



GRIB HVERDAGEN MIDTVEJSEVALUERING

1/9 2010 – 1/9 2011



YDERLIGERE OPLYSNINGER

Kontakt: Merete Tonnesen, projektleder Grib Hverdagen, mto@aarhus.dk

Grib Hverdagen år 1 - 1/9 2010 – 1/9 2011

”Jeg holder af hverdagen, mest af alt holder jeg af hverdagen”

Dan Turell udødeliggjorde hverdagen, da han skrev digtet Hyldest til hverdagen. I én sætning formulerer han, hvad mange teoretikere bruger bøger på at forklare: hverdagen er vigtig, den konstrueres af selvfølgeligheder, som vi først forstår essensen af, når hverdagen slås i stykker – af sygdom, af sorg, af nedsat funktionsevne. Når de små aktiviteter i hverdagen ikke længere er selvfølgeligheder, når vi ikke kan hente avisen, tage bussen, tage bad.

Det er præcist her, hverdagsrehabilitering sættes i værk.

Hverdagsrehabilitering er en målrettet tværfaglig indsats, med udredning og træning, skræddersyet borgers behov. Målet er at mindske, udskyde og forebygge behovet for hjælp. Hverdagsrehabilitering er bærer af et paradigmeskifte på flere niveauer – grundlæggende et skifte fra ”vi gør det for borger” til ”vi gør det med borger”.

Århus Kommune søsatte Grib Hverdagen¹ – Projekt Hverdagsrehabilitering d. 1/9 2010. Kursen var klar: Grib Hverdagen har til formål at udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering i Århus Kommune. Men et er at have en klar kurs, noget andet er at navigere på vej dertil. Midtvejsevalueringen zoomer ind på erfaringer og resultater fra Grib Hverdagen i perioden september 2010–september 2011: Hvad virker godt? Hvad er udfordringerne? Hvad siger borgerne / medarbejderne? Hvad er status på projektmålene? Samtidig anlægges et fremadskuende perspektiv med ideer og anbefalinger på baggrund af data fra midtvejsevalueringen.

Grib Hverdagen tager udgangspunkt i følgende rehabiliteringsdefinitionen:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og /eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats
(Rehabilitering i Danmark-Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret 2004)

¹ Grib Hverdagen: med associationer til det latinske begreb: carpe diem (grib dagen), var tanken bag titlen at sige: Lad os gribe hverdagen og gøre den vigtig

Indhold

Grib Hverdagen år 1 - 1/9 2010 – 1/9 2011	1
Opbygning af rapporten	3
Hovedpointer	4
Evaluering og metodik	6
Ramme for evalueringen	6
Udviklingen i projektperioden	9
Projekt mål	9
Borgere i Grib Hverdagen	10
Funktionsevne & effekt	13
Udviklingen i organisatoriske og juridiske rammer	15
Tværfaglige rehabiliteringsteams	16
Projektteam	16
§'erne i Grib Hverdagen	17
Ydelsesrammer	17
Konkluderende bemærkninger	18
Grib Hverdagen - et paradigmeskifte	19
Med-konstruktør på eget liv	21
Positionering og forhandling	22
Konkluderende bemærkninger	23
Solstråler, sten på vejen og løsninger	24
Solstråler Anderledes tværfaglighed	25
Successhistorier og spill over effekt	28
Projektmedarbejdere som forandringsagenter	28
Sten på vejen & løsninger	29
Sammenhængende forløb, overgange, koordinering	30
Dokumentationsproblematikker	31
Hvor er sygeplejersken?	31
Al magt til borger?	31
Ledelsesret og ledelsesrum	32
Konkluderende bemærkninger	33
Konklusion med anbefalinger & opmærksomhedspunkter	35
Bilag 1	39
Bilag 2	44

Opbygning af rapporten

Rapporten er opdelt i to:

En overordnet del om projektet, med kvalitative data

En sundhedsøkonomisk analyse

Læsevejledning:

Hovedpointer med kort resumé af de væsentligste temaer

Evaluering og metodik. Dette afsnit skitserer kort evalueringsrammerne, herunder refleksioner omkring effektmål i rehabiliteringsindsatsen.

Udviklingen i projektperioden. Dette afsnit omhandler udviklingen i det første år af Grib Hverdagen, i forhold til projektmål, målgruppen (herunder udvikling i borgeres funktionsevne), borgerindtag, og de organisatoriske og juridiske rammer.

Grib Hverdagen – et paradigmeskifte. Dette afsnit sætter fokus på, hvad der i en århusiansk kontekst forstås med begrebet paradigmeskifte og hvad det indebærer. Med empiriske eksempler, udvalgte ”stemmer”, som hver for sig og tilsammen viser, hvordan paradigmeskiftet er genstand for forhandlinger, fortolkninger og udfordringer

Solstråler, sten på vejen & løsninger. Afsnittet tager afsæt i kvalitative data primært fra medarbejdere, med fokus på dels positive aspekter, dels udfordringer som de oplever ved at være en del af Grib Hverdagen.

Sundhedsøkonomisk analyse. Denne del af rapporten analyserer, hvorvidt Grib Hverdagen er mere samfundsøkonomisk omkostningseffektiv sammenlignet med pleje og/eller praktisk hjælp, og hvorvidt introduktionen af Grib Hverdagen fører til reducerede udgifter til pleje og/eller praktisk hjælp

Konklusion med anbefalinger & opmærksomhedspunkter

Hovedpointer

Grib Hverdagen er bærer af et paradigmeskifte – det tager tid

Paradigmeskiftet fra kompenserende hjælp til rehabilitering er grundlæggende et skifte fra "vi gør det for borger" til "vi gør det med borger". Det er et nyt tankesæt, som indebærer et skifte på flere niveauer: i definitionen af hvad et velfærdssamfund indebærer; i måden at anskue sundhed og omsorg på; i måden at arbejde på og måden at italesætte skiftet på. Det er således et tankesæt, der berører os alle. Et paradigmeskifte tager tid, og processen er kendetegnet ved sammenstød i det nye og det gamle tankesæt, og en forhandling om indsatsen.

Borgerreaktioner er primært positive

De fleste borgere er positive i forhold til Grib Hverdagen indsatsen. De føler sig hørt og mærker, at indsatsen understøtter deres vej til hverdagen. Der er forskel på målgruppen. Rehab borgere, dvs. borgere med mere komplekse forløb, som udgør langt hovedparten af Grib Hverdagen, er generelt positive. Derimod kan borgere i rehab light målgruppen, dvs. borgere som typisk søger om hjælp til rengøring, have svært ved at forstå formålet med hverdagsrehabilitering: "jeg har betalt skat i 55 år og nu forventer jeg hjælp", dvs. kompenserende hjælp, og ikke en udredning for at se, om det kan lade sig gøre at komme til at klare sig selv helt eller delvist. Medarbejdere oplever, at det er betydelig lettere at arbejde hverdagsrehabiliterende ved borgere, som ikke har været vant til den "gamle" form for hjemmehjælp.

Medarbejderne: det giver god mening at arbejde tværfagligt og rehabiliterende

Medarbejderne oplever generelt, det giver mening at arbejde tværfagligt og med rehabiliterende sigte. Tværfagligheden i Grib Hverdagen er anderledes end den måde, man ellers er vant til at arbejde, herunder at også rehabiliteringsvisitatorer indgår som del af teamet. Medarbejderne føler, det skaber en større effektivitet at arbejde med mål, og det giver samtidig en arbejds glæde at se, hvordan borgeres funktionsevne rykker positivt. Den rehabiliterende arbejdsmåde – arbejde med at støtte borgere til at klare sig selv bedst muligt – har en afsmittende effekt på tilgange hos de øvrige borgere, som medarbejderne kommer hos. Projektmedarbejdernes rolle som forandringsagenter bliver fremhævet som noget, der understøtter indførelsen af den nye tankegang.

Der kan påvises en effekt

En analyse af data fra de måleredskaber, der bruges som standard ved rehab borgere, påviser et positivt resultat i forhold til funktionsevne: ved 3/4 af forløbene påvises en forbedring af funktionsevnen.

40 % af Grib Hverdagen borgere bliver helt selvhjulpne efter indsatsen. Målgruppen i Grib Hverdagen er karakteriseret ved at halvdelen er kendte borgere, som har fået hjælp før. Den generelle erfaring er, at det er betydelig sværere at arbejde med hverdagsrehabilitering hos borgere, som har været vant til at få kompenserende hjælp.

I den sundhedsøkonomiske analyse baseret på Grib Hverdagen viser tendensen, at det kan betale sig at

arbejde rehabiliterende. Den reelle økonomiske effekt kan først påvises over tid, når det bliver muligt at se, hvor længe effekten holder, dvs. hvor længe de selvhjulpne borgere forbliver selvhjulpne.

Behov for ledelsesmæssig bevågenhed

For at Grib Hverdagen kan lykkes og paradigmeskiftet derved gennemføres, kræves en solid ledelsesmæssig opbakning fra alle ledere i den lokale organisation.

Udfordringerne på vejen

Medarbejdere på tværs af byen pointerer vigtigheden af information om projektet, både i forhold til bedre introduktion til borgerne om, hvad det indebærer at være del af Grib Hverdagen og opstille synlige mål for indsatsen, og til deres kolleger, disponenter og ledere. I samarbejdsrelationer efterlyses, at sygeplejersker inkluderes mere, at der lokalt arbejdes med at definere klarere ansvars- og rollefordelinger i borgerforløbene, og at der sættes fokus på dokumentationsfeltet, særligt i forhold til hjemmetrænere. Der er et ønske om at udvide projektet til 24/7. Det vil sikre sammenhængen i forløbet ved borgere, som får aften og weekend ydelser.

Det spreder sig

De tværfaglige teams er vokset fra 13-20, og medarbejdere og ledere fortæller, at den rehabiliterende tanke spreder sig. Succeshistorier på tværs af byen gør, at flere medarbejdere fatter interesse for at arbejde hverdagsrehabiliterende. Medarbejderne i Grib Hverdagen fortæller, at de overfører tankegangen til deres øvrige borgere, som ikke er med i Grib Hverdagen.

Evaluering og metodik

Evalueringens formål er:

- at fungere som beslutningsstøtte i kvalitetsudviklingsprojektet med henblik på løbende at styrke indsatsen
- at dokumentere effekter (herunder cost benefit) som følge af hverdagsrehabilitering
- at fungere som et internt redskab til refleksion i forhold til egen praksis

Ramme for evalueringen

En evalueringsproces skaber en værdifuld viden om organisationen, om processer og om effekter. Det er besluttet at lave en intern evaluering af Grib Hverdagen af følgende grunde:

1. Konceptet, som Grib Hverdagen bygger på, er allerede veldokumenteret og analyseret: det virker og kan betale sig². 2. Ved eksterne evalueringer er erfaringen, at der i formidlingen af evalueringresultater ofte går værdifuld viden tabt. En intern evaluering er med til at sikre, at denne viden bringes i spil og løbende omsættes til handling i projektet. 3. De faglige kompetencer til at lave evalueringen er til stede i Århus Kommune (cand. scient phd., cand.scient.oecon og mag.art i etnografi og socialantropologi (udd. i innovativ evaluering). Til kvalitetssikring af sundhedsøkonomiske analyse er der lavet aftale med Jan Sørensen, professor Mso, candpolit, msc (health econ.) ved CAST-Center for Anvendt Sundhedsforskningstjeneste og Teknologivurdering, Syddansk Universitet.

Rammerne omkring evalueringen er inspireret af innovativ evaluering³ er en evalueringsform, hvor fokus flyttes fra det retrospektive (realiserede vi målene, virkede det og hvorfor) til også at inkludere et mere fremadrettet perspektiv (hvad virker godt, hvorfor, hvad skal justeres, hvor ønsker vi at komme hen og hvordan). Nøgleord er: fra best practise til next practise, anvendeliggørelse og innovation af praksis, meningsfuldhed. Herunder de spørgsmål, der guider rapporten, inspireret af MTV – elementerne: Teknologi, Borger/medarbejdere og Organisation indgår i den kvalitative del af evalueringen, mens Økonomi indgår i den sundhedsøkonomiske del af evalueringen.

Teknologi Hvilke interventionsformer benyttes i GH og hvilket outcome / hvilke effekter for borgere / for medarbejdere	Organisation Hvilke organisatoriske elementer er væsentlige at have fokus på i den tværfaglige indsats i Grib Hverdagen?
Borger / medarbejdere Hvad er GH borgeres syn på indsatsen? Og hvad siger medarbejderne til at arbejde på denne måde?	Økonomi Er GH mere samfundsøkonomisk omkostningseffektiv sammenlignet med pleje og/eller praktisk hjælp efter gældende retningslinjer i Aarhus Kommune? Fører introduktionen af Grib Hverdagen til reducerede udgifter til pleje og/eller praktisk hjælp?

Selve rapporten struktureres dog ikke efter denne opdeling.

² Månsson, M. (2009): *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Fortbildning AB/Tidningen äldreomsorg
Kjellberg, J & Ibsen, R (2010): *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune*. Dansk SundhedsInstitut og iTracks

³ Dinesen, M.S. & Kølsen De Wit, C. (2010): *Innovativ evaluering*. Virum: Dansk Psykologisk forlag

I den kvantitative sundhedsøkonomiske del af evaluering anvendes matchet kontrolgruppe som sammenligningsgrundlag. Den matchede kontrolgruppe genereres fra Sundhed og Omsorg journalsystem på baggrund af visitators funktionsvurdering af borgerne, samt en række socio-demografiske variabler.

Metodisk er den kvalitative del af evalueringen baseret på et etnografisk feltstudie⁴:

- deltagerobservation på forskellige niveauer af projektet gennem 1 år (deltagelse på tværfaglige møder, møder med lokale ledelser, visitationen, koordinerende ledere af de tværfaglige teams, og møder på administrations – og beslutningstagerniveau, samt 3 introdage for nye Grib Hverdagen medarbejdere)
- 18 fokusgruppediskussioner, heraf med 13 af de i alt 20 tværfaglige teams, samt 5 med hhv. visitatorer, koordinerende ledere af tværfaglige rehab teams, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker. Tidsperiode: maj/juni 2011, med deltagelse af omkring 170 medarbejdere.
- Mini audits af journaler og analyse af 3 klagesager
- Interviews med 6 borgere og en pårørende af 1-3 timers varighed
- Shadowing ved to borgerforløb. Dvs. "skygge" borgersagen fra visitationen til dialogmøde, til tværfaglige møder, i journalen, med forskellige faggrupper ude ved borger⁵.

