det er vigtigt.

Besøg nr. 6

På vej til besøg nummer 6 standser hjælperen en kollega på vejen og spørger, om hun kan tage et besøg for os, for vi er en halv time for sent på den. Det kan kollegaen ikke, så hjælperen ringer til en anden kollega – der ikke svarer – og en tredje kollega, som heller ikke kan. Samtidig går hjælperen ned i vaskekælderen og tager den vask ud, som hun tidligere satte ind, og lægger tøjet i tørretumbleren. Beklager sig over, at der kun er afsat 5 minutter til vask, når det er i et andet rum (vaskekælderen).

Herefter går vi så op til den næste borger, en dame som skal have vasket sit øje, og som klager over, at hjælperen kommer så sent, for hun kan ikke gå nogen steder. Vi er der kl. 11.08, og hende der plejer at komme, siger borgeren, plejer at være der 07.30-08.00. Hjælperen siger, at det ikke er hendes skyld, men at hun godt kan hjælpe borgeren med at ringe til lederen af hjemmeplejen (de kommer ikke igennem). Herefter ønsker borgeren, at hjælperen skal kigge på et sår på hendes fod, som måske bliver større? Hjælperen siger, at: det har hun ikke kompetence til, men at hun vil få assistenten til at komme og kigge på det. Bagefter fortæller hun mig, at hun var i tvivl, om borgeren overhovedet havde tilsyn af det sår. Men hun kunne ikke tjekke det, fordi borgeren ikke var ført over på hendes køreliste. Senere tjekker vi på PDA'en, hvor det fremgår, at borgeren kun har bevilling til hjælp med øjet, ikke tilsyn af sår.

Besøg nr. 7

Besøg nr. 7 er en mand, der skal i bad. Vi er der ca. 11.14, og manden – der er ca. 50 år gammel – går selv ud i badet. På badeværelset snakker manden og hjælperen om, at manden har svamp, at det skal de få assistenten til at kigge på. Hjælperen spørger, om manden selv kan vaske sig forneden, hvilket han ikke mener, at han kan. Men hjælperen mener, at det kan han godt, når han også kan sidde og ryge i stuen. Manden anfører, at hende der plejer at komme, plejer at vaske ham. Men det vil hjælperen ikke, så manden vasker sig selv, og de bliver færdige og kommer ud. Her giver hjælperen underbukser på og trøje over hovedet, hvorefter hun skriver i bogen, at hun har smurt salve på, selv om hun ikke mener, at det er relevant. Mens vi er her, ringer PDA'en – det er lederen, der ringer for at aflyse et middagsbesøg.

Besøg nr. 8

Klokken 11.45 er vi oppe og aflevere vasketøj – hjælperen stiller det bare i gangen. Hun foreslår borgeren, at borgeren til næste gang køber nogle poser og fordeler vaskepulveret heri, så hjælperen ikke behøver at slæbe hele æsken med vaskepulver med ned i vaskekælderens. 2 minutter er vi der maks.

Besøg nr. 9

Klokken 11.49 i bilen tjekker hjælperen sin liste og konstaterer at vi er kommet af med ét besøg ved den borger, der skulle ud og handle (besøg nr. 2). Vi kører derfor over til en anden borger, hvor vi skal varme mad og tjekke at damen tager sine piller. Vi er fremme kl. 11.56. På bordet ligger en plan, hvoraf det fremgår at borgeren vasker sig selv, mens hjemmeplejen laver morgenmad. Læg tøjet frem. Red seng. Tøm toiletspand. Giv piller (SKAL se at hun tager dem). Vask op. Middag: Varm mad, giv piller, vask op. Rengøring: onsdag lige uger. Vasketøj klarer NN. Skift sengetøj. Aften. Væske. Aftensmad. Piller.

Besøg nr. 10

Klokken 12.04 er vi på vej til en borger – en af hjælperens egne – som måske er dement. Hjælperen har aftalt med demenskoordinatoren at hun skal komme på besøg. Under besøget vasker hjælperen op, mens hun tjekker op på at borgeren har fået morgenmad og piller (ja). Hun siger til mig, at borgeren normalt plejer at hjælpe med at tørre af, men hun gør hun det, fordi vi har travlt. Opvasken klares i et snuptag. Hjælperen tjekker skraldespanden og siger, at de venter med at tage affald med ud til i morgen. Klokken 12.18 er vi ude igen.

Besøg nr. 11

Klokken 12.22 er vi hos den næste borger, der selv åbner døren. Hjælpen fortæller, at hun skal varme lidt mad og tjekke at der er smurt mad til aften. Vi går ud i køkkenet. Lidt efter kommer borgeren og sætter sig. Hjælperen skænker sodavand i et glas. Spørger om ikke borgeren skal på daghjem? Nej tak, siger borgeren. De smalltalker, mens maden varmer. Da den er færdig, tager hjælperen den over på tallerken og serverer den for borgeren. Spørger: skal jeg tage den her affaldspose med ud? Så den ikke lugter? Vi går igen, klokken er 12.29.

Besøg nr. 12

Vi er i bilen klokken 12.31. og hjælperen kommenterer, at vi nu har fået aflyst 3 besøg, "så det går nok alligevel – men puha, nogle gange kan det godt være lidt hårdt". Hun møder en kollega og spørger, om der er noget hun skal hjælpe med (nej). Vi kører videre til den borger, der havde fået slidmærker af sin kørestol og giver besked til manden om, at han skal ryste hver aften. Hun selv vil sørge for, at der kommer mere fyld i, for det er det, der skal til jf. terapeuten. Klokken 12.40 er vi

af sted igen. Færdige med dagens opgaver og på vej til grupperummet. Det, der skal ske nu er, at hjælperen skal holde pause, hvorefter hun har 3-4 borgere mere, inden hun har fri kl. 15.

I grupperummet går hjælperen ind til lederen og koordinerer en række ting, herunder aftalen om bad hos borgeren i kørestolen (borger nr. 3), udfordringen ved intimvask af den 50-årige ryger (borger nr. 7) samt den "forkerte" aftale om at der ville komme en assistent ud og tilse såret hos damen med øjet (borger nr. 6). Herefter er der pause, og jeg skal med hjemmeplejelederen videre til et tværfagligt møde i borgerens hjem hos en anden borger i gruppen (se afsnit 3.3., nedenfor).

3.2.2. Analyse / Diskussion

Der fremgår mange ting af dagen med hjemmehjælperen i den hjemmeplejegruppe, der endnu ikke har implementeret træning som hjælp. For det første at dagen og dagsprogrammet ligner og er struktureret på samme måde som det dagsprogram, jeg har haft anledning til at studere i andre kommuner. Der er ikke noget nyt i den grundlæggende struktur, men er ældrepleje som ældrepleje nu organiseres.

Dagsprogrammet viser, hvordan hjælperen tager ansvar for de opgaver, der er på hendes køreliste. Når dagligdagens opgaver er fordelt ved morgenmødet, er det hjælperens ansvar at de borgere, der står på listen får et besøg. Besøgene vil sjældent blive gennemført i den rækkefølge, de står på listen, og de vil sjældent blive gennemført på den tid (om nogen), der er anført. Dagligdagen – og hjemmeplejen – hænger sammen ved, at hjælperne fleksibelt kan gøre besøgene kortere og længere alt efter hvor meget tid, de har til rådighed. På den måde bliver der fx tid til at sætte sig ned hos én borger, mens opvasken overstås i rivende hast hos en anden.

Det, der er interessant, er den forskel, der er på hjælperens viden om og indgang til de borgere, hun kender på forhånd, og de borgere, hun ikke kender. Ved de besøg, hvor hun kender borgeren på forhånd, er det velindkørte rutiner mellem hende og borger, jeg får lov at observere, og hjælperen har en god viden om borgerens situation og årsagen til, at hun får hjemmepleje. Hjælperen, jeg følges med, forholder sig også til, hvordan borgerne klarer sig. Er opmærksom på, hvordan de kan bruge hjælpemidler til at klare sig selv, og hvordan det fx er god træning at lade en kørestolsbruger gå ved rollator.

De borgere, hjælperen ikke kender, har hjælperen sværere ved at træde i karakter overfor. Her bliver det i høj grad det, der står på kørelisten, suppleret med borgerens angivelser af, hvad den hjælper, der plejer at komme, plejer at gøre. Det bliver en udfordring, når det, den sædvanlige hjælper gør, overskrider hjælperens grænser – eller når borgeren beder om noget, som borgeren måske slet ikke er berettiget til hjælp og støtte til, og hvor hjælperen ikke har viden om det på forhånd.

I forhold til hjælperens egne borgere kan det også være en udfordring, når der har været kolleger inde over. Et eksempel er damen i kørestolen, der gerne ville rigtigt i bad, og som også endte med at komme det, på trods af at der ikke var foretaget en APV. Hjælperen mener i denne situation, at tiden meget vel kan være inde til, at borgeren bader selv, men hun vil gerne have, at arbejdspladsvurderingen er foretaget, inden hun kaster sig ud i det. I forhold til borgeren bliver hun imidlertid sat i et dårligt lys som en hjælper der ikke vil, fordi hendes kollega allerede har badet damen. Hvorfor kollegaen har gjort det, er svært at sige. Der er både den mulighed, at hun ikke har været bevidst om, at der ikke var foretaget en APV – og den mulighed, at hun har vidst det, men har været ligeglad.

Det forhold, at hjælpernes grænser og holdninger er forskellige, kalder den hjælper, jeg følges med, for, at der bliver gode og dårlige hjælpere, og hun opfatter det som et stort problem for at sætte grænser i hjemmeplejen. Når hun fx kommer hos en borger, der er vant til at blive hjulpet i alle detaljer i badet, selv om han udmærket er i stand til at hjælpe sig selv, bliver det svært for hende at sætte en grænse i situationen. Ved det besøg, jeg er med til det, sætter hun sin grænse og tager også sagen videre til lederen. Det bliver hermed op til lederen at følge op på, hvad den anden hjælper og gør og ikke gør.

Noget jeg også bemærker, er de forholdsvis standardiserede opgaver, der gennemføres. Om morgenen er det bad/hjælp til personlig pleje samt evt. morgenmad. Det er opvask. Skrald med ud. Vasketøj. Se at borgeren tager sin medicin. I middagsstunden er det varme mad og opvask. Og så videre. Den hjælper, jeg følges med, går ind til borgeren for at løse opgaven. Hun har situationer, hvor hun inddrager borgeren aktivt, fx ved borger 10, som plejer at tørre af, eller borger 5, som tager tøj på, mens hun tager opvasken. Det fremgår, at borgerinddragelsen i nogle tilfælde tager ekstra tid, hvorfor inddragelsen må spares væk, når hjælperen har travlt – mens den i andre tilfælde virker tidsbesparende, idet to opgaver kan nås på samme tid (fx påklædning og opvask).

Selv om hjælperen på denne måde er inddragende og opmærksom på, hvordan borgeren kan få det bedre, er der talrige eksempler på situationer, hvor hun løser opgaver for borgeren, som borgeren udmærket kan løse selv. Det er små ting, som at tørre borgeren, hente creme, give tøj på. Hun har på denne måde et miks af fokus, hvor hun balancerer hjælp til selvhjælp med egentlig hjælp. Man kan sige, at hun arbejder med hjælp til selvhjælp, men ikke med egentlig hverdagsrehabilitering, hvor hænderne holdes på ryggen, også selv om det tager tid, idet selve formålet er, at borgeren skal lære at klare opgaven selv.

3.3. Det tværfaglige møde i borgerens hjem

Det sidste element i før-situationen, som jeg har anledning til at studere, er et tværfagligt møde i borgerens hjem. Borgeren, som mødet holdes hos, er en ældre dame, der har haft en hjerneblødning for ca. 10-12 år siden og siden har mistet sin mand. Jeg følges ud til damen med den social- og sundhedsassistent, der er kontaktperson. Hun fortæller, at damen gik til genoptræning på sygehuset i tiden efter sin hjerneblødning og siden har modtaget genoptræning og vedligeholdende træning i kommunen. Den vedligeholdende træning er imidlertid stoppet for ½ år siden, og assistenten oplever, at borgeren er blevet dårligere: I stedet for at være én mand til at få hende op om morgenen, er de nu nødt til at være to, og derfor har de taget initiativ til et tværfagligt møde i borgerens hjem, hvor de håber at få terapeuterne med på at give noget vedligeholdende træning igen.

Ved mødet hos borgeren deltager:

1. En fysioterapeut fra hjælpemidler
2. En sygeplejerske
3. En fysioterapeut, der kender borgeren fra genoptræning
4. En social- og sundhedsassistent, der dagligt kommer hos borgeren
5. En fysioterapeut fra vedligeholdende træning og aktivitet
6. En medarbejder fra aktivitetshuset
7. Hjemmeplejelederen
8. En social- og sundhedsassistent fra vedligeholdende træning
9. Borgeren selv
10. En datter
11. En anden datter
12. Jeg

Visitor er ikke til stede, hvilket alle parter efterfølgende medgiver, er en fejl. Visitor er imidlertid ikke indkaldt til mødet, fordi hjemmeplejen troede, at det handlede om en bevilling til vedligeholdende træning og aktivitet (hvilket er terapeuternes ansvar), og ikke om en bevilling til hjemmepleje. Fejlen rettes dog op senere ved mundtlig samtale mellem hjemmeplejelederen, visitor og fysioterapeuten fra vedligeholdende træning og aktivitet.

Mødet, der tager en time, indledes i øvrigt med at hjemmeplejen gør rede for, hvorfor de ønsker vedligeholdende træning og aktivitet. De snakker med borgeren om, hvad hun magter og ikke magter, og de snakker sig frem til, at hun givetvis har haft en mindre blodprop og således også medicinsk er blevet dårligere i perioden. Derudover drøftes muligheden for, at dagcenteret kan påtage sig opgaven med træning af borgeren – hvad de ikke mener at have kapacitet til – eller at

vedligeholdende træning og aktivitet kan gøre det. Terapeuten fra vedligeholdende træning og aktivitet ender med at acceptere et midlertidigt tilbud under den forudsætning, at hjemmeplejen følger op med træning i hjemmet "for ellers nytter det ikke noget". Det er i forhold til denne bevilling, at visitator mangler. Men det afklares altså alligevel.

Resultatet af mødet er, at der er foretaget en tværfaglig vurdering af borgerens funktionsniveau og lagt en plan for et samarbejde mellem terapeuterne i aktivitet og træning samt hjemmeplejen, der skal følge op. På tidspunktet umiddelbart efter mødet er det uklart, om visitator vil give denne bevilling og således, om hjemmeplejen kan leve op til deres del. Selv om de får merbevillingen, fremhæver den social- og sundhedsassistent, der dagligt kommer hos borgeren, er det reelt set urealistisk, at de for alvor kommer til at træne med borgeren. Om morgenen, hvor borgeren er frisk, har de ikke tid. Og selv om de formelt set sætter det på kørelisten til kl. 08.00, så har jeg set nok om hjemmeplejens dagligdag til at vide, at de tager borgerne efter prioriteret behov. Og så længe hun har fire andre, der skal på daghjem eller have livsvigtig medicinsk behandling, så er det altså ikke aktivitet og træning med den pågældende ældre borger, hun kommer til at prioritere. Vi snakker kort om, at de har brug for flere hænder om morgenen og i middagsstunden og færre om formiddagen, men at det er svært på den måde fleksibelt at tilpasse arbejdsstyrken på den enkelte dag.

3.4. Delkonklusion

Hjemmeplejen er i før-situationen kendetegnet ved en meget stringent søjlestruktur, og en forholdsvis stor del af selv-visitering. Det gælder terapeuterne, der ligesom sygeplejerskerne visiterer til deres egen service, og det gælder til dels også hjemmeplejen, der definerer det indledende servicebehov efter udskrivelse fra sygehuse og selv skal følge op, hvis borgerne skal afsluttes.

Det tværfaglige møde i borgerens hjem kan ses som en løsning i denne situation, idet det kun via deltagelse af samtlige fagligheder bliver muligt at definere hvilken service, borgeren skal have. Det er imidlertid også omstændeligt, fordi der er mange funktioner og fagligheder repræsenteret.

Den måde, arbejdet i hjemmeplejen er tilrettelagt på, gør samtidig, at der ikke nødvendigvis er en én til én sammenhæng mellem det, der bliver bevilget og/eller aftalt på det tværfaglige møde i borgerens hjem. Hjælperne har en udpræget – og nødvendig – autonomi i det daglige arbejde. Herunder både til at bestemme, hvornår hjælpen skal foretages, og hvori hjælpen skal bestå.

4. Hjemmeplejen efter Træning som Hjælp

I dette kapitel beskrives de ændringer, der er indført i forbindelse med Træning som hjælp. Først beskrives "TSH-besøget" – det tværfaglige møde i borgerens hjem, der efter implementering af Træning som Hjælp fast tilbydes nye borgere i hjemmeplejen. Herefter beskrives hjemmeplejens dagligdag efter TSH, og der foretages en gennemgang af journalmaterialet for de TSH-borgere, jeg har haft anledning til at besøge. Kapitlet afsluttes med en diskussion af det tværfaglige samarbejde og en kort konklusion.