Effektmåling og hverdagsrehabilitering

Hvad kan vi måle og hvordan? Det har været hovedspørgsmål siden projektstart. Opringninger fra andre kommuner indikerer, at det er en generel problematik på feltet: hvordan kan man påvise en økonomisk effekt af hverdagsrehabilitering: det er svært at gennemskue, hvordan Fredericia er nået frem til en besparelse på 15 mio.⁶, og det er svært at overføre beregningsmetode og resultater til andre kommuner, hvor datatilgængelighed, afregningsystem og kvalitetsstandard kan være forskellig. Uden baseline studier at støtte sig op ad, blev det i Grib Hverdagen hurtigt nødvendigt at samle kapaciteter på forskellige områder i Sundhed og Omsorg for at undersøge, hvilke data der kunne trækkes i de eksisterende systemer. Herunder er en liste med de ønskede data:

⁴ Det kan diskuteres, hvorvidt en projektleder, om end mag.art i etnografi og socialantropologi, kan lave et feltarbejde i sit eget projekt: hvor nysgerrigt og åbent kan det lade sig gøre at betragte felten, når man samtidig selv er en hovedaktør i selvsamme felt? Omvendt så baner rollen som projektleder adgang til alle niveauer af felten. I dette tilfælde er feltarbejderen=projektlederen helt ny til Sundhed og Omsorgsfelten, og har derfor ikke kunnet lade være med at betragte den nye verden med feltarbejderens undren og forsøge at skabe mønstre og forståelse for felten.

⁵ Shadowing (Czarniawska, B. (2007): *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Liber: Malmö) er en etnografisk metode, hvor antropologen følger en person i alle personens gøremål for at forstå logik og sammenhæng i handlinger, som ofte tages for givet af personen/informanten. Her bruges det til at følge sagen/processen i alle dets faser og med alle sagens medvirkende aktører. Metoden åbner op for at se Grib Hverdagen fra en anden vinkel end det er muligt i interviews og fokusgruppeinterviews ved at følge sammenhænge og overgange. Metoden bruges fortløbende i resten af projektperioden, med feltarbejdsperioder planlagt september og oktober 2011.

⁶ Kjellberg, J & Ibsen, R (2010): *Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune*. Dansk SundhedsInstitut og iTracks

Data Grib Hverdagen	Uddybende kommentarer	Rehab/light borgere ⁷
Demografiske data	Alder, køn, herkomst, civilstatus	Alle
Lokalcenter	Flere GH teams deler sig, interessant at kunne gå på team niveau.	Alle
Ydelser	Hvilken økonomisk effekt har Grib Hverdagen Hvad koster GH borger? Hvor meget sparer kommunen? Forskel på light/rehab?	Alle
Leveret tid	Gennemsnitlig leveret tid? Hvor stor andel af tid leveres af de forskellige faggrupper?	Alle
Andel nye borgere tilbydes GH	Andelen af de borgere, der får GH i et område? Hvor stor andel nye borgere kontra "gamle", der allerede er i systemet?	Alle
Hjælpe midler	Flere hj.midler ved GH borgere? Sammenhæng ml. hj.midler og længden af forløb?	Alle
Grad af selvhjulpethed⁸	Hvor mange gøres selvhjulpne? Kan vi se andel af delvist selvhjulpne? Andel uforandrede?	Alle
Afgang fra projektet før tid	Pga sygdom, død, nogle siger fra Kan vi se det, fx hvis borger dør?	Alle
Varighed af effekt	Hvor længe holder effekten af indsatsen? Hvornår dukker de selvhjulpne borgere op i systemet igen?	Alle
Sygefravær blandt GH medarb.	Udførere (opgjort på faggrupper), visitatorer Interessant på sigt, pt. når GH fuldtidsopgave	Alle
Barthel	Medarbejdervurdering af borgers funktionsniveau	Rehab. borgere
Plejeplan	Forhandling af borgers mål / udarbejdelse af plan for rehab	Rehab
COPM	Borgers aktivitetsproblematikker samt prioritering af disse	Rehab.borgere
Funktionsvurdering	Hvad er den gennemsnitlige funktionsvurdering, forskel på light/rehab	Alle
Hospitalsindlæggelser	Har GH indsats effekt ift. antal hospitalsindlæggelser? KØS data	Alle
Borgertilfredshed med GH	Hvor tilfredse er borgere med forløbet? Spørgeskemaundersøgelse? Kvalitative data?	Alle – kan rehab/light opsplittes?
Livskvalitet	Har hverdagsrehabilitering effekt på borgers oplevelse af livskvalitet?	Alle

I forbindelse med effektmål er det væsentligt at afklare, hvem der bruger målingerne og hvor meget tid (dvs. omkostninger), der er ved f.eks. at lave før, under og efter målinger af borgers funktionsniveau. I Århus pågår diskussion omkring dette, hvad er "need to know" og "nice to know"? For data kan ikke bare trækkes ud af allerede eksisterende systemer; hvert spørgsmål kræver typisk mange timers udviklingsarbejde. I Mål- og Økonomistyring arbejdes pt. med de data, der skal indgå i fremtidige "need to know" rapporteringer på rehabiliteringsområdet.

⁷ Rehab: komplekse forløb, mange faggrupper, Light mindre komplekse forløb 1-2 faggrupper

⁸ Definition på selvhjulpnen: får ikke ydelser, hvor personale kommer i hjemmet

Udviklingen i projektperioden

Et år ind i Grib Hverdagen, halvvejs i projektperioden, kan der med brede penselstrøg males et overordnet billede af udviklingen i projektets første år. Samtidig er det muligt at stille skarpt på resultater i perioden. Dette afsnit er delt op i to hovedområder. Den første del med status på projektmål, en borgerprofil med demografiske data, og resultatmål i forhold til udviklingen i funktionsevne blandt Grib Hverdagen borgere¹⁰. Den anden del har fokus på udviklingen i organisatoriske og juridiske rammer.

Malet med brede penselstrøg, er den overordnede udvikling i projektperioden gået således:

Fra en italesættelse af Grib Hverdagen som "endnu et projekt" i den lange projektrække, en top down beslutning, der var taget og som nu skulle udmøntes til et projekt, hvis grundtanke i større grad giver mening for medarbejdere (og ledelse) og som nu er ved at blive formet på bottom up vis

Fra mange uklarheder (skal misbrugere inkluderes, økonomi, §'er) til færre uklarheder på overordnet plan.

Fra store forskelle på engagement fra de lokale ledelser til en langt større involveringsgrad

Fra fokus på hvordan selve indsatsen skulle organiseres, pengene fordeles, disponeringen køre til større fokus på borgersagen

Projektmål. Rød, gul, grøn indikatorer baseret på mål fra Grib Hverdagens projektbeskrivelse		
Mål	Hvor langt er vi ?	Rød, gul, grøn indikator
1000-1200 (afsluttede) borgere i projektperioden	I det første år af projektperioden er der visiteret 615 borgere. Heraf er 483 afsluttet	Borgerantal 2011
40 % selvhjulpne (ikke brug for personale mere). 45% delvist selvhjulpne. 15% uforandrede	40 % selvhjulpne for 2011 borgere (Det er nu muligt at trække data fra systemerne, men kun i forhold til andel af selvhjulpne. Tidligere registreringer blev foretaget på baggrund af skyggeregistreringer ⁹)	Grad af selvhjulpent
90% af rehab borgerne i projektet får udarbejdet en plan for rehabilitering	71 % Dette tal er støt stigende.	Plan for rehabilitering
Ny visitationspraksis: Udv.af samarbejdsform: visitorator som del af tværfagligt team	Ændret arbejdsgang: fra del til helhedsvisitation. Fra én borger, flere visitoratorer til én borger, én visitorator. Forsat fokus på optimering af sagsgang, for at sikre et stadig stigende borgerindtag	Ny visitationspraksis
Udvikling og implementering af teknologiske hjælpemidler	Samarbejde med Velfærdsteknologisk afd. om afprøvning af robotstøvsugere, støttestrømpe stativ, øjendrypning og skylletoilet v. relevante borgere fra januar 2011. Evaluering pågår	Teknologiske hjælpemidler
Kompetenceudvikling og etablering af samarbejde med uddannelsesinstitutioner	Indledende 1 1/2 dags kurser før projektopstart, tre introduktionskurser i perioden, COPM kursus, dannelse af netværk for hhv. sygeplejersker, fys. og ergo, samarbejde med sosu skolen	Kompetenceudvikling

⁹ Skyggeregistrering: Visitorator udfylder skema for hver borger: ydelser før, under og efter Grib Hverdagen, samt en tænkt situation: hvad ville jeg have givet borger hvis ikke i Grib Hverdagen. En analyse af skemaerne i april 2011 viste, at af 144 borgere, blev 38 % selvhjulpne, 39 % delvist selvhjulpne, 23 % uforandrede. Disse data er ikke valide, men kan alligevel give en pejling af resultater af indsatsen.

¹⁰ Disse data vil fremover indgå i kvartalsvise afrapporteringer.

Som skemaet viser, er projektet godt på vej til at nå de opsatte mål.

I forhold til andel af selvhjulpne skal det bemærkes, at de oprindelige måltal er baseret på erfaringer fra Fredericia projektet Længst muligt i eget hjem, men da målgruppen i Grib Hverdagen er væsentlig anderledes, er det ikke muligt at sammenligne. I Fredericia er andelen af selvhjulpne baseret på nye borgere, mens tallene fra Århus er baserede på en målgruppe, hvor halvdelen er "gamle" borgere, som har fået hjælp før. Den generelle erfaring i Grib Hverdagen er, at det er betydelig sværere at arbejde med hverdags rehabilitering hos borgere, som har været vant til at få kompenserende hjælp.

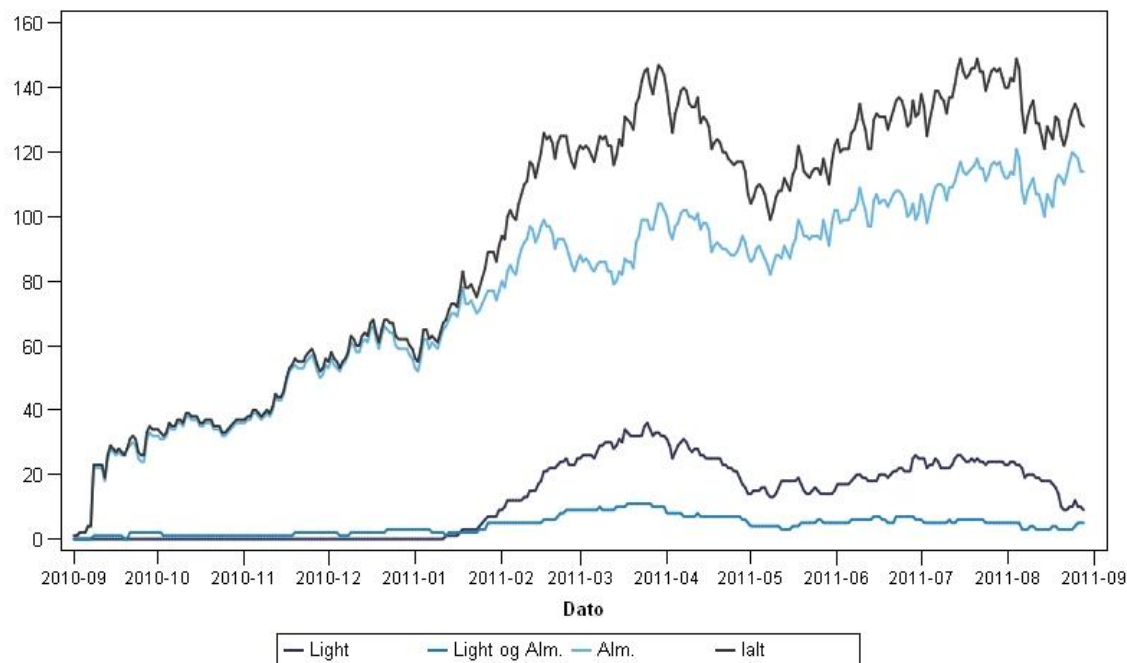
Desuden kan nævnes, at der i projektperioden er organisationsændring med sammenlægning af områder fra 13 – 9, fyringsrunder som følge af besparelserne i Århus Kommune og en igangsat ændring af visitationen, som skal beskæres med 30 %, det er faktorer som både direkte og indirekte påvirker dagligdagen i Grib Hverdagen.

Borgere i Grib Hverdagen

Borgerindtag

Det har i alt været visiteret 615 i projektperioden. Nedenstående graf viser, hvor mange unikke borgere der dagligt er i et Grib Hverdagen forløb. Der er tegnet fire grafer: 1. Borgere der kun har modtaget Light-ydelser (Light), 2. Borgere der har modtaget både Light og almindelige Grib Hverdagen ydelser (Light og Alm.), 3. Borgere der kun har modtaget almindelige Grib Hverdagen ydelser (Alm.), 4. de tre ovenstående kategorier opsummeret (Ialt).

Unikke borgere pr. dag



Grafen over unikke borgere pr. dag viser en stigning i borgerindtaget over perioden. Projektperioden igennem har det været vanskeligt at få visiteret borgere nok. En forøgelse i antallet af

rehabiliteringsvisitatorer¹¹ har fremmet borgerindtaget, men der arbejdes fortsat på mange fronter på intensivering af visitationer til Grib Hverdagen: spredning af visitationen til projektet til flere visitatorer, tæt samarbejde mellem visitationen og de områder, hvor borgerindtaget har været lavt, og der arbejdes med et forslag omkring fuld udrulning i to områder, så det bliver muligt at se, hvor "loftet" er, dvs. hvor mange potentielle Grib Hverdagen borgere der er i et område.

Borgerprofil

Ovenstående graf viser samtidig, at light målgruppen kun udgør en lille del af indsatsen.