4.1. Borgernes nye indgang til hjemmeplejen

Det fremgår ved interview og observation, at en af de helt afgørende ændringer, der er sket i forbindelse med implementering af projekt Træning som Hjælp, vedrører borgerens indgang til hjemmeplejen. Som det fremgår i kapitel 3, har arbejdet med Visitation-Koordination ændret borgernes indgang, idet visitator ikke længere foretager visitationsbesøg på sygehuset, men lader hjemmeplejen starte hjælpen op, hvorefter der foretages et visitationsbesøg i hjemmet efter en uge. I forbindelse med projekt Træning som Hjælp er dette visitationsbesøg i hjemmet endvidere *erstattet* af et såkaldt "TSH-besøg", hvor TSH står for "Træning som Hjælp".

TSH-besøget adskiller sig fra det almindelige visitationsbesøg i hjemmet ved, at det er hjemmeplejelederen (planlæggeren), der indkalder, og ved at der foruden borger, pårørende og visitator både deltager en terapeut, en sygeplejerske, en social- og sundhedsmedarbejder samt evt. en service-medarbejder.

TSH-besøget adskiller sig endvidere fra det almindelige visitationsbesøg i hjemmet ved, at det ikke nødvendigvis er visitator, der spørger ind til de enkelte dele i funktionsvurderingen. Det er fortsat visitators opgave at sikre, at funktionsvurderingen bliver gennemført, og at borgeren bliver bevilget den hjælp, han/hun er berettiget til. Men visitator skal lade de tilstedeværende fagligheder (sygeplejersker, terapeuter) afdække de delområder, der ligger indenfor deres fagområde, fx ved at lade sygeplejersken spørge ind til medicinhåndtering og terapeuten spørge ind til daglig aktivitet og træning.

I det omfang der viser sig at være tale om en "TSH-borger", er det endvidere visitators opgave at bevilge hjælp efter paragraf 86 (maks. 8 uger) og skrive et samlet afgørelsesbrev til borgeren. Terapeuten (evt. sygeplejersken, hvis ikke terapeuten deltager) skal skrive en handleplan med de målsætninger, der er formuleret på mødet, og de aktiviteter, det er aftalt at sætte i gang.

4.1.1. Opfattelser af TSH-besøget

Det fremgår ved interview, at der har været nogen uklarhed over hvilke borgere, der skulle have tilbud om TSH-besøg, og hvilke der ikke skulle. Der nævnes både eksempler på borgere, som har været "for lette" (fx et afslag på rengøring) og borgere, der har været "for svære" (fx terminale eller stærkt demente borgere). Der er generel enighed om, at TSH-besøget i fremtiden bør begrænses til de borgere, der reelt har positivt udbytte af mødet. Spørgsmålet er imidlertid, *hvem* der skal foretage denne afgørelse – om det skal være hjemmeplejelederen (som nu) eller visitator (som før). Visitatorerne oplever, at de tidligere mere effektivt har kunnet begrænse såvel tilbuddet om visitationsbesøg i hjemmet (fordi mange borgere har kunnet afklares allerede i telefonen) som tilbuddet om hjælp til den enkelte borger. Når først mødet er sat op, sker der tit det, at alle er klar til at "trække af" – sige "jeg kan gøre det" og "jeg kan gøre det". Og når tilbuddene først er italesat over for borgeren, er det svært at trække i land igen, fordi de som fagprofessionelle ikke kan sidde og sige hinanden imod ved mødet. Det kan de – og det gør de – når borgeren ikke er til stede. Men idet der på TSH-mødet skal træffes konkrete aftaler om en handleplan, er det ikke muligt for deltagerne at trække sig tilbage, tænke og diskutere. Det er de forslag og ideer, der bringes i spil i borgerens stue, som efterfølgende bliver skrevet ned og handlet i forhold til.

Vedrørende deltagerne i TSH-mødet oplever især servicemedarbejderne og sygeplejerskerne, at deres tilstedeværelse ofte er irrelevant. I det omfang der er tale om nye borgere, er det ikke borgere, som medarbejderne fra service kender på forhånd, og terapeuter/visitatorer anfører, at det har givet mere mening de gange, hvor det har været lederen fra service, og ikke de konkrete medarbejdere, der har deltaget. Sygeplejerskerne deltager, hvis det overhovedet er muligt, fordi de "ikke vil ødelægge det for de andre". Imidlertid er der ingen tvivl om, at de i høj grad anser projektet for at være "et terapeutprojekt", der kun i enkelte tilfælde kræver deres tilstedeværelse.

Specifikt i forhold til hjemmeplejen klager terapeuter og visitatorer endvidere over, at det ofte ikke er den medarbejder, der plejer at komme hos borgeren, der deltager på mødet. Det undrer især visitatorerne, fordi det netop var begrundelsen for, at hjemmeplejelederen skulle indkalde til TSH-mødet, at hun vidste, hvornår kontaktpersonen var på arbejde.

På trods af – men samtidig med ovenstående – er det den helt generelle vurdering, at TSH er et godt tilbud! Såvel visitatorer som terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere fremhæver, at *når det virker*, så er resultatet virkelig godt og professionelt. Begrundelsen for denne vurdering er, at indsatsen er velkoordineret og sat i gang med det samme. I stedet for at borgeren skal gå og vente på, at terapeuterne igangsætter deres træningsindsats, og sygeplejerskerne får styr på medicinen, så er det hele afklaret fra starten. Der er lagt en fælles, tværfaglig plan, hvor det klart fremgår, hvem der gør hvad, således at borgeren kan komme på højkant igen.

Samlet set opleves TSH-besøget som et rigtig godt middel til at sikre en velkoordineret indsats i en hjemmepleje, der er præget af, at sygeplejersker, terapeuter og basispersonale arbejder hver for sig. Der er et afgrænsningsproblem – både i forhold til de borgere, der gives tilbud om TSH – og de fagpersoner, der deltager på mødet – men når man ser bort fra det (som kan justeres), så opleves tilbuddet generelt som positivt.

Eneste anke fremkommer ved interview med en terapeut, der fortæller at hun har været rigtig tilfreds med tilbuddet *indtil den dag*, hvor hun oplevede det tværfaglige møde i borgerens hjem *set fra den anden side, som pårørende*. Det, der slog hende, var, hvor nervøs hendes mor blev, og hvor meget hun gik op i, at "nu står de udenfor og snakker om mig". Heri lå en etisk og moralsk dimension, som terapeuten ikke tidligere havde været opmærksom på, og som handlede om, at opbuddet de mange mennesker rent faktisk gjorde moderen nervøs. Ved interview snakker vi om, hvornår (og hvorvidt) de fagprofessionelle fordele ved mødet opvejer de etisk/moralske udfordringer, men uden at finde noget klart svar.

4.1.2. Tre TSH-besøg

Jeg har i forbindelse med mine observationer mulighed for at observere 3 såkaldte TSH-besøg. De to første er opstartsbesøg (besøget inden 14 dage), mens det tredje er et afsluttende besøg (besøget efter 8 uger). I det følgende giver jeg en kort beskrivelse af besøgene, hvorefter jeg diskuterer de mest væsentlige pointer og observationer.

Besøg nr. 1

Besøg nr. 1 er hos en ældre dame, der er udskrevet til hjælp til bad efter indlæggelse på sygehus. Jeg følges hen til mødet med den hjælper, der er kommet hos damen i den uge, der har været mellem udskrivelsen og TSH-besøget. Hjælperen fortæller, at damen udmærket klarer badet selv, men at hun har lagt mærke til, at damen "putter sig", når snakken kommer på at gå op i Føtex. Det handler givetvis om inkontinens, og det er det, de skal have styr på i dag.

Den ældre dame bor i en 3-4 værelses lejlighed, og da vi ankommer, farer damen noget hektisk rundt og henter stole, så der kan blive plads til os alle omkring spisebordet. Hendes mand er til stede, og det samme er visitator og terapeuten, og der bliver med lidt god vilje plads til os alle omkring det lille bord. Visitator indleder mødet, idet hun spørger borgeren, om hun ved, hvorfor vi

er så mange (nej)? Nå, men det er "den ny måde i Odense – de kommer med et helt team og ser, hvor de kan sætte ind".

Mødet forløber herefter med nogle afbrydelser. For det første ankommer sygeplejersken noget forsinket, hvorefter hun afbryder mødet og spørger, om der er en terapeut, der skriver referat. For det andet skal borgeren løbende ud for at tisse ("det er altså ikke fordi jeg normalt tisser så meget – det er fordi jeg bliver nervøs, når her er så mange, og når jeg bliver nervøs, så skal jeg tisse"). For det tredje ringer sygeplejerskens telefon tre gange i løbet af mødet, og sygeplejersken rejser sig i alle tilfælde for at besvare opkaldet. For det fjerde giver sygeplejersken og terapeuten sig til at aftale, hvem der gør hvad i forhold til borgeren, mens visitator er i gang med sin funktionsvurdering.