Der er en markant forskel i udviklingen af hhv. rehab og light, hvor kurven er stigende for rehab borgere gennem perioden, mens kurven for rehab light er konstant.

Grafen viser således, at målgruppen i Grib Hverdagen er forholdsvis kompleks (rehab borgere). Dette kan sammenholdes med, at halvdelen af borgerne er "gamle" borgere, og derfor ikke vant til rehabiliteringstanken.

Kønsfordeling: 66 % kvinder og 34 % mænd

Gennemsnitsalder ved start på Grib Hverdagen er 76 år

51 % af visiterede borgere starter direkte i Grib Hverdagen

49 % af visiterede borgere har andre ydelser inden Grib Hverdagen

Borgermålgruppe

Målgruppen i Grib Hverdagen er borgere bosiddende i ude-området

- Alle nye borgere med et rehabiliteringspotentiale (Aarhus Kommunes tilbud)
- Borgere, som allerede får praktisk hjælp og efterspørger pleje – og omvendt

Eksklusions kriterier: borgere med progredierende hjerneskade og terminalregistrerede borgere (tilføjet 1/1 2011). Siden 1/1 er borgere endvidere opdelt i hhv. rehab.borgere og rehab. light borgere. Denne opdeling blev foretaget på baggrund af erfaringer fra de første projektmåneder, hvor det blev klart, at ikke alle borgere har samme behov for et helhedssyn.

Rehab. borgere er borgere, som har eller er i risiko for, at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne. Formålet er at opnå så selvstændigt og meningsfuldt et liv som muligt. Rehabilitering baseres på borgers hele livssituation og har typisk et komplekst forløb, med behov for tværfagligt samarbejde og ekspertise fra flere faggrupper¹². Man har ikke nødvendigvis et klart billede af borger og dennes ressourcer og begrænsninger, og ved ikke, hvor man ender.

Rehab. light er forløb, hvor borgerne forventes at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere (eller bedst mulig funktionsevne), ofte i forhold til tøjvask, rengøring, bad og/eller støttestrømper. Forløbene kalder typisk på en til to faggruppers ekspertise¹³, typisk ergoterapeut og hjemmetræner. Målet og vejen dertil ret tydelig; man starter ved A, yder en målrettet indsats sammen med borger og slutter ved B.

¹¹ Erfaringen i projektperioden er, at arbejdsformen som rehabiliteringsvisitator er anderledes end den gængse måde at arbejde på, og der skal afsættes tid til oplæring i den nye måde at arbejde på, når nye visitatorer skal introduceres til projektet.

¹² Multi- og transdisciplinære samarbejdsformer. for nærmere definition se: Hasselbalch, E. & Lund, H.(2010): *Basisbog i fysioterapi*, kap. 31: Samarbejde. København:Munksgaard.

¹³ Flerfaglige samarbejdsformer (ibid)

Rehab og rehab light - typiske borgerforløb:



Rehab forløb:

68 årige Finn Faaborg lider af svær KOL^[1]. Da det bliver for hårdt for hans kone selv at hjælpe ham i bad, kontakter de visitationen. I telefonen spørger visitator ind til Finns situation, og vurderer, at Grib Hverdagen kunne være det rette tilbud. "Sagen" sendes videre til den rehabiliteringsvisitator, der dækker det område, hvor Finn bor. Hun vurderer oplysningerne og ringer så til Finn for at lave en aftale om et dialogmøde. Samtidig sender hun avis om mødet til det tværfaglige team på lokalcentret.

Ved dialogmødet deltager Finn, hans kone, ergoterapeut og visitator. Finn får viden om Grib Hverdagen og Grib Hverdagen teamet får viden om Finn, visitator laver funktionsvurdering. På den baggrund sætter ergoterapeuten straks gang i udredningen af badesituationen sammen med hjemmetræner.

En COPM er med til at vise, hvad Finns aktivitetsproblematikker er: lave gymnastik/fysisk træning, kunne gå tur med rollator, tage bad, nå at spise sin mad inden den bliver kold, tilberede mad. De bærende medarbejdere er foruden ergoterapeuten, en fysioterapeut og en hjemmetræner. Mål for indsatsen er: kunne gå i bad, smøre mad selv og gå en tur uden døre.

Medarbejderne scorer Barthel for at vurdere Finns funktionsevneniveau. Finn har brug for megen tid til udførelse af de forskellige aktiviteter, da han let bliver forpustet. Forløb vurderes og justeres løbende blandt andet på tværfaglige møder. En scoring af Barthel viser en stigning i funktionsniveau fra 82-95, med fortsat behov for hjælp til bad 1 gang om ugen. Da han afsluttes, er han delvis selvhjulpne i badesituationen og skal fortsætte vedligeholdende træning og har desuden været i sommerhus med sin kone samt besøgt de gamle jazz venner.

Rehab light forløb:

73 årige Grete Pedersen faldt i vinter og brækkede højre skulder. Hun har tidligere brækket højre håndled samt lider af gigt, osteoporose og har dårlig ryg. Grete kontakter visitationen for at få hjælp til rengøring. I telefonen spørges ind til Gretes situation. Den brækkede skulder skal have ro, derfor bevilliges midlertidig hjælp med egenbetaling. Avis sendes til rehabiliteringsvisitator om at rette henvendelse til borger om 2 måneder.

2 mdr. efter besøger rehabiliteringsvisitator borger, som oplyser, at hun ikke magter at vaske op, skære brød/frugt, støvsuge, vaske gulv og hænge vasketøj op. Disse hverdagsproblematikker fremgår af funktionsvurderingen. Det aftales, at en medarbejder fra Grib Hverdagen kommer og udreder disse områder yderligere. Visitator bevilliger et rehab-light modul på 14 timer og ergoterapeuten går i gang med indsatsen i tæt samarbejde med en hjemmetræner. Grete synes, det går rigtig godt fremad med de praktiske gøremål, dog tager støvsugningen 3 dage at udføre. Det aftales at afprøve en robotstøvsuger som hjælpemiddel. Grete afsluttes i Grib hverdagen efter 6 uger, og er selvhjulpne. Hun får hjælp fra sønnen Lars til at tømme og rengøre den robotstøvsuger, hun nu selv har købt.

Funktionsevne & effekt

COPM - borgeres mest betydningsfulde hverdagsaktiviteter

I rehabiliteringsforløbet bliver borger indledende interviewet med henblik på at få identificeret de hverdagsaktiviteter, som borger har brug for eller ønsker at lave i sin dagligdag, men som vedkommende ikke gør eller ikke gør tilfredsstillende. Ergo- eller fysioterapeuten anvender hertil redskabet COPM.

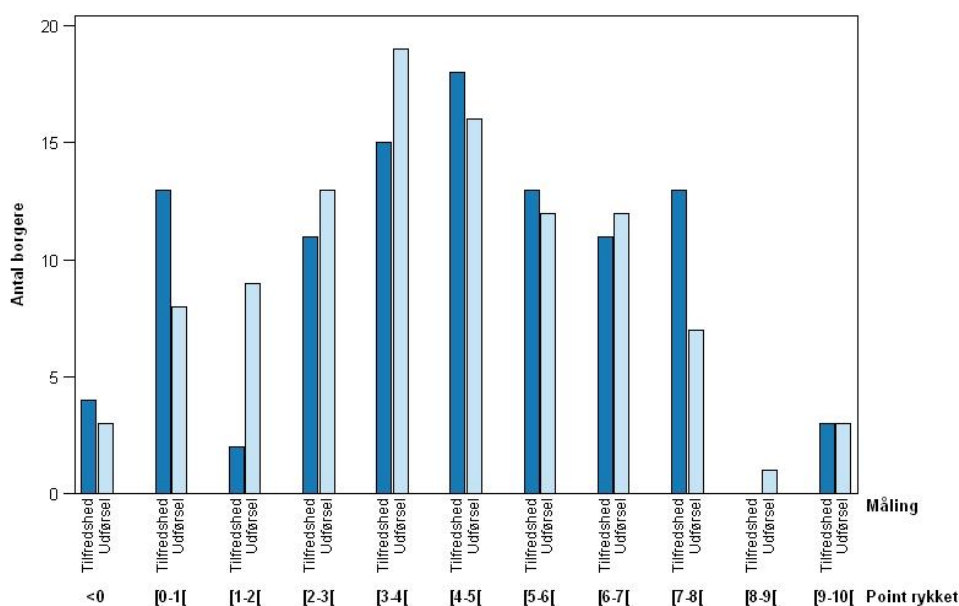
I perioden september 2010 til august 2011 har 225 borgere fået udarbejdet en COPM, som har givet 2 typer af svar¹⁴:

1. Identificering af op til 5 aktivitetsproblematikker indenfor egen aktivitetsudøvelse. Langt størstedelen af de nævnte aktiviteter falder indenfor områderne:
 - a. Bevægelse og færden, f.eks. kunne gå en tur, komme omkring i huset
 - b. Omsorg for sig selv, f.eks. kunne vaske sig, af- og påklædning
 - c. Husførelse f.eks. kunne lave husligt arbejde, lave mad, købe ind
2. Vurdering af betydning og scoring af udførelse og tilfredshed af disse aktivitetsproblematikker på en skala fra 1-10.

Grafen herunder viser spring i COPM start- og slutmålinger for borgere med korrekt udfyldt COPM. Grafen viser både spring for udførelse og tilfredshed og er baseret på 103 borgere¹⁵. Jo længere mod højre søjlerne i grafen er placeret, jo større positive spring i COPM har borgerne opnået. Der er en markant ændring i udførelse hos de 92 af de 103 borgere svarende til 89 %, og ændringer i tilfredshed hos 86 af de 103 borgere svarende til 83 %. Disse borgere har således opnået forbedring i både deres udførelse af aktiviteter som tilfredsheden dermed. Som det ses til venstre i grafen har hhv. 11 og 17 borgere af de 103 ikke opnået en klinisk registrerbar ændring i udførelse og tilfredshed af deres udvalgte aktivitetsproblematikker.

COPM: Point rykket i Grib Hverdagen

Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg(N=103)



¹⁴ For dybere analyse af COPM se bilag 1

¹⁵ De 103 COPM scoringer i grafen svarer til de scoringer, som er korrekt udfyldt i journalen, med en ind og ud score.

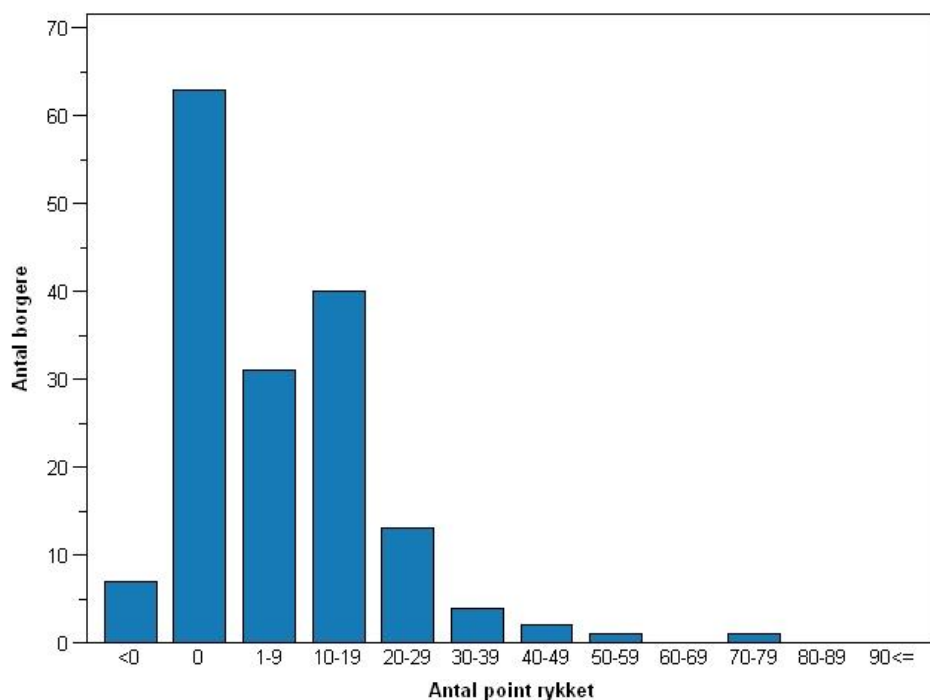
Barthel

Barthel bliver brugt som måleredskab til at måle rehab borgers funktionsevne ved start og slut af forløb. Barthel vurderer funktionsevnen på følgende 10 aktiviteter; Spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarmkontrol og blærekontrol.

Herunder ses en graf, lavet på baggrund af 162 Barthel scoringer¹⁶. Grafen viser udviklingen i Barthel kategorier for borgere med korrekt udfyldt Barthel. Et ryk fra "total afhængighed" i starten til "minimal afhængighed" i slutningen tyder på, at Grib Hverdagen har haft en positiv effekt på borgernes funktionsværdi. Grafen viser således en betydelig forbedring af funktionsevne:

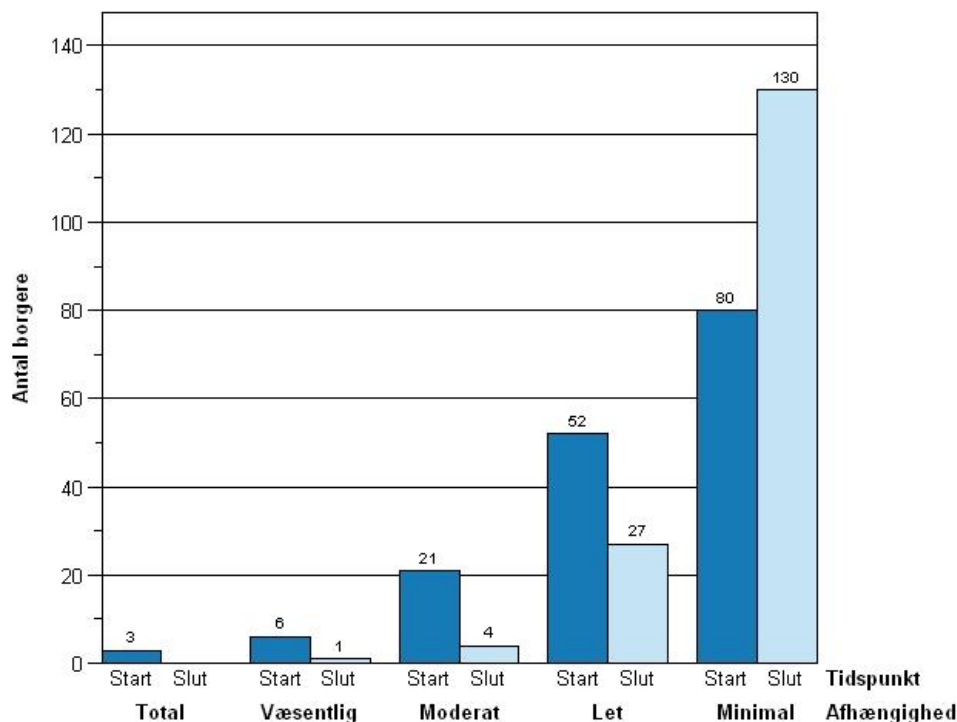
92 af 162 borgere (57 %) har fået forbedret deres funktionsevne under Grib Hverdagen forløbet
63 af 162 borgere (39 %) er ikke rykket på Barthel scoringen – 60 af disse borgere har scoret max ved indgang, dvs. har ikke problematikker indenfor de 10 ovennævnte Barthel-aktiviteter
7 af 162 borgere (4 %) har en dårligere udscore end ind

Barthel: Point rykket i Grib Hverdagen



¹⁶ De 162 Barthel scoringer svarer til de scoringer i systemet som er korrekt udfyldt, dvs. med en ind og ud score

Barthel: Kategorier før og efter Grib Hverdagen



Grafen herover viser udviklingen i Barthel kategorier for borgere med korrekt udfyldt Barthel. Et ryk fra "total afhængighed" i starten til "minimal afhængighed" i slutningen, tyder på at Grib Hverdagen har haft en positiv effekt på borgernes funktionsværdi. Grafen viser tydeligt, hvordan et stort antal borgere afsluttes i rehab forløb med mindre afhængighed.

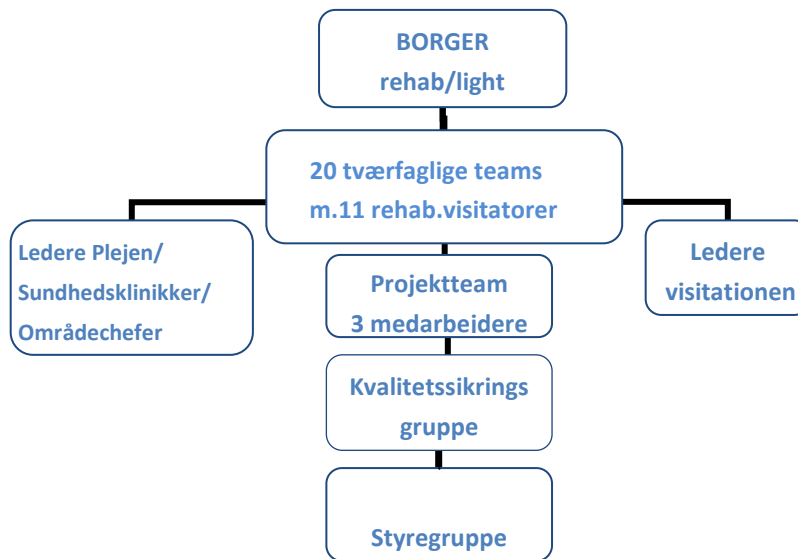
Udviklingen i organisatoriske og juridiske rammer

Grib Hverdagen er et tværdisciplinært projekt, som skærer horisontalt gennem organisationen (Sundhed og Omsorg) og har en anden logistik og flow end traditionelt i organisationen¹⁷. Grib Hverdagen arbejder på tværs af: fag, afdelinger og søjler i Sundhed og Omsorg, BUM model, magistrater, region og kommune. Der er derfor mange små hjul, der skal drejes, for at det lykkes; mange medarbejdere både i tværfaglige teams og på forvaltningsniveau skal tænke nyt. Det blev besluttet, at projektet indledende skulle køre på alle 13 lokalcentre og indenfor tidsrammen 07-15.

Herunder er de væsentligste udviklinger i organisatoriske og juridiske rammer i projektperioden indenfor målgruppe definitionen, modeller for tværfaglige teamorganisering, §- og ydelsesrammer. Disse ændringer har desuden naturligt betydet en udvikling i projektteamets rolle.

Herunder organisationsdiagram pr. august 2011

¹⁷ Christoffersen, Anne og Selmer, Marianne (2010) lagttagelser på ledelse i og af tværfaglighed. Afgangsprojekt diplom i ledelse. Upubliceret.



Tværfaglige rehabiliteringsteams

Grib Hverdagen indsatsen er organiseret med tværfaglige teams som ramme¹⁸. 1/9 2011 startede 13 teams op. Hvert team bestod af en koordinerende leder, en fysioterapeut, en visitator, en fysioterapeut, en sygeplejerske og x-antal hjemmetrænere, med et ugentligt tværfagligt møde, foruden ad hoc møder om borgersagerne. Alle faggrupper med undtagelse af visitatorerne har det første år haft hverdagsrehabilitering som delopgave.

Der er i projektperioden sket en udvikling i form og indhold. Alle forsøger at finde en model¹⁹, der passer til såvel områdets geografiske udstrækning som borgerantal. Lokalcentrene beslutter løbende ændringer. Der er pr. 1/9 2011 20 tværfaglige teams i Grib Hverdagen. Gruppen af rehabiliteringsvisitatorer er udvidet fra 2 ved projektstart til 7 i november 2010 og 11 i maj 2011. Stigningen følger behov for stadig større borgerindtag. Rehabiliteringsvisitatorer²⁰ har Grib Hverdagen som primært område og er centralt placerede i samme afdeling, for at sikre videndeling. Funktionsvurdering fra "God sag" anvendes systematisk som dokumentationsredskab.

Projektteam

Et projektteam (to projektmedarbejdere: hhv.fysioterapeut, sygeplejerske og projektleder:antropolog)²¹, arbejder fra helt overordnede strategier omkring udvikling og implementering af hverdagsrehabilitering i Århus Kommune til detaljer omkring disponering og dataudtræk i projektet: som forandringsagenter, der skal understøtte paradigmeskiftet. Der er sket en udvikling i projektteamets fokus, fra den indledende opbygning af struktur og organisering til integrering af nye indsatser: herunder teknologi og frivillighed. Teamet er

¹⁸ Organiseringen i tværfaglige teams blev valgt ud fra praksiserfaringer fra Hemrehabiliteringsprojektet i Östersund, Sverige. Resultater fra et litteraturstudie omkring hvorvidt trans/interdisciplinært samarbejde fremmer effekten af rehabilitering understøtter dette valg (*God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats. Et idekatalog* (2011). Danske Regioner, KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet)

¹⁹ For oversigt over forskellige organiseringsmodeller af de tværfaglige team se bilag 2

²⁰ For at sikre sammenhæng med rollen som rehab-visitator og den sideløbende proces omkring de kommende borgerkonsulenters rolle, indgår Grib Hverdagen projektteamet i tæt samarbejde med ledelsen i visitationen og projektleder for masterplanen for udvikling af sundhedsklinikkerne for at lave en plan for implementering pr. 1/1 2012

²¹ Sygeplejerske med erfaring, herunder også ledelsesmæssigt erfaring, fra udfører delen af Sundhed og Omsorg Århus Kommune. Fysioterapeut og antropolog kommer udefra, begge med erfaring fra rehabiliteringsområdet (neurorehabilitering, rehabilitering af traumatiserede flygtninge).

organisatorisk forankret i Social- og sundhedsfaglig stab, under rehabiliteringschefen.

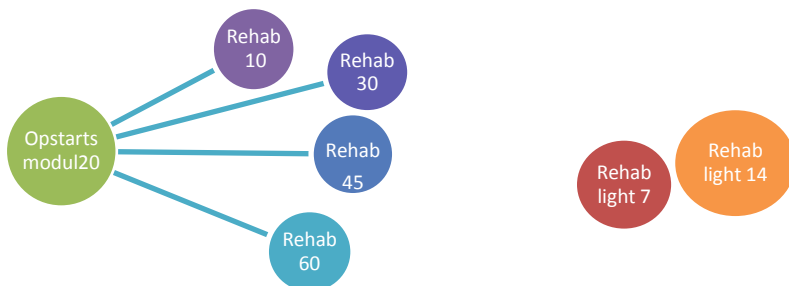
§'erne i Grib Hverdagen

I Grib Hverdagen tildeles ydelserne efter servicelovens §86 (tværfaglig udredning forud for målsætning og intervention), selvom borgerne i den almindelige logik efterspørger hjælp som vanligvis vil blive givet efter §83 (tidsbestemte standardydelse). Dette skifte udfordrer både borgeres og medarbejderes generelle tankesæt om tildeling af pleje og praktisk hjælp.

For at rehabiliteringsvisitatorerne i Århus Kommune kan træffe afgørelse om, hvorvidt borger er berettiget til hjælp efter Serviceloven, skal borgers sag være oplyst, dvs. der skal foretages en udredning i forhold til borger, Retssikkerhedslovens § 11. Kernen i Grib hverdagen er netop en udredning af borgerne, ud fra hvilken borgers behov vurderes. Hvis rehabiliteringsvisitatorerne vurderer, der er et rehabiliteringspotentiale hos borger, og borger siger nej til Grib Hverdagen, får borger et afslag med den begrundelse, at de ikke har deltaget i at oplyse om egen sag. Forinden har borger fået en skriftlig orientering om, at hvis de ikke deltager i at oplyse om egen sag, vil konsekvensen være, at kommunen træffer en afgørelse på det foreliggende grundlag. Det kan komme borger til ugunst, dvs. at borger ikke er berettiget til hjælpen.

Ydelsesrammer

Grib Hverdagen ydelser gives i form af moduler, hvor alle ydelser er indeholdt. Det er ud fra en faglig vurdering, at modulet "deles op" til alle relevante faggrupper. Opstartsfasen tydeliggjorde, at de oprindelige moduler: opstartsmodul på 20 timer, og rehabiliteringsmoduler på hhv. 30, 45 og 60 timer, var for lange i forhold til de mindre komplicerede målgrupper; flere borgere blev færdigrehabiliterede på langt under 20 timer. Der er derfor etableret rehab.light moduler på hhv. 7 og 14 timer. Herunder moduler pr. 1/1 2011:



Det er i projektets styregruppe besluttet, at afregning for moduler i Grib Hverdagen gives som et samlet beløb. Det betyder, at de tværfaglige teams selv skal opdele den økonomiske afregning mellem sundhedsklinik og hjemmepleje/distrikterne. Da alle medarbejdere har Grib Hverdagen som en delopgave, betyder det, at hver medarbejder skal føre tids registrering. Tids registreringen og opgaven med at sikre, at pengene ryger i de rigtige kasser, har været og er fortsat besværlig og tidskrævende for alle teams.

Konkluderende bemærkninger

Dette afsnit giver et overblik over udviklingen i projektperioden. Det viser en positiv udvikling i forhold til de opstillede projektmål, dog med et opmærksomhedspunkt omkring borgerindtag, som skal højnes.

Der tænder et billede frem af en målgruppe karakteriseret ved med en forholdsvis høj gennemsnitsalder på 76 år, hvoraf halvdelen er kendte borgere, som tidligere har fået (kompenserende) hjælp. Den generelle erfaring er, at det er betydelig sværere at arbejde med hverdags rehabilitering hos borgere som har været vant til at få kompenserende hjælp. Målgruppen er opdelt i hhv. light og rehab borgere.

Målgruppen taget i betragtning er det et tilfredsstillende resultat at 40 % bliver selvhjulpne. Desuden påvises det, at omkring 3/4 af borgeres funktionsevne rykker i positiv retning.

Der er sket en udvikling også på den organisatoriske front, hvor blandt andet de tværfaglige teams er udvidet fra 13 til 20 teams.

Grib Hverdagen - et paradigmeskifte

I Århus Kommune og i resten af landet spreder begrebet Hverdagsrehabilitering sig. Det bliver ofte lanceret som et "paradigmeskifte". Et paradigmeskifte kan forklares som en grundlæggende ændring i en bestemt måde at se verden på, en ændring i tankemønstre²².

Dette afsnit analyserer, hvad der i en århusiansk Grib Hverdagen kontekst forstås med begrebet paradigmeskifte. Hvordan og på hvilke måder kan hverdagsrehabilitering, forstået som en konkret indsats og tankemåde, siges at være et paradigmeskifte? Hvordan manifesterer paradigmeskiftet sig i hverdagen – hos borgere, hos medarbejdere?

I afsnittet inddrages empiriske eksempler, udvalgte "stemmer", som hver for sig og tilsammen eksemplificerer, hvordan at den praktiske udmøntning af hverdagsrehabilitering, paradigmeskiftet, er genstand for forhandlinger, fortolkninger og udfordringer. Et overordnet oprids omkring bevægelsen fra én praksis, fra én tænkemåde til en anden praksis, en anden tænkemåde - et paradigmeskifte - viser de bevægelser, som Grib Hverdagen har sat gang i, eller skubber videre på. Her illustreret skematisk:

Paradigmeskiftet i Grib Hverdagen: fra kompensation til rehabilitering		
Velfærdssamfundet	Borger har krav på Service: hjælpe folk	Stiller krav til borger Service: De der ka' selv skal selv
Sundhed & omsorg	Kompensation Del Professionelle som eksperter Regler	Rehabilitering Hel Borger som med - ekspert Forhandling
Ændret (sam)arbejdsform	Flerfaglighed Monofaglige forløb Hierarkisk Vender i døren Hjælpende hænder Vertikal: søjleopdeling med BUM og adskilte ansvarsområder	Tværfaglighed Fælles mål i alle forløb Mere egalitær Sidder rundt om bordet Hænderne på ryggen Horisontal: forhandling på tværs søjler; BUM og fag
Diskursiv ændring	Hjemmehjælper Plejeplan Omsorgsgen: kompensation Omsorg	Hjemmetræner Borgers plan Omsorg=rehab Velfærd

²² **paradigme**, (af gr. *paradeigma* 'eksempel', af *para-* og *deigma* 'bevis'). Begrebet blev introduceret af den amerikanske videnskabsfilosof Thomas Kuhn (1962), som definerede et paradigme som en samling opfattelser, begreber og argumenter: en forklaringsramme eller grundmønster, som deles af videnskabsmænd (Jessen, K. (red.) (1999): *Filosofi. Fra antikken til vor tid*, System. Den der arbejder indenfor et paradigme, arbejder i en bestemt opdagelsessammenhæng, dvs. er indforstået med bestemte måder at se verden på. Et paradigmeskifte sker, når mængden af uløselige problemer bliver for stor og et nyt paradigme, et nyt grundmønster, viser sig mere succesrig end det gamle. Der er ikke kun tale om forskellige fortolkninger af de samme kendsgerninger, men faktisk om forskellige kendsgerninger (ibid).