På trods af disse afbrydelser kommer visitator rundt om hele funktionsvurderingen – både for borgeren og hendes mand – og inkontinensproblematikken bliver vendt og diskuteret. Sygeplejersken byder ind med et tilbud om blebevilling samt et tilbud om at bestille tid ved egen læge til undersøgelse og diagnostik. Terapeuten aftaler med borgeren, at hun møder op dagen efter for at lave en nærmere aftale om træning (individuel/hold). Visitator konkluderer endelig efter samråd med borgeren og hjælperen, at hjælpen til bad kan afsluttes umiddelbart efter mødet, og at der således ikke bliver tale om en THS-borger.

Mødet afsluttes ved, at visitator takker for et godt møde. Hun siger: "Så er det klaret. Der er lagt en plan, og vi skal nok få dig på højkant igen" – og hun tilføjer for at understrege mødets succes, at "Ellers kan man jo nogle gange godt grine lidt af kommunen...".

Besøg nr. 2

Besøg nr. 2 er hos en ældre dame, der ved synet af de mange mennesker, der kommer ind i hendes hjem, siger, at hun føler, hun skal anholdes. Datteren spørger: mor, forstår du ikke, at det er fordi, vi vil gøre dig tryk? Og visitator spørger, om der ikke er nogen, der har fortalt borgeren, hvorfor de er så mange? Hertil svarer borgeren, at de sagde at der kom nogen, fordi de skulle finde ud af hvem der gør hvad – og visitator forklarer herefter, at det er den nye måde, de gør det på i Odense Kommune.

Ved mødet deltager:

1. Borgeren selv
2. En datter
3. En søn
4. Visitator
5. Terapeut
6. En medarbejder fra service
7. Borgerens kontaktperson
8. En sygeplejerske
9. Jeg

Det fremgår på mødet, at det er datteren, der har taget initiativ til at bede om hjælp. Borgeren har fået rengøring længe, og senere er hjemmeplejen kommet til. Borgeren mener selv, at hun får rigeligt med mad og drikke og i øvrigt klarer sig udmærket, men datteren, sønnen og den daglige hjælper fortæller, at der ikke altid bliver spist. Visitator spørger på denne baggrund borgeren, om det er ok, at der kommer en hjælper 3x om dagen og hjælper med at stille mad og drikke frem samt at sikre, at der bliver spist (ok) – og om det er ok, at de opretter et nøgleskab (ok, hvis I ringer først, men jeg havde virkelig ikke forventet sådan en generalforsamling – havde du Elsa⁶?).

⁶ Navnet er opfundet. Borger stiller i løbet af mødet både dette spørgsmål til sønnen, datteren og hjælperen.

Terapeuten spørger herefter, om borgeren kunne tænke sig at komme med ned på dagcenteret ("nej tak, jeg er glad for min lejlighed"), evt. bare et enkelt gang om ugen ("jeg sagde nej!"). Og da der ikke er stemning for det, afrunder visitator med at spørge, om der er nogen i rummet, der tænker TSH – hvilket ikke er tilfældet. Borgeren kommenterer herefter endnu engang, at hun virkelig ikke havde forventet alle de mennesker, og at hun – da vi kom – havde tænkt, at så var det nu, vi kom for at hente hende på plejehjem. Datter, visitator m.fl. svarer hertil, at sådan er det absolut ikke – hun skal ikke frygte at de tager hende væk fra lejligheden, men vil jo bare sikre sig, at hun har det godt.

Efter møder samles terapeuten, hjælperen, sygeplejersken og visitator udenfor og snakker om borgeren og hvem der gør hvad. De enes om, at sygeplejersken skal tage kontakt til demenskoordinatoreren med henblik på udredning for demens. Til mig konstaterer visitator tørt, at "ja, det var så dagens andet ikke-TSH besøg".

Besøg nr. 3

Borger nr. 3 er en ældre dame, der egentlig skulle have sit afsluttende TSH-besøg, men som umiddelbart inden besøget er faldet og har brækket armen, givetvis fordi hendes saltbalance har været "helt gal". De sidste par dage inden besøget har hjælperne knap kunnet komme i kontakt med hende, og de pårørende har været alvorligt bekymrede, men lægerne har manet til sindsro og fremhævet, at borgeren nu var i den rette medicinske behandling – og at der blot ville gå et stykke tid, inden borgeren genvandt sin bevidsthed og handlekraft.

Mødet forløber i to dele, idet de pårørende (tre døtre) først ønsker et møde *uden borgeren*. Dette indvilger visitator i, idet hun dog fremhæver, at vi ikke kan beslutte noget, uden at borgeren er til stede, og vi bænkes i havestuen til kaffe og wienerbrød. Til stede er: tre døtre, en hjælper, en terapeut, en sygeplejerske, visitator og jeg. Døtrene fortæller – og bekræftes af hjælperen i – at det går væsentligt bedre med borgeren nu, men at moderen er utryk og ringer og ringer på sit nødkald, også selv om de er til stede i hjemmet. De ønsker imidlertid ikke en plejehjemsplads (som de ellers har talt om), fordi det er "synd, hvis det er helt anderledes om 2 måneder". De snakker om fordele og ulemper ved nødkald, herunder falsk tryghed – og de diskuterer medicin, kost samt træningsplan. Visitator opmuntrer terapeuten til at samle op på, hvordan det er gået med den oprindelige handleplan, men alle er enige i, at situationen er en anden nu. Hjælperen er desuden ny i hjemmet, har kun været der i 6 dage.

Anden del af mødet foregår i stuen, hvor borgeren sidder i sin stol. Visitator spørger borgeren, hvordan det går, og borgeren bekræfter med nik og enstavelsesord (ja/nej), at det går bedre, og at hun er begyndt at få noget mad mm. Visitator siger, at de også skal i gang med noget træning, og visitator, terapeut og hjælper diskuterer og koordinerer, hvordan det bedst passer, tidsmæssigt, med træningen i forhold til hjælperens besøg, bleskift mv. Visitator, terapeut, sygeplejerske, hjælper og de pårørende er enige om, at de mål, der oprindeligt er sat i handleplanen (at komme på toilettet selv) nok er for høje, og at det er vigtigt at gå stille og roligt frem. Så der starter med selv at kunne rejse sig og komme over i toiletstolen, hvilket borgeren ikke modsiger dem i. Hjælperen og de pårørende bekræfter herefter endnu engang hinanden i, at det går bedre ("Bare de seks dage, jeg har været her [i hjemmet, red.]! I dag kunne du sidde og vaske dig. Det er da dejligt selv at kunne!") - og at de ved fælles hjælp nok skal få borgeren lidt bedre ("der kommer stadig den hjælp du er vant til mor, og nu skal du også træne!"), hvorefter visitator lukker mødet ved at sige, at hun rent teknisk må afklare, om det er paragraf 83 eller 86, men at "vi er enige om, at vi sætter i gang og regulerer efterhånden, når vi ser, hvordan det går – at nu kan hun vaske overkroppen, spise selv osv."

Herefter kommenterer visitator, at hun nu under alle omstændigheder ser det som varig hjælp i den forstand, at der nok altid vil være et bad. Men der er samtidig ingen tvivl om, at der er masser af udviklingspotentiale.

4.1.3. Analyse / diskussion

De tre TSH-besøg er interessante, fordi de rummer mange af de nuancer, som interviewpersonerne har fremhævet ved interview. Ved de to første besøg fremgår det fx tydeligt, hvordan borgerne er overraskede, forvirrede og noget utrygge ved det antal mennesker, der pludselig dukker op i deres hjem. Ved samtlige besøg fremgår det desuden, hvordan mødet for de fagpersoner, der deltager, er et vigtigt forum for koordination. De aftaler på stedet, hvem der gør hvad, og er på den måde klar med en handleplan.

TSH-besøg nr. 2 er desuden interessant, fordi vi her ser et eksempel på, hvordan de fagprofessionelle bagefter samles *udenfor* borgerens hjem for at koordinere i forhold til det emne, som de ikke mener, er egnet for borgerens (og de pårørendes?) ører, nemlig spørgsmålet om borgeren er dement. Der ses i det hele taget nogen tendens til, at det er de fagprofessionelle, der i dialog med de pårørende samt evt. hjælperen afklarer, hvad de ser som det rette tilbud til borgeren, hvorefter dette "afhandles" med borgeren. Mest tydeligt i besøg nr. 3, hvor der ligefrem er formøde i havestuen uden borgerens tilstedeværelse. Men også i besøg nr. 2, hvor visitator i dialog med pårørende og hjælper samt evt. terapeut eller sygeplejerske taler sig frem til, hvad de mener, er det rette tilbud til borgeren, hvorefter borgeren spørges om "lov" til at de fx kommer 3 gange om dagen og etablerer en nøgleboks (ok, hvis I ringer først).