Paradigmeskiftet fra kompensation til rehabilitering berører et skifte på flere niveauer; i definitionen af hvad et velfærdssamfund indebærer; i måden at anskue sundhed og omsorg på (herunder borgers position i en social/sundhedsfaglig indsats); i måden at arbejde på og måden at italesætte skiftet på.

Paradigmesammenstød

Velfærdssamfundet og velfærdstanken er i bevægelse i disse år. Ting, som før har været åbenbare konstitutive piller i velfærdssamfundet, selvfølgeligheder som gratis lægehjælp og retten til hjemmehjælp, når man når en vis alder og funktionsevnerne svigter, er til diskussion i dagens Danmark. Det at have betalt skat i årtier gør ikke, at man har krav på fx hjemmehjælp. Dette påvirker også definitionen af service. Fra at samfundet hjælper borgere, til at samfundet hjælper borgere til at hjælpe sig selv: det du kan selv, skal du selv. Eller med andre ord fra en velfærdstanke om at borger har krav på, til at der stilles krav til borger (om at indgå i træning/rehabilitering). På sundheds- og omsorgsområdet betyder skiftet, at et fald i funktionsevne ikke nødvendigvis medfører varig hjælp (kompensation), men måske en kort, intensiv indsats (rehabilitering), hvorefter borger kan klare sig selv helt eller delvist. Et paradigmeskifte sker ikke natten over. Selvom der ses en begyndende diskursændring; medierne og den politiske debat sætter i stadig højere grad hverdagsrehabilitering og ordene træning og ældre sammen, hjemmehjælpere bliver til hjemmetrænere, så tager det tid at inkorporere ny praksis og ændre ved faste måder at se f.eks. velfærd på. Det fremgår tydeligt i det empiriske eksempel herunder:

Døren bliver åbnet af en kvinde i 80'erne, som med et skarpt, opmærksomt blik byder velkommen. Vi går sammen ud i køkkenet, hvor en bakke med the, kopper og småkager står anrettet. Jeg bærer den ind i stuen, en stue som er præget af minder fra et langt liv. Med båndoptageren tændt, gentager jeg, hvad vi tidligere har talt om telefonisk: at Grib Hverdagen er et nyt tiltag i Århus Kommune, og vi derfor er interesserede i at høre, hvordan borgere oplever indsatsen. Da hun har indsendt en klage til rådmanden, ved jeg, hun ikke har været tilfreds, og det vil jeg gerne høre mere om. Hun fortæller, at hun tidligere har fået hjemmehjælp, men den frasagde hun efter en periode, fordi hun syntes, hun fik det bedre og godt kunne klare sig selv. Men nu knæb det med rengøringen og derfor ringede hun til lokalcentret. En visitator kom ud, "hun var flink nok", og siden kom en ergoterapeut:

- Hun var da også sød og rar, og vi fik da slæbt støvsugeren ud. Det med slange omkring livet og se, hvor meget og hvor lidt man kan af det, det er da godt nok, men det er da lidt narvært og det er ligesom at undervurdere os, synes jeg! Fordi vi siger jo sandheden og det er jo ikke spørgvært; hvis de havde sendt en sygeplejerske ville hun have set det urimelige i det..... jeg har set og levet livet og jeg kan ikke se, hvad hun [ergoterapeuten] skulle komme for op til 6 gange. Jeg ved jo godt, hvordan man gør, men er det rimeligt at have en støvsuger stående i stuen? Jeg synes, vi bliver svigtet...jeg har ydet mit og har skavanker, men I kommer og vurderer mig og ser, hvor meget jeg kan gøre. [Den ellers så faste stemme knækker og bliver grødet]

-Jeg synes ikke, man skal ned på knæ, det skal næsten være en selvfølge [at få hjælp] når de har lavet det system, jeg synes det er at svigte vores gamle. Jeg vil påstå, at vores generation fra 20'erne vi har ikke levet i overflod [mange eks på dengang]....der var ikke noget at gi' af så vi har jo arbejdet og været med til at opbygge et velfærdssamfund. ...Men i dag er ordet omsorg nærmest blevet slettet....Jeg mener ikke, jeg er en snylter og ikke gider vaske gulv, men jeg synes, det er at love vi gamle...det er jo os der har brug for hjælpen... at leve længst muligt i eget hjem: vi skal nok hjælpe og så hjælper I ikke alligevel.

Der er her tale om et paradigme-sammenstød. Borger ser Grib Hverdagen fra det gamle paradigme: i hendes optik har hun været med til at bygge et velfærdssamfund op, hvor det næsten skal være en selvfølge at få hjælp som gammel, det har man krav på. Nu, hvor hun efterspørger hjælp fra systemet, får hun den

ikke, men bliver i stedet stillet krav til; i hendes øjne mistænkeliggjort. Hun forventer hjælp i form af kompensation og ikke rehabilitering: ”jeg har ydet mit og har skavanker, men I kommer og vurderer mig og ser, hvor meget jeg kan gøre”. Oversat: jeg har nu skavanker og beder om (kompenserende) hjælp, så er det ydmygende at I vurderer mig i stedet for at tro på, hvad jeg siger.

Medarbejdere i Grib Hverdagen skal fungere som brobyggere på vej mod det nye rehabiliteringsparadigme. I dette borger forløb fortæller medarbejderne, at det er en svær situation at stå i: borger siger klart fra overfor at medvirke, klager til rådmand og ser det som en fornærmelse både personligt og for ældre som helhed. Men medarbejderne arbejder indenfor regler og rammer som foreskriver, at borgers funktionsevne skal udredes, før det besluttet, om og hvilken hjælp hun kan få. Som frontmedarbejdere er det således ofte et dilemma både at være underlagt institutionelle rammer, der afkræver ”typer”, ”sager” og service idealer og samtidig skulle efterleve det sundheds – og socialfaglige (rehab) ideal om ”borgeren i centrum” /borgers ønsker²³. En pointe som går igen i feltarbejdet er, at sammenstødet i den nye og gamle måde at arbejde på er størst i rehab light forløb, hvor ”det er sværere at få borgere til at synes om ideen, når det drejer sig om støvsugning”.

Med-konstruktør på eget liv

Med rehabilitering i fokus sker der et skifte fra del til hel. Fra del, hvor hver enkelt faggruppe arbejder med præcis de problemstillinger, der vedrører deres område omkring en borger til hel, hvor faggrupper arbejder tværfagligt mod bedring af borgers funktionsevne med fokus på borgers dagligdag. Der sker et skifte fra at professionelle er eksperterne omkring borgersituationen til at borger bliver med – ekspert (på sin egen livsførelse og sit eget liv). Dette er et felt, som har tiltrukket antropologer, sociologer og filosoffer fra forskellige teoretiske retninger.²⁴ Et par nøgleord på tværs af forskningen er magt og definitionsret. For hvad vil det sige, at arbejde med helheden, og hvad vil det sige at borger er med-ekspert? Er borger i centrum og ”empowered” med retten til at definere sig selv og være med-konstruktør på eget liv²⁵

I det foregående eksempel føler borger, at nok er hun ekspert på sit eget liv og ved hvad hun har brug for, men det er ”systemet”, i dette tilfælde Grib Hverdagen, som har definitionsretten og magten til at bestemme. Mens eksemplet er illustrativt for det paradigme sammenstød, der næsten uundgåeligt vil opstå i kølvandet på introduktionen til hverdagsrehabilitering, repræsenterer det ikke den generelle holdning, som borgere har givet udtryk for i feltarbejdet. Her er det gået igen, at de har følt sig hørt. En rød tråd i de kvalitative interviews er, hvordan det fald, de har /har haft i deres funktionsevne, påvirker deres hverdage. I flere interviews bliver borgere triste, når de fortæller om dette og de giver mange eksempler på, hvad de er vant til

²³ Järvinen, M & Mik-Meyer, N, eds. (2003): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag

²⁴ Særligt sundhedsantropologi (Som nu, apropos, hedder sundhed og velfærdsantropologi) har beskæftiget sig med analyser af del til hel, herunder skiftet fra et biomedicinsk syn på en patient til et mere helhedsorienteret syn (f.eks Kleinman A.(1988): *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*, New York: Basic Books. ; Mattingly C, Flemming M. (1992): *Clinical reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davies; Grøn, L., Mattingly, C & Meinert, L.(2008) Kronisk hjemmearbejde. Sociale håb, dilemmaer og konflikter i hjemmearbejdsnarrativer i Uganda, Danmark og USA *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 2008, nr. 9: 71-95.

²⁵ Jöncke, S., Svendsen, M. & Whyte, S. (2004) Løsningsmodeller. Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. I *Viden om verden*. København: Hans Reitzels Forlag.

at kunne og nu har sværere ved. Særligt, hvis det er svært for dem at bevare deres socialliv: gå til stavgang, spille bridge eller tage bussen til en ven. Når de forholder sig til Grib Hverdagen forløbet, udtrykker de, at det har været hårdt men godt at træne. De har følt, at personalet tog sig tid til at lytte til deres ønsker og behov. De udtrykker med andre ord, de har haft retten til at definere sig selv og være med-konstruktør på eget liv, som denne borger, der nu er afsluttet i Grib Hverdagen som helt selvhjulpent.

-I går var jeg nede i byen for at købe en is og en bog! Det er skønt at kunne det igen, understreger borger, en mand, der nærmer sig de 90. Efter en faldulykke har han været med i Grib Hverdagen i nogle måneder, og er på vej til at blive afsluttet. Fra lænestolen mellem de mange bøger fortæller han, at han har været meget glad for forløbet: alle har været søde og træningen god. Især træning i at køre bus igen: - det var det vigtigste for mig, for jeg har mange venner, som jeg godt kan lide at besøge. Det fortalte jeg ergoterapeuten, og så trænede vi det. De første par gange tog hun [hjemmetræneren] endda bussen med mig, for jeg var bange for at miste balancen. Så vinkede hun, når jeg var kommet godt ud, og kørte videre.

Positionering og forhandling

Paradigmeskiftet med borger i centrum som med-konstruktør skaber rum for forhandling; der er mange aktører i indsatsen, med hver sin positionering. Det empiriske materiale er rigt på eksempler på de forhandlinger og positioneringer, der sker i Grib Hverdagen. Herunder er et eksempel fra et dialogmøde:

Det er godt nok mange, I kommer, udbryder datteren, da hun hilser på uden for det lille træ sommerhus. Og det er rigtigt, vi er mange: borger, en kvinde i 80'erne med klare øjne og dybe furer i ansigtet, datteren og dennes mand, en fysioterapeut fra hospitalet og fra Grib Hverdagen en hjemmetræner, en fysioterapeut, en visitator og en ergoterapeut, der skal starte op i projektet. Ergoterapeuten og jeg sætter os i et sofabjørne, bag en halvmur, hvor vi ikke kan ses fra bordet, som de øvrige er bænket omkring.

Visitator indleder: -vi er her så du kan finde ud af, hvad vi kan tilbyde. Vi skal finde ud af hvad du har svært ved, hvad du skal træne, og hvad du har brug for hjælp til.

Borger forklarer, hvordan hun faldt og fortsætter: før klarede jeg mig selv, med god støtte fra familie, men nu har jeg selvfølgelig brug for træning og lidt støtte. Visitator tager borger igennem døgnets rytme. Datteren svarer gentagne gange for moderen, visitator siger venligt, hun gerne vil høre det fra borgeren selv. Og, da datteren fortsætter, siger visitator: vi fastholder lige det her, men vi kommer tilbage til jer, det er vigtigt I er med. Enkelte gange indskyder fysioterapeuten konkrete oplysninger. Borger er reflekterende i sine svar, og understreger flere gange, hvor vigtigt det er for hende at komme hjem og så skal hun nok klare sig: - jeg har jo viljen! Et stykke henne i samtalen, ses det tydeligt, at borger bliver træt. Visitator spørger, om hun skal over i anden stol og der småsnakkes om, hvordan det kan være overvældende at komme hjem. Borger: ja hjem til åsted, jeg var så ked af det i morges.

Visitator beder om lov til at kigge på bad, køkken og forlader stuen sammen med datter, dennes mand og Grib Hverdagen fysioterapeut. Fysioterapeuten fra hospitalet viser nogle konkrete ting om høj rollator til hjemmetræner og ergoterapeut. Hjemmetræner kender borger fra flere år tidligere, og det er tydeligt at borger er meget glad for og tryk ved hende. De udveksler minder og hjemmetræner siger: Dig skal vi nok få hjulpet på benene. Tilbage ved samtalen, kigger visitator i papirerne og spørger til borgers humør. Lidt i bund, men det har også været en hård vinter, jeg har passet mig selv. Datteren siger, du har isoleret dig, Mor, og ikke taget telefonen. Men det rettede sig jo, siger borger. Datter presser lidt på og visitator og fysioterapeut fra hospitalet forfølger det, men borger undviger og siger hun har det fint og hun vil ikke have medicin, for så må hun ikke køre. Efter lidt snak frem og tilbage bliver aftalen, at Grib Hverdagen teamet kan tage emnet op senere.

Dette dialogmøde skitserer, hvordan et dialogmøde kan forløbe. Der finder en forhandling sted: datter er bekymret over moderens humør, og prøver at sætte det på dagsordenen. Borger markerer tydeligt, at det vil hun ikke snakke om. Visitator og fysioterapeuts forsøg på at åbne emnet mere op, afvises ligeledes fra borgers side. Efter et stykke tid, forhandler de sig frem til, at emnet må tages op på et senere tidspunkt.

Ikke to dialogmøder er ens, men fælles for alle dialogmøder er, at der finder en udveksling sted af informationer mellem borger/pårørende og medarbejdere. Informationer fra borger/pårørende skal klæde medarbejderne på i forhold til at tænke næste, rette skridt, og informationer fra medarbejderne skal give borger og pårørende et indblik i muligheder og det kommende forløb.

Eksemplet viser også, hvordan informationerne gives og lyttes til med forskellige optikker. Der foregår en positionering, alle har en agenda.

Borger: Jeg vil bare gerne hjem, og jeg har viljen til at generobre min hverdag

Datter: får min mor hvad hun skal have? Jeg er bekymret over hendes humør!

Svigerson: praktisk: plejeseng, hvordan får vi den ind?

Hjemmetræner: lyttende, anerkendende, borger skal føle sig tilpas

Visitator: undersøgende, afsøgende, bevidst om at borger er i centrum

Fysioterapeut sygehus: forklarende, overlevering af viden

Fysioterapeut Grib Hverdagen: afklarende, undersøgende: hvad er der sket til nu, hvordan skal vi arbejde nu

Ergoterapeut: lyttende, lad mig lære hvordan denne slags rollator indstilles

Konkluderende bemærkninger

Disse tre empiriske eksempler giver et lille kig ind i de forskellige måder, hvor paradigmeskiftet manifesterer sig i Grib Hverdagen. Som et sammenstød, som en indsats, hvor borger med-konstruktør og som en forhandling og positionering. Det fremstiller et felt, hvor det er tydeligt, at de opgaver, medarbejderne skal håndtere er unikke og præget af kompleksitet. Næste afsnit zoomer ind på et medarbejderperspektiv

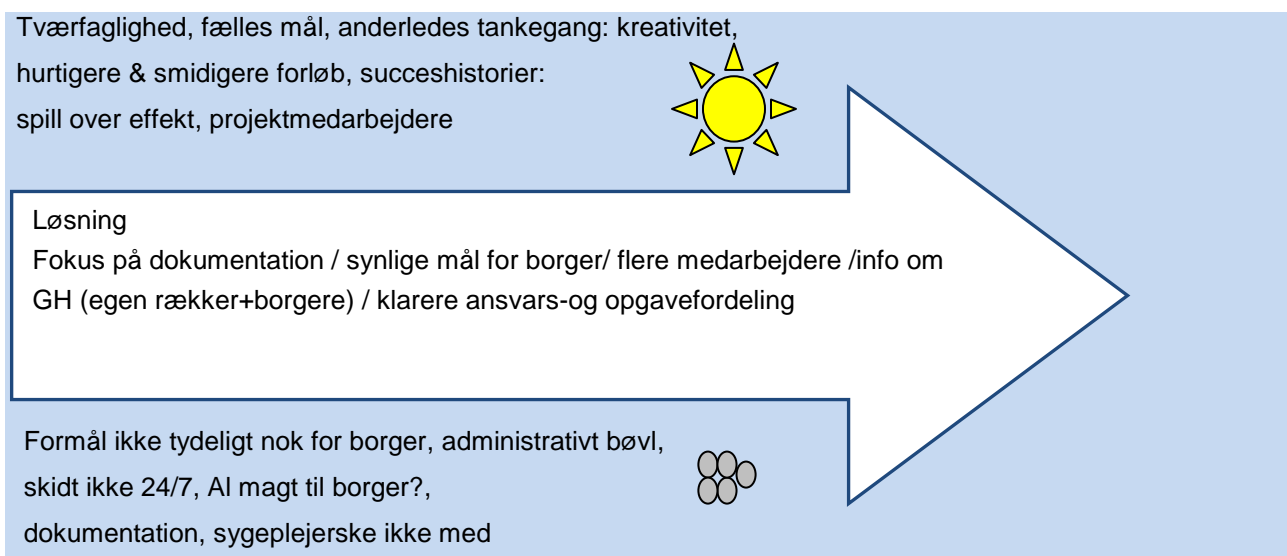
Solstråler, sten på vejen og løsninger

Grib Hverdagen skaber mange ændringer i arbejdsformer. Som en hjemmetræner fortæller: *-Mine hænder de skal da være lidt mere i lommen og jeg skal tænke lidt mere...jo jeg synes det er anderledes tankegang, det er positivt. Og så det med, at man har tiden til det, for ellers ville man sige, nu skal jeg skynde mig at give ham strømperne på. De strømper havde da været på for længst, hvis man ikke havde tiden til, at han selv skulle gøre.*

I dette afsnit kommer medarbejdernes stemmer frem, når de forholder sig til:

- Hvad virker godt?
- Hvad er udfordringerne ?
- Hvad skal justeres?

I alle de 13 fokusgruppeinterviews med teams er medarbejdere blevet bedt om at fortælle, hvad det gode er ved at arbejde i GH: solstrålerne og hvilke udfordringer: sten på vejen, de oplever. I samtlige interviews er der kommet forslag til løsninger på nogle af udfordringerne, eller gode ideer til arbejdet i Grib Hverdagen. Solstråler, sten og løsninger er blevet skrevet ind i en procespil på en tavle²⁶. En analyse af svarene genererer nedenstående procespil. De hyppigste svarkategorier nævnes først (tværfaglighed ved solen, formål ikke tydeligt nok for borger ved sten):



I afsnittet struktureres svarene under tre hovedområder:

Solstråler med 3 underoverskrifter: En anderledes tværfaglighed, successhistorier+ spillover, projektmedarbejdere som forandringsagenter

Sten på vejen/løsninger med 5 underoverskrifter: Formålet utydeligt for borger, sammenhængende forløb, overgange, koordinering, Hvor er sygeplejersken?, Al magt til borger?

Ledelsesrum/ledelsesret som er pointer fra møder med koordinerende ledere

²⁶ Procespilen skrives rent og sendes til teamet. På den måde bruges data både til evaluering og til intern refleksion. Flere teams har efterfølgende sat gang i konkrete tiltag.

Solstråler

Anderledes tværfaglighed

Vi har altid arbejdet tværfagligt

Der er ikke noget nyt i det

De finder godt nok på meget derinde i Frichsparken²⁷

Det var en lunken modtagelse, vi som projektteam oplevede, da vi introducerede medarbejdere for Grib Hverdagen og tanken bag de tværfaglige teams. Selvom de fleste havde meldt sig til at være en del af projektet og på den måde ytrede ønske om at arbejde med hverdagsrehabilitering, så sporede en projektræthed, og måske en lettere overbærenhed i forhold til projektansatte uden indgående kendskab til deres hverdag. I hvert fald i forhold til det at arbejde tværfagligt.

Men hvad betød det så at arbejde tværfagligt, før Grib Hverdagen? Det var der forskellige oplevelser af: lige fra, at sygeplejersken stikker hovedet ind om morgenen i hjemmepleje gruppen og spørger om "der er noget", til mere faste møder, hvor typisk en sygeplejerske og engang imellem terapeuter deltager i drøftelser omkring en borger med hjemmeplejepersonale, til en oplevelse af, at man altid har arbejdet sammen på tværs af faggrupper om en borger ved at "vende borger i døren", som var en vending, der gik igen. Et år ind i projektet er oplevelserne og forståelserne af at arbejde tværfagligt en ganske anden. Som procespilen viser, er tværfaglighed fremhævet som den største solstråle. Men hvad forstås i dag ved tværfaglighed, og hvilke effekter synes denne arbejdsform at have?

Tværfaglighed og effekt i Grib Hverdagen

De ord, der går igen, når Grib Hverdagen medarbejdere italesætter det at arbejde tværfagligt er:

"Vi arbejder efter fælles mål, alle byder ind, det at vi ser hinanden skaber større kendskab til hinanden og hinandens opgaver/kompetencer, koordinering og ansvarsfordeling er vigtigt, projektmedarbejderne understøtter processen, visitator er del af tværfagligt team; det er godt når vi er sammen ved dialogmøde". Samtidig er der stort fokus på effekterne ved at arbejde på denne måde: "det er mere effektivt og skaber større sammenhæng og intensitet i forløb, det skaber større kreativitet og skarphed, når vi kan diskutere borgersag og gode ideer på tværs, det skaber nemmere intern kommunikation, fordi vi kender hinanden, det styrker fagligheden og skaber kompetenceudvikling".

Her følger et udklip af medarbejdernes egne udsagn fra feltarbejdet:

Det er frokosttid, og medlemmer af et af de større tværfaglige teams sidder tæt sammen i et lille lokale og diskuterer ivrigt, over æggemadder og flere kander sort kaffe, hvad de synes om at arbejde tværfagligt. I nogle teams kræver det en del at få alles holdninger på banen, men her byder alle ind. Det er tydeligvis et diskussionslystent team, for hvem det giver god mening at arbejde hverdagsrehabiliterende og tværfagligt: Hjemmetræner: Tværfaglig kommunikation er godt, vi snakker jo meget om det og vi går i dybden og har kunnet bruge hinanden, så det er super godt!

²⁷ Hovedsæde for Sundhed & Omsorgs forvaltningen

Hj tr: Ja, og vi får også et indblik i, hvordan de forskellige faggrupper der er i den her gruppe faktisk når frem til et fælles mål. De ting jeg gør kontra de ting ergo, fys og sygeplejerske gør – vi arbejder på forskellig måde, men vi ender ved samme mål, det bliver også meget synligt.

Der bliver nikked blandt deltagerne og hældt mere kaffe i kopperne

En fysioterapeut siger eftertænksomt: -Ja, det er også rart med, at når det ikke går, så bliver man ikke set ned på eller nogen siger: nå, ka' du ikke klare den opgave der, det er der også forståelse for.

ergo: vi deler de gode og dårlige oplevelser

visitorator: og det svære...

I dette team er der stor åbenhed om, at ikke alt går godt. I et andet team berører medarbejderne også ved dette og fortalte, at de i starten af projektperioden havde sat lighedstegn mellem succes og selvhjulpne borger efter indsatsen. Men ikke alle borgere bliver helt selvhjulpne, og ved nogle borgere lykkes det ikke at gennemføre et vellykket forløb. Så nu er de i fællesskab nået dertil, hvor succes = delvist selvhjulpne borgere også er, "at de er kommet et lille skridt videre på vejen".

Ordene mål og målrettet går igen som en rød tråd i beskrivelserne af det tværfaglige og ofte i kombination med ordene fælles / intensitet/ resultat, hvilket kan ses af nedenstående udpluk af udsagn.

En fysioterapeut siger: - jeg synes, det er fantastisk at der bliver sat massivt og målrettet ind, når alle kompetencer kommer ind på en borger, med de vinkler der nu er. Så sker der et løft og vi evaluerer på det, der sker en hurtig vurdering af situationen. En ergoterapeut supplerer: - I forhold til tidligere er målet mere skarpt. Det, der gør, at vi skaber gode resultater, er det intensive fokus omkring den enkelte med træning.

- Jeg har snakket med nogle borgere, de kan se sammenhæng i det vi kommer og laver, det er meget værd for dem... de er trygge ved, at der sker noget omkring dem, for vi forklarer dem, nu kommer der en og træner osv. Og de ved, hvem det er der kommer, det er også motiverende for dem... I sammenligning med andre så er det anderledes: der er megen frustration, "nu kommer der igen en ny", de oplever en besværlig hverdag. Så der er himmelvid forskel på, om vi ved hvad hinanden laver, det gør rigtig meget for borgerne. En fysioterapeut svarer: - det er også i tråd med, at når vi sidder rundt om bordet, så hører vi fra alle. Når vi normalt dokumenterer, har vi jo kun vores egen [vurdering]... Selvom man godt kan indsamle viden fra dem, der kommer i hjemmet, så sidder vi jo ikke rundt om bordet, det bliver ikke sagt, der er meget, der ikke bliver samlet. Her bliver det sagt.

"At sidde rundt om bordet" er en metafor, der er gået igen i flere interviews, og som særligt i projektstarten blev forklaret som synonym med den tværfaglige arbejdsform. Det har i projektperioden været muligt at iagttage, hvordan italesættelsen af det tværfaglige har udviklet sig fra at blive beskrevet med metaforen "at sidde rundt om bordet" til en mere differentieret beskrivelse af det tværfaglige rum, og hvordan man bruger hinandens kompetencer. Den tværfaglighed, der udøves i Grib Hverdagen, kan lokaliseres til flere forskellige fysiske og vidensbaserede rum: fra de tværfaglige møder, de små møder omkring borgeren og dialogmødet, til dokumentationsdelen, hvor bevidstheden omkring synlighed for hinanden er stigende, til koordinering med region og tværfaglig ledelse.

Visitorator: Jeg synes det er super smidigt [at være del af tværfagligt team]... mange gange søger borger lige en handicapkørsel, rollator eller en ældrebog, hvor man så bare kan snakke med en terapeut eller en hjemmetræner og høre hvordan og hvorledes med det. Så har man allerede svar på forhånd og kan ringe til

borger og behøver ikke tage ud og besøge dem, men kan forholde dem de og de ting og de siger "men det er rigtig nok, jeg kan godt komme ud og handle, jeg kan sagtens gå på trapper – nej så jeg kan godt se, jeg ikke er berettiget til ældrebolig". Det er simpelthen så dejlig nemt og tidsbesparende.

Det har generelt været udtrykt, at det giver større sammenhæng og effektivitet i borgerforløb, når visitator og udførere arbejder tæt sammen. Især i forhold til, at ventetiden på hjælpemidler mindskes markant. Dette er igen med til at intensivere forløb.

Den tværfaglige arbejdsform får mange positive ord med på vejen, men det bliver samtidig også understreget, at det tager tid at opbygge denne arbejdsform:

En fysioterapeut i projektet har siddet og lyttet længe til teamkollegers snak om at få de ugentlige tværfaglige møder til at fungere bedre, blandt andet i forhold til vide hvem gør hvad og hvornår. Med eftertænksomhed i stemmen tager hun ordet: - Jeg tror det tager tid, før man finder dynamik i en gruppe. Det må man påregne i projektet. Det kan godt være, at vi er gode til at læse projektbeskrivelse, men det tager tid at opbygge samarbejde. Jeg har nu meget nemmere ved at finde hjælpere i det område, hvor jeg arbejder – det er en praktisk ting, men det betyder noget og der skal i hvert fald påregnes tid til at opbygge. Kollegerne nikker og flere siger, ja det har du ret i.