Besøg nr. 1 rummer en interessant pointe, fordi det *på den ene side* fremhæves som et eksempel på et "topklasse" TSH-besøg, hvor de virkelig har fået lagt en plan, der nok skal få borgeren på højkant – og borgeren *på den anden side* ikke bliver en "TSH-borger"! Det hænger sammen med visitators og hjemmeplejens forståelse af, at TSH-borgere er de borgere, der i forlængelse af et THS-møde i borgerens hjem gives en midlertidig bevilling (maks. 8 uger) efter paragraf 86. Hermed bliver den ældre dame fra besøg nr. 1, som hjælperen kan afslutte umiddelbart efter THS-mødet, til en "almindelig paragraf 83" – hvilket der teknisk set ikke er noget i vejen med, men hvilket kan give vanskeligheder i forhold til at monitorere effekten af projektet.

Besøg nr. 1 rummer desuden en masse interessante nuancer i forhold til samarbejdet på mødet og den stemning, der kan etableres. Der er kort sagt meget langt fra den rolige og fortrolige stemning, som visitator kan skabe under et normalt visitationsbesøg i hjemmet, til den "banegårdsstemning", der opstod under besøg nr. 1, hvor sygeplejersken gik til og fra, afbrød mødet og havde en parallel diskussion med terapeuten om deres indbyrdes arbejdsdeling, mens visitator og borgeren/den pårørende snakkede om hvordan de håndterede hverdagen. At de fagprofessionelle i den kontekst formåede at lægge en god og solid plan er kontraintuitivt i forhold til hvad man umiddelbart ville forvente. Faktum er, at den ældre dame, der på en og samme tid var og ikke var mødets hovedperson, blev tydeligt nervøs og særdeles tissestrængende!

Set i forhold til de overordnede beskrivelser, i henhold til hvilke der "inden 14 dage afholdes et tværfagligt møde i borgerens hjem, hvor borgeren beskriver sine overordnede mål, og det tværfaglige team hjælper med at gøre målene handlingsrettere, få lavet diverse aftaler og få tingene koordineret", er der ikke mange eksempler på, at det er *borgeren*, der beskriver sine overordnede mål (hvorefter det tværfaglige team hjælper med at gøre målene handlingsrettede, få lavet diverse aftaler og få tingene koordineret). Det er visitators gængse funktionsvurdering, der sætter scenen, idet den afdækker borgerens funktionsniveau i forhold til de på forhånd fastlagte kategorier, og således giver visitator – i dialog med hjælperen, de pårørende samt mere eller mindre borgeren – mulighed for at vurdere, hvilken hjælp, der skal gives. Det, der er anderledes, er, som interviewpersonerne fremhæver, den koordinerede indsats – det, at både hjemmeplejen, hjemmesygeplejersken og terapeuterne byder ind og starter op fra dag et. Hermed er det muligt, som det fremhæves under såvel besøg nr. 1 som besøg nr. 3, hurtigt at få borgeren på højkant igen! Men at sige, at det er borgerens mål, der sætter scenen, synes ikke korrekt på baggrund af de tre observationer.

4.1.4. Konklusion

Samlet set fremgår det, at borgerne – med TSH – har fået en ny indgang til hjemmeplejen – hvor de i stedet for et traditionelt visitationsbesøg i hjemmet, hvor visitator foretager en funktionsvurdering efter eksisterende standard, modtager et såkaldt TSH-besøg, hvor visitator foretager en funktionsvurdering efter eksisterende standard, samtidig med at sygeplejerske og terapeut afklarer og koordinerer deres indsats. I det omfang, der efterfølgende bliver tale om en TSH-borger – defineret som en borger, der i perioden efter besøget gives hjælp efter paragraf 86 i et maks. 8 ugers forløb – udarbejdes en handleplan ved terapeuten, der opstiller mål for det rehabiliterende arbejde.

TSH-besøget vurderes overordnet set positivt af de faggrupper, der har erfaring med det. Der bør ske en tilpasning, så besøget målrettes de borgere, der forventes at kunne have udbytte af en flerfaglig indsats rettet mod at få borgeren "på højkant" – og der bør foretages en vurdering af hvilke faggrupper, det er relevant deltager. Men opfattelsen er i øvrigt, at besøget er en forbedring, fordi det sikrer en velkoordineret flerfaglig indsats fra dag 1.

Dilemmaet består overfor borgerne desuden i, at flere borgere oplever besøget som overvældende. Det skaber utryghed, når så mange personer samles i hjemmet samt mødes for at diskutere borgeren udenfor. Desuden ses en tendens til, at personalet koordinerer indbyrdes, snarere end at de hører borgeren, hvad borgerens ønsker (taler *om* og *til* i stedet for *med*).

Sidste pointe vedrørende TSH-besøget vedrører en mulig tendens til vanskelighed ved at begrænse tilbuddet, fordi faggrupperne ikke ønsker at sige hinanden imod, når borgeren er til stede, og fordi det ligger i konceptet, at beslutningen skal træffes under selve mødet.

4.2. Hjemmeplejens arbejde

Som det er fremgået ovenfor, producerer TSH-besøget i nogle tilfælde en ny kategori af borgere – kaldet "TSH-borgere" – defineret som borgere, der på baggrund af TSH besøget bliver givet en midlertidig bevilling efter paragraf 86 i maks. 8 uger med henblik på at borgeren skal lære at klare sig selv. Disse borgere har allerede modtaget hjælp i en kortere periode. Men nu fastlægges niveauet i et egentligt afgørelsesbrev.

4.2.1. Afgørelsesbrevet og kørelisten

Jeg har gennemgået afgørelsesbrevene for de fem TSH-borgere, som jeg træffer i forbindelse med mine observationsstudier. Det fremgår, at de følger en fælles skabelon, hvor det fremgår, at der er givet et eller flere moduler (fx dagmodul D1) til en eller flere givne opgaver (fx sikre væske ved at sætte en flaske vand frem morgen og sidst på dagvagten"). Herefter følger en tekst, der er målrettet borgeren, og som refererer den samtale, der har været i hjemmet, de personer, der har deltaget, den støtte, der er bevilget, og støttens evt. afsluttende formål. Et eksempel på en tekst er:

"Kære NN.

På baggrund af vores samtale hjemme hos dig d. aa.bb.cccc hvor NN sygeplejerske, MM fra plejegruppen din datter PP samt visitator QQ også deltog, får du støtte til:

Måltider:

- at få væske

Rengøring hver 14. dag:

- støvsugning

Formålet med hjælpen er:

- at du igen bliver i stand til selv at kunne klare at få nok væske"

Brevet refererer herefter, hvad de i øvrigt aftalte på mødet, herunder aftaler med terapeuter, sygeplejersker, frivillige organisationer eller andre, og afrundes endelig med en standardfrase om, at borgeren kan kontakte visitator, hvis hun har spørgsmål.

Bevillingen om hjælp bliver herefter – i form af det konkrete dagmodul – lagt ind på en hjælpers køreliste, hvor der bliver tilføjet en opgave, fx sætte væske frem.

4.2.2. Hjælpernes køreliste

Kørelisten for den hjælper, jeg følges med på observationsdagen, er gengivet i tabel 3.

Tabel 3: Køreliste (07-13)

Navn	Tid	Modul	Bemærkninger
NN (1)	07:15-07:35	Modul D2	Let støtte til pers. Pleje (bad, klarer stort set selv). Vaske op imens, tage affald med ud. Minde om at tage medicin.
NN (2)	07:37-07:52	Modul D4	Let støtte til pers. hyg og hjælp til nedre påklædning
NN (3)	07:55-08:30	§86 D5	2. mand ved alle forflytninger
NN (4)	08:34-08:59	Modul D4	Støtte til personlig pleje, påklædning, ser, hører og går dårligt. Hjælp til anretning af mad, toiletbesøg
NN (5)	09:02-09:27	§86 D3	Hjælp til bad og påklædning. Hjælp med medicin.
NN (6)	09:30-09:35	§86 D1	Sætte væske frem
NN (7)	09:41-09:53	Modul D4	Toiletbesøg
NN (8)	09:55-10:10	Modul D2	Hjælp til oprydning, opvask bær affald ud. Tilbyde at smøre aftensmad
NN (9)	11:07-11:19	Modul D2	Smør frokost – eller varm middagsmad i mikrobølgeovn. OBS om komfur er tændt
NN (10)	11:22-11:37	Modul D4	2. mand ved alle forflytninger
NN (3)	11:39-12:09	§86 D5	Hjælpes op at hvile, 2 personer
NN (11)	12:12-12:24	Modul D4	Toiletbesøg – ind at hvile til middag

Det fremgår af Tabel 3, at tre borgere på kørelisten har en § 86 bevilling (borger 3, 5 og 6) foruden et almindeligt dagmodul – men at der i øvrigt ikke er noget, der adskiller disse borgere fra de øvrige borgere på listen. Opgaverne "eks sætte væske frem / hjælp til bad og påklædning) adskiller sig på ingen måde fra de øvrige opgaver på listen.