Dette understøttes i et interview med de to projektmedarbejdere omkring udvikling af de tværfaglige teams på tværs af byen:

- Ved de bedst kørende teams kan jeg sætte mig mere på sidelinien... Jeg oplever, at der i starten blev brugt rigtig meget tid på struktur og organisering, ikke bare af selve teamet, men selve det med at få stringens i forløbet, fra åbning af en sag til afslutning: få gjort det tydeligere hvor er vi i sagen; det blev ved i ½ - ¾ år, nogen taler stadig om det, men jeg oplever, at der nu er fokus på borgersagen.

- i nogle teams har blikket rent bogstaveligt flyttet sig. Fra at de i starten kiggede på mig for at se, om jeg nikkede eller rystede på hovedet, til at de nu mere tager scenen selv. I stedet for øjenkontakt med mig, kigger de på hinanden. De har gennemgået mange processer og bevæger sig meget. ...Min rolle er nu mere perifer.

Fif fra hverdagen

- Hav evt. en tavle med borgernes navne på, det letter overblikket
- Hav evt. adgang til computer, så kan der skrives direkte ind i sagen ved fx scoring af Barthel eller lignende
- Hav opdaterede telefonlister på hinanden. Gerne også med tætte samarbejdspartnere: Neurocentret, GenoptræningsCentret, G1&2, bostøtte, Vikærgården osv. Udfyld stamarket med relevante kontaktpersoner
- Skab refleksionsrum
- Hav styr på rolle og ansvarsfordelingen: hvem er den overordnede koordinerende leder af tværfagligt team? I borgersager: hvem er daglig kontaktperson og hvem er sundhedsfaglig koordinator i forløbet? På møder, hvem har styrepinden?
- Husk at snakke om succeshistorierne: fejrløse hverdagens små sejre
- Afsæt tid i disponeringen til hjemmetrænere, så de har mulighed for at dokumentere og sætte sig ind i sager

Succeshistorier og spill over effekt

Hovedparten af medarbejderne giver udtryk for, at der er mange succeshistorier og små sejre. Som kvinden i 60'erne, der var kommet hjem fra hospitalet efter en blodprop, og næsten intet kunne selv, "og i morges kom jeg, og hun havde selv taget læbestift på!". Som manden i 50'erne der (igen) blev udskrevet efter en alkoholforgiftning, og hjemmetræner kom på besøg, kom tilbage til teamet og spurgte om det var ok, for hun havde bare snakket med ham, "ikke lavet noget". Det var det, og dette gentog sig tre gange mere. Så rykkede det pludselig i positiv retning ved borger. Som kvinden i 40'erne der efter en trafikulykke langsomt kæmper sig tilbage til livet igen, og som "nu næsten er selvhjulpnen". Som kvinden i 70'erne, der efter et fald har svært ved at genoptage hverdagsaktiviteterne. Hun vil så gerne sy igen. Hjemmetræner siger, at hun lige sætter maskinen frem og tråder den, og så kigger jeg ind senere. "Og da jeg kom tilbage, havde hun syet gardiner!"

Der er en enorm kraft i disse fortællinger, når de genfortælles i teamet; der bliver grinet og vist følelser. Og måske er det en genererende kraft, for i alle 18 fokusgruppeinterviews og ved ledermøder bliver det fremhævet, at der er en stor spill-over effekt ved måden at arbejde på: dvs. grundideen omkring rehabilitering og fokus på borgers egne ressourcer vinder indpas også i arbejdet med borgere udenfor projektet. Som dette eksempel, hvor en Grib Hverdagen ergoterapeut køber ind i sin lokale Netto butik og pludselig hører en samtale på den anden side af hylderne, hvor hun tænker, det her lyder da som Grib Hverdagen. Hun går om og præsenterer sig og ganske rigtigt, er det en hjemmetræner i snak med en borger – "han er godt nok ikke med i Grib Hverdagen, men jeg kan bare ikke lade være med at arbejde sådan".

Projektmedarbejdere som forandringsagenter

Som gennemgangen af procespil viser, er projektmedarbejdernes rolle fremhævet på solsiden²⁸. En særlig konstruktion i Grib Hverdagen er den rolle, som to projektmedarbejdere har som forandringsagenter, ansat til at gennemføre et paradigmeskifte i praksis. Dvs. understøtte forståelsen for og forankringen af grundideen i Grib Hverdagen, konkret ved – hver uge - at deltage i tværfaglige teammøder i alle teams og være teams behjælpelig i opbygningen af det lokale Grib Hverdagen. Både på medarbejder og på ledelses niveau²⁹. Det bliver især fremhævet, at de er gode til at "rette kursen ind", støtte op/sparre, stille de rigtige spørgsmål og komme med nye vinkler. Som her i et fokusgruppeinterview :

Hjemmetræner 1: - jeg synes det har været godt at have hende med, hun har virkelig været knaldhård!

Hjemmetræner 2- Hun er skrap[alle griner]

Hjtræner 1: hun er guld værd, en go' indsparker: "hvorfor prøver I ikke gøre sådan her?"

²⁸ Da dette er en intern evaluering, med interviews foretaget af projektleder = kollega til proceskonsulenterne, har det været relevant at forholde sig til, hvorvidt informanterne ville føle sig fri til berøre såvel positive som evt. negative ting om projektmedarbejderne og deres rolle. Når disse data medtages i evalueringen er det, fordi udsagnene fra fokusgruppeinterviews med teammedarbejdere understøttes dels af udsagn fra ledelsesniveau (koordinerende ledere af teams'ene og de ledere af hhv. sundhedsklinik og hjemmepleje som har været tæt på GH), dels af observation ved adskillige tværfaglige møder.

²⁹ Tanken bag denne konstruktion er todelt: 1. For at Grib Hverdagen kan få gennemslagskraft nok, dvs. gennemføre et paradigmeskift, er det nødvendigt med tæt opfølgning og understøttelse 2. I gangsatning af nyt projekt med mange ubekendte faktorer, som fra dag 1 skal dække hele byen, kræver ensretning og videndeling for at kunne lykkes.

Hjemmetræner 3: nogen gange er der nogen der synes hun er for hård

Sygepl: ja, men hun er god!

Koordinerende leder: Hun kan stille de rigtige spørgsmål og hjælpe med at rette kursen ind. Hun er med til at gøre det mere målrettet.

Men hvad siger projektmedarbejderne selv om deres rolle og funktion i det tværfaglige?

- jeg tænker på min rolle i det tværfaglige ud fra nogle nøgleord: tålmodig, vedholdende, konstruktivt kritisk i forhold til borgersager, humørbevarende...måske egentlig som en gigantisk "container funktion" ift. hurdler om det, de siger om at være dem i organisationen og i borgersagen, samtidig med at jeg har det større perspektiv for øje

- jeg tænker, jeg giver vejledning i den proces, den overgang de befinder sig i, både i forhold til borgerforløb: de vil gerne hurtigt gå til handling, men det er vigtigt at være åbne i starten og have en grundig udredning [...] og i forhold til hvilke faggrupper er vigtige, så man kan se hvem teamet omkring borger er. Jeg vejleder og stiller spørgsmål.

- Vi står til rådighed i næsten ethvert henseende; fra A-Z i detaljeringsgrad i noget der kan handle om sag, modul, ja, alle de elementer, der er i Grib Hverdagen

Den tætte kontakt til teams er med til at skabe et overblik af indsatsen og eventuelle problemfelter, som kræver handling fra centralt hold; kontakten forkorter vejen til handling i projektet³⁰.

Sten på vejen & løsninger

Formålet utydeligt for borger

Dette er den væsentligste sten på vejen. Det er en gennemgående anke, at flere borgere ikke forstår formålet med indsatsen. Det bliver påpeget, at for det første skal visitatorerne være meget klare og direkte i introduktionen til Grib Hverdagen, for det andet skal de medarbejdere, som kommer i hjemmet, gentage formålet med indsatsen og så skal der særligt være fokus på afslutningen:

Det er altså svært at afslutte! Den sidste jeg skulle have afsluttet sagde, da jeg (igen) fortalte ham, at nu var det sidste gang jeg kom hos ham, nu var han afsluttet i Grib Hverdagen [og selvhjulpen]: "Nej, så skal jeg da vist op på centret og have bestilt noget mere hjælp!" Der er mange borgere, der ikke rigtig forstår hvad det handler om: "nej kan du ikke lige gøre ditten eller datten", og det kan være svært at sige fra. Især dem der har været i hjemmeplejen i lang tid og været vant til, at der kommer nogen og hjælper.

Som den tidligere eksempel fra et dialogmøde viste, udveksles der mange informationer ved mødet. I dette eksempel bliver borger på et tidspunkt træt, eller måske lidt overvældet over at være hjemme igen, og det er tvivlsomt, hvorvidt alle informationerne blev husket efterfølgende. Når Grib Hverdagen samtidig introducerer en ny måde at arbejde på, er det forventeligt, at informationen om forløbet skal gengives flere gange.

³⁰ En sideeffekt ved projektmedarbejdernes rolle er den viden, de genererer på delområder af rehabiliteringsfeltet, f.eks. delegering, dokumentation mv. Denne viden bliver i stigende grad kaldt på, på forvaltningsniveau.

Sammenhængende forløb, overgange, koordinering

Et gennemgående begreb i rehabiliteringslitteraturen er sammenhængende forløb. Hvordan sikres en god overgang for borger mellem sektorer, indsatser, og hvilken kommunikation kræves for overdragelse?

Hvordan sikres det at borger kender til "planen"; og hvad med den løbende evaluering?

Uden direkte at kalde det sammenhængende forløb kredser mange medarbejdere omkring dette tema, når de problematiserer følgende punkter (som ligeledes har en vis indbyrdes sammenhæng):

Manglende koordinering skaber uklar rolle- og ansvarsfordeling

Jeg har stadig lidt svært ved at finde ud af hierarkiet i det her. Jeg kan simpelthen ikke finde ud af, hvem der starter op, og om alle [faggrupper] starter op på samme tid. En anden hjemmetræner fortsætter: -ja, sådan har jeg det også.

Hjemmetrænerens forvirring over hvem gør hvad og hvornår, afspejler hvor væsentlig en faktor koordinering er i hverdagsrehabilitering. Og netop behovet for koordinering fik flere teams til at fremføre "klarere ansvars- og rollefordeling" som løsningsforslag i procespilen, dvs. en koordinering både organisatorisk og i forhold til den konkrete borgersag.

Grib Hverdagen kører ikke 24/7

Hverdagsrehabiliteringen er i hverdagene fra 07-15. Dette skaber usammenhængende forløb, hvilket problematiseres i alle teams. Hvis der kun er 1-2 hjemmetrænere i et område, kan det være svært "at dække hinanden ind" i forhold til fridage og weekendvagter³¹. Flere hjemmetrænere har påpeget, at det ofte skaber brud i borgerforløb, når en hjemmehjælper i stedet for en hjemmetræner afløser. Her opsummeret i disse bemærkninger fra to hjemmetrænere:

–Jeg kan godt føle, det er 2 skridt frem og 4 tilbage, hvis jeg har haft fri, og der har været en kollega som ikke er hjemmetræner.

-men de [borgerne] synes også, det er hyggeligt, at der kommer andre i weekenden, fordi så bliver de serviceret. Selvom der egentlig står, at hun godt selv kan smøre madden, så bliver alt alligevel lavet og serveret. Så kommer fru Skrap når det bliver hverdag!

Den generelle holdning i teams er, at skal Grib Hverdagen virkelig have gennemslags – og sammenhængskraft, så skal det udvides til 24/7.

Manglende terapeutressourcer

Flere teams oplever, at der er for få terapeutressourcer, hvilket kan stoppe flow og intensitet i en sag, fx ved at terapeut scorer COPM sent i forløbet.

³¹ Enkelte fremfører også, at det er rart at have nogen i sit team at sparre med omkring rehabilitering, og at kollegers forståelse for Grib Hverdagen ideen stiger, hvis man er flere hjemmetrænere.

Dokumentationsproblematikker

Dokumentation er med til at synliggøre tiltag i borgersagen.

Data fra interviews tydeliggør, at der er store forskelle omkring dokumentationspraksis på tværs af byen, herunder muligheder og forudsætninger for at hjemmetrænere dokumenterer, læser advis'er mv. En overordnet pointe i den forbindelse er, at hjemmetrænere bør kunne dokumentere (have et alias, dvs. adgang til journalen, vide hvor og hvad der skal skrives, læse advis'er) for at skabe det nødvendige flow i sagen. I øjeblikket eksisterer der ikke en tværfaglig dokumentationsplatform, og der er derfor oprettet et specialark, hvilket giver en oplevelse af dobbeltdokumentation.

Flere medarbejdere i både kommunalt regi (mag1 og mag 3) og i regionsregi har påpeget, at den manglende kobling mellem systemerne gør det vanskeligt at sikre sammenhængende forløb.

Hvor er sygeplejersken?

I flere fokusgruppeinterviews med tværfaglige teams, problematiseres det, at sygeplejersken kun sporadisk deltager i de tværfaglige møder. *"Vi mangler lidt at kunne mærke sygeplejen"*, er en typisk bemærkning. I nogle tilfælde anføres det, at sygeplejersken har svært ved at få møderne til at passe ind med andre opgaver, eller at det kolliderer med fridage pga. weekendvagter. I et interview kun med sygeplejersker, fremgik det, at flere har svært ved at finde deres rolle i projektet: Som en sagde: *"jeg havde nok en forventning om, at jeg blev inviteret til dialogmøde; jeg vidste ikke at jeg skulle invitere mig selv. Det har været skuffende for mig, at jeg har haft så få opgaver"*, mens en anden sagde: *"Terapeuterne er primusmotor, jeg føler mig sekundær"*.

Generelt udtrykte de dog interesse for at få en større rolle og særligt fremhævede de, at de som sygeplejersker har en væsentlig rolle i forhold helhedsudredning af borgere.