Tabel 3 viser samtidig, at kørelisten "skjuler" to borgere, der har paragraf 86 bevillinger og således er med i træning som hjælp (borger nr. 1 og 2). Hertil er borger nr. 9 eksempel på en borger, der har søgt om mere hjælp, og hvor der skal afholdes TSH-besøg for indenfor få dage.

4.2.3. Hjælperens dagligdag (med TSH)

Den hjælper, der får ovenstående køreliste – og som jeg følges med på min observationsdag – konstaterer om morgenen, at det er en "lidt rodet plan" med "lidt forskellige", som hun ikke plejer at komme hos. Her efter begiver vi os af sted - og jeg gengiver nedenfor dagligdagen, som den udspiller sig.

Besøg nr. 1

Den første borger, vi skal ud til, kender hjælperen ikke (men jeg ved – jf. ovenfor – at det er en af de skjulte TSH-borgere, der har været i hjemmeplejen et stykke tid). Da vi ankommer til borgeren, ringer hjælperen på og finder borgeren siddende i sin kørestol i stuen. Hun spørger, om han skal i bad, hvortil borgeren svarer, at det klarer han selv – det plejer han – og han vil gøre det, når vi er gået. Hjælperen spørger herefter, om borgeren selv klarer sine piller – hvortil borgeren svarer nej, nogle gange skal han have en opsang. Han vil i øvrigt gerne af med pillerne, men det – siger hjælperen – skal han snakke med lægen om. Hjælperen stiller vand frem på bordet, så manden kan tage sine piller, og tørrer noget aske op. Hun ser, at der er klistret på gulvet, men kan ikke finde gulvkluden? Manden ruller ud i køkkenet for at hente en gulvskrubbe, han lige har købt, men må give op, da han ikke kan finde den i skabet. Hjælperen finder skrubben på badeværelset og giver sig til at plet-vaske gulvet. Spørger, hvornår manden skal have gjort rent (dagen efter), hvorefter manden fortæller, at han "kom op at mundhugges med hende visitatoren, der godt mente, at han kunne vaske gulv selv". Hjælperen siger, at det da også er bedst at kunne selv. Men manden mener, at han går til træning fire gange om ugen, og at han er alt for træt til at vaske gulv, når han kommer hjem. Herefter afslutter hjælperen sit arbejde, og vi forlader hjemmet. I bilen siger hun til mig, at det er sjovt med sådan en borger, for han kunne jo sagtens selv vaske gulvet; han går jo kun til træning hver 2. dag.

Besøg nr. 2

Den anden borger vi skal videre til, er den anden skjulte TSH-borger på kørelisten. Denne borger, fortæller hjælperen mig imidlertid på vejen i bilen, kender hun på forhånd: faktisk var det hende, der var med til opstartsmødet. Hun fortæller, at der er tale om en mand, der er faldet og har fået et brud på bækkenet – men som klarer sig godt og er snart er ude. Det har været mandens store ønske at komme ud på trappen og udenfor, og han har været ude nu, så det er mere et kig, vi skal ind til. Hos manden forhører hjælperen sig om, hvornår det er, manden skal til kontrol på sygehuset (om en uge). Herefter spørger hun, om manden skal have noget at spise (nej, ikke endnu) samt om hun skal tage affaldet med ud (nej, det klarer jeg selv).

Besøg nr. 3

Den tredje borger vi skal videre til, er en af de borgere, der jf. kørelisten har en paragraf 86-bevilling, og hvor vi skal med som 2. mand. På vejen fortæller hjælperen mig, at der er tale om en dame, der er blevet rigtig dårlig, og som de pårørende er meget bekymrede for. Damen har problemer med saltbalancen og stofskiftet, og lægerne siger, at de har fået styr på det, og at hun nok skal blive bedre, men at det vil tage et stykke tid. I hjemmet hersker nogen forvirring, fordi borgeren lige er blevet udskrevet fra sygehus, og de to hjælpere har svært ved at finde de ting, de skal bruge (fx bleer, vaskeklude mm). Borgeren er samtidig knap ved bevidsthed. Da hjælperne vil rejse hende fra sengen ved hjælp af en lift kommenterer hjælper nr. 1, at hun står op og falder i søvn. Hvorefter han leende kommenterer til mig, at: "det er ikke et godt besøg til træning som hjælp, det her".

Besøg nr. 4

Den fjerde borger, vi besøger, er lige blevet udskrevet fra sygehus og sidder – da vi kommer – fuldt påklædt i stuen. Hun fortæller hjælperen, at hun selv har taget sine piller og det lille glas med laktulose for maven. Men hun vil gerne have morgenmad, 3 stk. knækbrød med ost og marmelade. Hjælperen går i køkkenet for at smøre de tre stykker knækbrød – hvorefter hun vasker op og hælder kaffe på kanden. Det hele anrettes foran borgeren i stuen sammen med en kop cider, og borgeren spørger, om vi vil have en kop kaffe. Vi siger nej tak, men hjælperen fortæller på vej derfra,

at der virkelig er tale om en borger, der klarer sig flot: Det er kun 7 dage siden hun kom hjem fra sygehuset, og allerede nu klarer hun selv at komme på toilettet, vaske sig og komme i tøjet. Det tager sin tid. Men tid har borgeren jo nok af.

Besøg nr. 5

Den femte borger, fortæller hjælperen, har hun ikke været hos før, men hun skal jf. kørelisten have hjælp til bad og medicin. Hjælperen ringer på, og borgeren lukker op, fuldt påklædt, men med armen i slynge. Hjælperen spørger, om hun skal have hjælp til bad. Borgeren siger nej: ikke nu, hvor hun er klædt på – hun har vasket sig grundigt over det hele; det eneste hun ikke kan er ned ad ryggen – men hun vil gerne have hjælp til bad en anden dag, hvis hun kan få det. Hjælperen forklarer, at det kan hun desværre ikke, det er kun den ene dag i ugen, hun har bevilling til bad, og man kan ikke bare flytte det til en anden dag. Nå. Men borgeren vil ikke i bad, nu hun er vasket. Derimod vil hun gerne have, at hjælperen redder hendes seng? Det overhører hjælperen, der i stedet går i køkkenet for at hente borgerens medicin. Borgeren klager over, at medicinen er låst inde. Hun vil gerne selv have adgang til de smertestillende piller. Hjælperen siger, at det må hun snakke med sygeplejersken om, når hun kommer. Vi snakker på vejen derfra om hvorfor denne borger ikke er afsluttet (hun havde jo vasket sig selv). Hjælperen mener, at det handler om medicinen, som der formentlig er en god grund til, at sygeplejerskerne har valgt at låse ned.

Besøg nr. 6

Det sjette besøg, fortæller hjælperen, handler bare om at stille væske frem. Vi ankommer, ringer på og bliver lukket ind, og hjælperen spørger, om hun skal hjælpe borgeren med at få noget at drikke (nej, det klarer jeg selv). Hjælperen spørger herefter, om vi er de første, der er der den pågældende dag (ja), og om borgeren klarer sig selv (ja). Herefter snakker hun de lidt om børnebørn og regnvejr, og om at der kommer en sød ung pige og hjælper borgeren med at handle. Herefter går hjælperen med afskedssalutten: "nå, jeg kan da lige tage skraldet med ud, så du ikke går og falder over det".

Besøg nr. 7

Det syvende besøg er hos en gammel dame, som hjælperen er kommet hos i flere år. Hjælperen fortæller på vejen derhen, at der er tale om en gammel sygeplejerske, der gerne vil det at borgeren vil det hele selv – men som er blevet dement og bare ikke kan. Hjælperen fortæller mig, at jeg kan tro, hun har "måttet stå på måtten for at få lov", og at det først er for nyligt, hun har "fået lov til at smøre mad". Hos damen låser vi os selv ind og snakker kort med damen, der sidder ved spisebordet. Herefter går hjælperen ud for at smøre mad til aften og vaske op – og de snakker lidt om, at borgeren var på tur i går, og at det altid er dejligt når der sker noget, for (som borgeren fortrydeligt siger:) "jeg kan jo ikke noget selv mere". Borgeren og jeg snakker om, hvordan borgeren er glad for at kunne blive længst muligt i eget hjem – og at hjælpen er nødvendig – for selv om det ser ud, som om hun kan alt, når hun sidder der ved bordet, så går det desværre ikke i praksis. Mens vi snakker, laver hjælperen kaffe. Hun kommenterer, at borgeren ellers selv har lavet kaffe om morgenen, for: "hun er så hundesulten om morgenen, at hun selv går derud [i køkkenet, red] med den der [rollatoren, red]."

Besøg nr. 8

Den ottende borger, vi tager ud til, er også en dame, hjælperen kender godt. Hun kommer der dagligt for at hjælpe borgeren, der sidder i kørestol, med at komme op – med at komme på toilettet – og med at komme ind og hvile til middag. Da vi kommer, sidder borgeren i køkkenet ved spisebordet sammen med sin mand og en veninde. Manden brokker sig over, at hjælpen først kom klokken 09. Han siger endvidere, at det også var sent i går: klokken var næsten 23.30, før de var i

seng. Borgeren supplerer, at hun den foregående aften selv måtte tage ble på, fordi hjælpen ikke kom. Hjælperen spørger på denne baggrund, om bleen så sad ordentligt (ja, det sagde han [hjelperen, red.]). Godt, men ellers må hun lige minde dem om at hun har et ønsketidspunkt for hvornår hun gerne vil i seng. Borgeren efterlades herefter på toilettet, mens hjælperen diskuterer med manden, om damen skal have støttestrømper og foretaget spirometri ved egen læge, eftersom hun bliver forpustet. Borgeren kalder: Hallo! Fra toilettet og hjælperen går ud for at hjælpe hende op. Følger hende langsomt tilbage til spisebordet og forklarer manden, at han skal snakke med lægen om spirometri, kløe på ben, numse og ryg samt støttestrømper. Imens snakker damen med en veninde i spisestuen.

Besøg nr. 9

Det niende besøg, fortæller hjælperen, er hos en ny borger – en af dem, jeg skal med til startmøde hos – og det hun skal er at smøre frokost og varme mad. Problemet med borgeren er, at det er svært at komme ind. Hun hører ikke så godt, og vil gerne have, at de ringer først. Hjælperen har været der tre gange før, men er kun kommet ind de to. Nu ringer hun og håber, at borgeren lukker op – og det gør borgeren – og hjælperen går straks i køkkenet. Damen kommer med derud og snakker med os, mens hjælperen smører mad (tre halve, tak) og spørger om hun også skal stille frugt frem (nej tak, det kan jeg sagtens selv). Hjælperen begynder at vaske op, hvorpå borgeren henter et viskestykke, som hjælperen tager og bruger til at tørre af, mens hun spørger om borgeren ligger meget ned (nej). Herefter ringer det på døren, og damen går ud for at lukke op. Det viser sig at være en anden hjælper, der har problemer med at betjene vaskemaskinen i kælderen. Den hjælper, jeg følges med, gør sig herefter hurtigt færdig og forlader hjemmet for at hjælpe sin kollega.

Besøg nr. 10

Mens vi endnu er i vaskekælderen, ringer hjælperens telefon, om vi kan komme ud til den gamle dame, hvor vi skal hjælpe med forflytning, med det samme. Terapeuten ville komme og træne, men damen er for dårlig og skal hjælpes i seng. Vi skynder os af sted og hjælper – da vi ankommer – assistenten med at lægge damen til at sove. De pårørende er til stede og ønsker et møde i havestuen. Hjælperen spørger, om hun behøver være til stede (nej, det skal jeg nok klare, svarer assistenten), og vi kører igen.

Besøg nr. 11

Besøg nr. 11 er hos en borger, hvor vi også skal hjælpe som 2. mand med forflytninger. Da vi ankommer, har den anden hjælper imidlertid allerede været der og klaret det hele. Så vi går igen: Vi ses igen i morgen.

Pause

Efter det 11. besøg konstaterer hjælperen, at vi har lidt tid, inden vi skal være ved den næste borger, for de er først færdige med at spise klokken 12.20 – og nu er klokken kun lidt i 12. Vi beslutter derfor at tage tilbage i gruppen for at spise. Her møder jeg planlæggeren, der fortæller mig, at de gjorde status over deres TSH-borgere i starten, dengang de var et pilotprojekt, men ikke gør det mere. Planlæggeren fornemmer imidlertid klart, at de afslutter flere, og at der er kommet mere fokus på ikke at få folk institutionaliseret: at borgerne brækker et ben, og så tager hjælperen lige affaldsposen med, så borgerne bliver hængende i systemet.

Det sidste besøg er hos damen i rullestolen, som vi tidligere var ude for at hjælpe på toilettet. Hun og manden sidder nu ved spisebordet og spiser. Hjælperen siger, at de bare skal gøre sig færdige, og at vi bare venter – men overfor mig fortæller hun, at det er et dagligt irritationsmoment, at de ikke er færdige, når hun kommer. De ved godt, at hun kommer klokken 12.20 – og i dag var den endda 12.27. Det er et problem, for kl. 12.30 starter det tværfaglige møde i gruppen, hvor der kommer sygeplejersker (og vist nok også terapeuter), som måske kun er der en halv time. Vi venter 5-10 minutter, til damen er klar, hvorpå hjælperen hurtigt får damen over i seng og afslutter besøget.

4.2.4. Analyse / diskussion

Hjælperens dagligdag i gruppen med Træning som Hjælp rummer mange væsentlige detaljer. For det første fremgår det klart, at den pågældende hjælper opfatter projektet som en fordel og er ganske optaget af, at borgerne videst muligt skal afsluttes fra hjælp. Det viser sig fx ved besøg nr. 2, hvor hun stolt fortæller om hvor godt borgeren har klaret sig og hvor vigtigt, det har været for ham at komme ud – og hvor tæt han nu er på at nå målet. Det viser sig også ved besøg nr. 1, hvor hun kommenterer på borgerens manglende evne/vilje til gulvvask fordi han "er så træt efter træning", men kun går til træning hver anden dag – og ved besøg nr. 5, hvor vi sammen undrer os over, hvorfor den fuldt påklædte dame, der selv har vasket sig (men gerne vil have sengen redt), fortsat har hjælp til bad.

Det interessante i denne kontekst er de forholdsvis mange små eksempler, hvor hjælperen alligevel gør ting for borgerne, som de udmærket selv kan klare. Det gælder fx fjernelsen af aske på bordet samt gulvvasken i besøg nummer 1 og affaldet der bliver taget med ud ved besøg nr. 6 ("når vi alligevel er her"). Det gælder også det viskestykke, som borgeren henter og hjælperen tager og selv bruger til at tørre med, i besøg nr. 9. Og kaffen der brygges, maden der smøres etc. i flere af de andre besøg.

En væsentlig skillelinje i denne sammenhæng er soleklart, om hjælperen kender borgeren på forhånd. Hos de borgere, hjælperen kender, ved hun hvad borgerens problemstilling og udfordring er – og ved besøg nr. 2, hvor hun har været med til "startmødet", kender hun også borgerens målsætninger. Noget, der undrede mig ved observation, var det totale fravær af terapeuternes handleaner i hjælpernes dagligdag. I et ledigt øjeblik bad jeg derfor hjælperen se, hvad hun kunne finde på sin PDA. Hun fandt bevillingsbrevet, men ikke andet – hvilket tydeliggør betydningen af, at hjælperen selv har deltaget på startmødet. Helt generelt var den hjælper jeg fulgte med, vel orienteret om de borgere, hun kom hos til dagligt – også der, hvor hun blot var med som 2. mand. Men ved de borgere, hun ikke kom hos dagligt, var det ordene i kørelisten – og borgernes svar på hendes spørgsmål – der guidede hjælperen.

En anden væsentlig pointe vedrører den manglende afslutning af borgerne / den manglende justering af tid i kørelisterne, så de svarer til de tider, der de facto bruges hos den enkelte borger. Blandt de borgere, jeg var med på besøg hos, var der flere THS-borgere, der havde markant mindre brug for hjælp, end det fremgik af kørelisten. Dette er – som jeg har beskrevet i kapitel 3 – et almindeligt problem i hjemmeplejen.

I Træning som Hjælp er dette problem i noget omfang imødekommet ved, at den hjælp, der tilbydes, i udgangspunktet er tidsbegrænset til maks. otte uger – og projektet har, som planlægger fremhæver og hjælperne bekræfter, skabt et større fokus på at borgerne skal afsluttes. Indenfor de otte uger ses imidlertid fortsat ved observation den velkendte tendens til at borgernes tid ikke justeres. En mulig forklaring, der fremhæves ved interview, er, at bevillingens niveau fastlægges på dagen for visitationsbesøget – og at borgeren typisk er blevet væsentlig bedre end lige, da han/hun blev udskrevet fra sygehus. For at tjene de penge, der er sat til i starten af forløbet –

fremhæver interviewpersonerne – kan det være nødvendigt at fastholde bevillingen på niveauet fra dagen for visitationsbesøget – også selv om borgeren efterfølgende er blevet (endnu) bedre.

Tidsbegrænsningen på otte uger fremstår på denne baggrund som et særdeles vigtigt virkemiddel i træning som hjælp, når det handler om at sikre fokus på rehabilitering og reduktion af antallet af hjemmehjælpstimer.

4.3. Det tværfaglige samarbejde

Det fremgår af kapitel 2, at en af de ting, som man oprindeligt forestillede sig, men som ikke rigtig blev til noget, var at etablere et mere nært samarbejde mellem terapeuter og basispersonale, hvor terapeuterne tager med basispersonalet ud til borgerne de første par gange og superviserer og vejleder dem i det rehabiliterende arbejde.

Observationer og interview bekræfter, at dette nære samarbejde ikke er blevet til noget. Til gengæld fortæller hjælperne, at det er en fordel med det tværfaglige opstartsmøde i borgerens hjem, fordi de nu ved, hvem de skal ringe til, hvis der er noget, de er i tvivl om eller gerne vil have sat i gang i forhold til den enkelte borger.

Det, der er ændret, er desuden, at der er kommet langt mere struktur på de tværfaglige møder. Der afholdes et fast tværfagligt møde i gruppen 1 gang om måneden, og som det fremgik i beskrivelserne af hjælperens dagligdag i foregående afsnit, at deltagelse ved dette møde i høj grad noget, den pågældende hjælper prioriterer: fordi der kommer sygeplejersker – og vist også terapeuter.

Jeg har anledning til at deltage i det tværfaglige møde i gruppen på den pågældende arbejdsdag, og skal ikke her gennemgå det i detaljer. Vigtigst er at fortælle, at der på mødet herskede en koncentreret og god stemning, hvor konkrete borgersager blev gennemgået, og det blev afklaret, hvem der gør hvad. I forhold til det tværfaglige møde i borgerens hjem er det tydeligt, at der bliver diskuteret mere, og stilet mere kritiske spørgsmål – hvilket skal forstås positivt i den forstand, at det hjælper personalet til at afklare, hvilken indsats, der er brug for (og hvilken, der ikke er).

Det fremgår efterfølgende ved interview, at den omtalte hjemmeplejegruppe er en af de grupper, hvor det tværfaglige møde fungerede bedst. Det var velforberedt og velstruktureret, og hjemmeplejelederen havde sine indkaldelse ude i god tid. Ved fastlæggelse af mødedatoerne et halvt år ud i fremtiden sikrede hun, at de sygeplejersker, visitatorer og terapeuter, der var tilknyttet gruppen, alle kunne være til stede.

I forhold til det daglige samarbejde er det dog vigtigt at understrege, at samarbejdet mellem terapeuter og basispersonale i høj grad begrænser sig til det. I dagligdagen arbejder terapeuter, sygeplejersker og basispersonale fortsat parallelt. I forbindelse med mine observationsstudier kommer jeg til at overheøre en samtale mellem en assistent og planlæggeren i gruppen, der i høj grad understreger og sætter på spil, hvordan samarbejdet fortsat er fasttømret i etablerede fagstrukturer. Det gælder den gamle dame, der havde problemer med saltbalancen og stofskiftet, og hvor de pårørende ønskede et møde med terapeuten og assistenten efter vi var gået. Bagefter kommer assistenten tilbage i gruppen og siger til planlæggeren, at han har talt med terapeuten om, at han kan træne med borgeren. Det kan han fint, mener han, så det er der ingen grund til, at terapeuten kommer og gør. Planlæggeren slår herefter fast, at: det skal han ikke. Det har de ikke "hverken kapacitet eller uddannelse til" – og "det handler bare om, at terapeuterne dumper alt til os, der er lavest uddannede".

Historien understreger, hvordan arbejdsdelinger mellem forskellige faggrupper er indlejret i økonomiske og fagpolitiske strukturer, der definerer hvad der er opgaver for hhv. terapeuter og assistenter/hjælpere, og hvem der får bevilling til hvad. Projektet har skabt en mere koordineret indsats – der handler om rehabilitering – indenfor de eksisterende søjler. Det har ikke for alvor ændret tilgangen eller opgavevaretagelsen internt i søjlerne.

4.4. Delkonklusion

Det fremgår, at Træning som Hjælp – eller TSH, som det hedder – fylder en del i hjælpernes dagligdag. Der er kommet TSH-møder, som hjælperne skal deltage i – og der er kommet TSH-borgere, som det handler om at afslutte. Dette oplever hjælperne grundlæggende positivt.

I dagligdagen ses der store forskelle relateret til, om hjælperen kender borgeren på forhånd – og om hjælperen selv har været med til TSH-mødet eller ej. Hvis ikke hjælperen kender borgeren på forhånd er det svært at læse af kørelisten, at denne borger skal have en særlig indsats. Hjælperne har en lang tradition for at *hjælpe*, og det gør de også i den gruppe, der har implementeret træning som hjælp. Der er samtidig store forskelle på hjælperne i gruppen.

Mere overordnet er der intet der tyder på, at TSH har påvirket hjemmeplejens egenhændige initiativ til at forkorte/nedskære bevillingerne. Den i TSH indlejrede maksimumsregel sikrer dog, at hjælpen revurderes (ved visitator) efter otte uger.

Det tværfaglige samarbejde forløber fortsat i søjler, hvor grupperne arbejder hver for sig. Der foregår dog en bedre koordination via startmødet og de tværfaglige møder i gruppen.

5. Samlet konklusion

Formålet med denne evaluering har været at synliggøre og dokumentere fremskridtet i en af de grupper, der er nået længst med Træning som Hjælp – set i forhold til en af de grupper, der endnu ikke er gået i gang med implementeringen. Hovedinteressen har samtidig været at analysere og afdække, hvordan og hvorvidt de konkrete borgerforløb i de to grupper lever op til de politiske målsætninger, projektet har haft om at sætte fokus på rehabilitering, fokus på borgerens ressourcer samt reducere antallet af hjemmehjælpstimer/skubbe antallet af hjemmehjælpstimer ud i fremtiden.

Analysen viser, hvordan Træning som Hjælp bygger videre på tidligere projekter i OKÆ, herunder startsamtaler, tværfaglige møder, borgersamarbejde i et rehabiliteringsperspektiv samt visitation-koordination – som i forbindelse med projektet kombineres med en tidsbegrænset paragraf 86-bevilling til hjemmepleje på maks. 8 uger.

Resultatet er et borgerforløb, hvor borgeren gives hjælp fra dag 0, hvorefter der – indenfor 14 dage – afholdes et tværfagligt møde i borgerens hjem med deltagelse af visitator, terapeut, sygeplejerske, hjemmeplejepersonale og/eller servicepersonale.

Ved mødet gennemføres en traditionel funktionsvurdering med henblik på visitation af hjælp og støtte fra hjemmeplejen/service, og terapeut og sygeplejerske afklarer, hvad de kan hjælpe med. Resultatet er en koordineret indsats fra dag 1, hvilket opleves som en kvalitetsforbedring. Besøget bør dog reserveres de borgere, der reelt har behov, ligesom det bør overvejes, om alle faggrupper behøver være til stede hver gang. Endelig bør fordelene i form af den gode koordination opvejes med borgerens øgede utryghed ved at have besøg af så mange mennesker på én gang.

Bevillingen til hjemmeplejen adskiller sig herefter fra en traditionel bevilling ved at den tager afsæt i paragraf 86 og har et eksplicit rehabiliterende sigte. For hjælperen i dagligdagen kan det imidlertid være svært at skelne TSH-borgere fra øvrige borgere. Kun når hjælperen kender borgeren – og evt. selv har deltaget i opstartsmødet – ses kendskab til de overordnede målsætninger, der er formuleret for det rehabiliterende forløb.

Hjælperne og terapeuterne oplever projektet som positivt, og det er den generelle opfattelse, at der er kommet et større fokus på at afslutte borgerne som følge af projektet. Evalueringen kan imidlertid ikke dokumentere større forskelle på hjælpernes tilgang i den gruppe, der har implementeret Træning som Hjælp og den gruppe, der ikke har. Der er fortsat mange opgaver, der løses for borgeren – og der er fortsat stor forskel på tilgangen hos forskellige medarbejdere. Tendensen til at lade tider og bevillinger køre, selv om borgerne er blevet bedre og har mindre brug for hjælp, findes endvidere fortsat.

I denne sammenhæng skal det fastslås, at et af de helt afgørende virkemidler i projektet er tidsbegrænsningen på maks. 8 uger for al ny hjælp.

Hvad angår det tværfaglige samarbejde er det blevet bedre struktureret i forbindelse med projektet, idet der er etableret faste tværfaglige møder i borgerens hjem ved nye borgere og borgere, der søger om mere hjælp samt faste månedlige møder i gruppen, hvor udvalgte borgere gennemgås og diskuteres. Der ses dog ikke i dagligdagen et større samarbejde mellem medarbejderne i de forskellige faggrupper.