Al magt til borger?

Det har været et gentagende diskussionspunkt, især blandt terapeuter, hvor stort og langt borgeren kan drømme og sætte mål i Grib Hverdagen? Er det kvalitetsstandard, der sætter rammen og derved definitionen retten for målene? Eller er det faglige blikke, der omsætter drømmemål til delmål, til små hverdagsskridt? Den generelle holdning på tværs af byen er, at de forventninger og ønsker, som borgere udtrykker via COPM, i mange tilfælde rækker ud over den kvalitetsstandard, som danner ramme om arbejdet for alle medarbejdere i Sundhed og Omsorg. Indsatsen gives indenfor faste ydelsesrammer, beskrevet overordnet i Kvalitetsstandard "Et bedre liv", og mere detaljeret i Serviceniveauet. En borger kan således søge om og få hjælp til støvsugning, tøjvask, og så er det indenfor disse kategorier, der trænes.

Her refleksioner fra et teammøde:

Ergoterapeut: *Jeg synes, det er lidt problematisk at lave COPM, hvor borger ikke vælger de aktivitetsproblemer vi gerne vil ha' borger vælger... Vi [har et koncept som] hedder praktisk hjælp eller personlig pleje, men det er egentlig ikke det, borger prioriterer. Det synes jeg er problematisk i forhold til rehabiliterings definitionen omkring borgers motivation. Det synes jeg ikke altid, er det vi reelt kan tilbyde.*

Hjemmetræner: *Det har du fuldstændig ret i!*

Visitor: *Det skal jo gerne være inden for en ramme, borgeren er jo inkluderet med et retningsgivende mål og det er slet ikke sikkert, at det er det borger ønsker.*

En fysioterapeut siger:

-Kommunen har et regel sæt, eller de har et økonomisk baseret system, og vi har et system der hedder borger i centrum. For eksempel hvis borger har som mål, at han igen kan flyve til Mallorca hver sommer, men han kan ikke komme til flyet [...] Det man får ydelser på, når man er en del af Grib Hverdagen er: skal man have hjælp til praktisk hjælp eller skal man ikke? Det er jo lidt absurd, for de får det på: kan de gøre rent eller ikke gøre rent? ...Men deres største ønske er at komme til Mallorca!

Visitors kommentar: "borger er jo inkluderet med et retningsgivende mål" rammer lige ind i det, der kendetegner de fleste møder mellem folk og velfærdsinstitution: menneskers problemer oversættes til "systemsprog", således at individets situation afklares ud fra institutionens fastlagte rammer/diagnoser. På den måde tilpasses individet de kategorier, der modsvarer de foranstaltninger og handlingsmodeller, som velfærdsinstitutionen råder over. Sagt på en anden måde, så er det ofte sådan, at et individs situation er for kompleks til at kunne rummes i sin helhed: det må forenkles og standardiseres, borger må passes ind i "kasser", før "systemet" kan handle³².

Men, spørger terapeuterne, hvordan kan vi så være tro mod både kongstanken i rehabilitering: at tage udgangspunkt i borgers mål og borgers hele livssituation og mod kommunens kvalitetsstandard?

Og hvordan hænger det sammen med light moduleerne, hvor borger ikke inddrages på samme måde i processen, men målene tager direkte udgangspunkt i, hvad borger har ansøgt om hjælp til, frem for borgermålene på baggrund af en COPM som i et rehab forløb.

Al magt til borger, siger en ledetråd i Sundhed og Omsorg³³, " Det er borgeren, der bestemmer – altid og i alle situationer". Men hvem bestemmer i sidste ende?

Ledelsesret og ledelsesrum

Hvert tværfagligt team har en eller to ledere med en koordinerende funktion i forhold til opgaverne i teamet. Dette afsnit baseres på data fra møder og fokusgruppediskussion med de koordinerende ledere.

De tværfaglige teams består af medarbejdere fra henholdsvis sundhedsklinikken og hjemmeplejen og visitationen. De 2 førstnævnte har Grib Hverdagen som delopgave, imens visitator primært arbejder med rehabilitering alene. Disse ledere skal koordinere de repræsenterede faggruppers funktioner, altså koordinere relationer mellem funktioner (og ikke personerne i sig selv) Denne ledelsesfunktion beskrives som et krydspres med et uklart ledelsesrum: Grib Hverdagen er en ny måde at arbejde på og opgaverne går på tværs af teams og hjemmepleje/sundhedsklinik/rehabiliteringsvisitatorer. Det betyder, at f.eks. en koordinerende leder fra sundhedsklinikken ikke har "almindelig" ledelsesret i forhold til hjemmetrænere og visitatorer, og derfor kan bruge en del tid på at forhandle og understøtte et flow i rehabiliteringsindsatserne. Det har også vist sig vigtigt, at der koordineres med den lokale administrationsleder, idet fordeling af

³² Jöncke, S. (2007): Velfærdsstaten som integrationsprojekt. I: Olwig & Pærregaard (red.) *Integration. Antropologiske perspektiver*. Museum Tusulanum, København. , Järvinen, M & Mik-Meyer, N, eds. (2003): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København.

³³ Al magt til borgerne: Det er borgerne, vi er her for. Det gælder i særlig grad, når de har brug for vores hjælp. Derfor skal vi sikre, at borgerne bestemmer over egen hverdag og den hjælp de får. Det skaber trivsel og livsglæde. Borgerne er eksperter i eget liv, og vi er borgernes medspillere og støtter det enkelte menneskes individuelle behov med vores faglighed. Det er borgeren, der bestemmer – altid og i alle situationer (en af 4 ledetråde for et bedre liv, formuleret af chefteamet i Sundhed og Omsorg som strategi for 2010-2014)

afregningen i de rigtige kasser lokalt, har afgørende betydning for den økonomiske balance i de lokale enheder. Modulafregningen er en udfordring.

Rehabiliteringsindsatsen kræver, især i den indledende fase, meget mere tid end den vanlige hjælp. Nogle koordinerende ledere oplever, at de arbejder i en ledelsesmæssig gråzone, hvor det er svært at få givet de nødvendige minutter for at hjemmetrænere kan udføre den plan, terapeuterne har lagt. Den samme prioriteringstendens ses hos alle faggrupper i forhold til tværfaglige møder: når hverdagen er presset, prioriterer man borger frem for tværfaglige møder.

Det første år har endvidere vist, at det kræver en god portion struktur og systematik at lede et tværfagligt møde og sikre, at relevante borgere vendes med et tværfagligt blik, at der er flow i sagerne, og at ansvaret for næste skridt i en borgersag landes hos rette vedkommende. Der er forskel på kompetencerne omkring mødeledelse i de 20 tværfaglige teams, og det er tydeligt, at en dygtig mødeleder skaber mere ro på opgaverne i Grib Hverdagen, mens det bliver til forvirrende møder og spildtid i teams, hvor der ikke er en dygtig mødeleder. Under fokusgruppediskussioner med tværfaglige teams har medarbejdere udtrykt, at det sommetider er uklart, hvem gør hvad og hvordan rækkefølgen i sagen er. For at skabe flow i sagerne er det desuden nødvendigt, at den koordinerende leder deltager i møderne.

For at Grib Hverdagen kan lykkes og paradigmeskiftet derved gennemføres, kræves en solid ledelsesmæssig opbakning fra alle ledere i den lokale organisation.

Konkluderende bemærkninger

At indføre hverdagsrehabilitering som en måde at arbejde på i Århus Kommune er en proces, der tager tid og en proces der involverer mange aktører. Det har effekt, men det har også sine udfordringer.

I dette afsnit er der blevet zoomet ind på det der virker godt, det udfordrende og de aspekter der bør justeres i projektet.

De kvalitative data viser tydeligt, at medarbejderne synes, det giver mening at arbejde tværfagligt, sådan som det udformes i Grib Hverdagen. Herunder at også rehabiliteringsvisitatorer indgår som del af teamet. Medarbejderne føler, det skaber en større effektivitet at arbejde med mål og det giver samtidig en arbejdsglæde at se, hvordan borgeres funktionsevne rykker positivt. Den rehabiliterende arbejdsmåde – arbejde med at støtte borgere til at klare sig selv bedst muligt – har en afsmittende effekt på tilgange hos de øvrige borgere, som medarbejderne kommer hos. Projektmedarbejdernes rolle som forandringsagenter bliver fremhævet som noget, der understøtter indførelsen af den nye tankegang.

Men der er også udfordringer i projektet: borgere har svært ved at forstå formålet med hverdagsrehabilitering, særligt rehab light borgere. Generelt opleves det nemmere at arbejde rehabiliterende ved nye borgere frem for ved "gamle" borgere, som har været vant til kompenserende hjælp. Særligt terapeuter sætter spot på, hvordan kommunens kvalitetsstandarder sommetider kolliderer med borgers mål.

I samarbejdsrelationer efterlyses, at sygeplejersker inkluderes mere, at der defineres klarere ansvars- og rollefordelinger, og at der sættes fokus på dokumentationsfeltet, særligt i forhold til hjemmetrænere.

Medarbejdere på tværs af byen pointerer vigtigheden af information om projektet, både i forhold til bedre introduktion til borgerne om, hvad det indebærer at være del af Grib Hverdagen og opstille synlige mål for indsatsen, og til deres kolleger, disponenter og ledere.

Og så er der et ønske om at udvide projektet til 24/7. Det vil sikre sammenhængen i forløbet ved borgere, som får aften og weekendydelse.

Ledelsesmæssigt oplever de koordinerende ledere et krydspres, og de oplever en del administrativt bøv. Medarbejdere efterlyser klar opbakning fra ledelsesniveauer i organisationen.

Konklusion med anbefalinger & opmærksomhedspunkter

Såvel den kvalitative som den sundhedsøkonomiske del af analysen viser, at Grib Hverdagen er på rette vej. Rehabiliteringstanken spreder sig, borgere får forbedret deres funktionsniveau og medarbejdere er generelt glade for at arbejde tværfagligt. Der ses en tendens til, at det også økonomisk kan betale sig at arbejde rehabiliterende.

Analyserne viser samtidig, at det tager tid at indføre et nyt tankesæt og en ny arbejdsform, både hos borgere og medarbejdere. Effekten af Grib Hverdagen kan først ses over tid: når arbejdsformen er velintegreret i daglig praksis, når borgere har vænnet sig til den nye måde at gøre tingene på, og når der begynder at tegne sig et billede af, hvor længe effekten af indsatsen holder.

Midtvejsevalueringen fremkommer derfor ikke for eksempel med beregninger på de besparelser, der måtte være forbundet med indsatsen. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt. I stedet sætter midtvejsevalueringen spot på udviklingen og læringen i det første år af projektet; hvad virker godt, hvad er udfordringerne, status på projektmålene og fremadrettede løsninger og justeringer i projektet. Herunder hovedpointerne, med et efterfølgende afsnit om de fremtidige perspektiver, herunder anbefalinger og opmærksomhedspunkter på baggrund af data fra midtvejsevalueringen.

Grib Hverdagen er bærer af et paradigmeskifte – det tager tid

Paradigmeskiftet fra kompenserende hjælp til rehabilitering er grundlæggende et skifte fra "vi gør det for borger" til "vi gør det med borger". Det er et nyt tankesæt, som indebærer et skifte på flere niveauer: i definitionen af hvad et velfærdssamfund indebærer; i måden at anskue sundhed og omsorg på; i måden at arbejde på og måden at italesætte skiftet på. Det er således et tankesæt, der berører os alle. Et paradigmeskifte tager tid, og processen er kendetegnet ved sammenstød i det nye og det gamle tankesæt, og en forhandling om indsatsen.

Borgerreaktioner er primært positive

De fleste borgere er positive i forhold til Grib Hverdagen indsatsen. De føler sig hørt og mærker, at indsatsen understøtter deres vej til hverdagen. Over 30 % af Grib Hverdagen borgere bliver helt selvhjulpne efter indsatsen. Ved mere end 3/4 af forløbene påvises en forbedring af funktionsevnen.

Målgruppen i Grib Hverdagen er karakteriseret ved, at halvdelen er kendte borgere, som har fået hjælp før. Medarbejdere oplever, at det er betydelig lettere at arbejde hverdagsrehabiliterende ved borgere, som ikke har været vant til den "gamle" form for hjemmehjælp.

Rehab borgere, dvs. borgere med mere komplekse forløb, som udgør langt hovedparten af Grib Hverdagen, er generelt positive. Derimod kan borgere i rehab light målgruppen, dvs. borgere som typisk søger om hjælp til rengøring, have svært ved at forstå formålet med hverdagsrehabilitering: "jeg har betalt skat i 55 år og nu forventer jeg hjælp", dvs. kompenserende hjælp, og ikke en udredning for at se, om det kan lade sig gøre at komme til at klare sig selv helt eller delvist.

Medarbejderne: det giver god mening at arbejde tværfagligt og rehabiliterende

- og det spreder sig

De tværfaglige teams er vokset fra 13-20. Medarbejdere og ledere fortæller, at den rehabiliterende tanke spreder sig. Succeshistorier på tværs af byen gør, at flere medarbejdere fatter interesse for at arbejde hverdagsrehabiliterende. Den rehabiliterende arbejds måde har en afsmittende effekt på tilgange hos de øvrige borgere, som medarbejderne kommer hos. Medarbejderne oplever generelt, det giver mening at arbejde tværfagligt og med rehabiliterende sigte, herunder at også rehabiliteringsvisitatorer indgår som del af teamet. Tværfagligheden i Grib Hverdagen er anderledes end den måde, man ellers er vant til at arbejde. Medarbejderne føler, det skaber større effektivitet at arbejde med mål. Det giver arbejds glæde at se, hvordan borgeres funktionsevne rykker positivt. Projektmedarbejdernes rolle som forandringsagenter fremhæves en understøttende funktion i forhold til indførelsen af den nye tankegang.

Der ses en tendens til, at det kan betale sig at arbejde rehabiliterende

I den sundhedsøkonomiske analyse baseret på Grib Hverdagen viser tendensen, at det kan betale sig at arbejde rehabiliterende. Den reelle økonomiske effekt kan først påvises over tid, når det bliver muligt at se, hvor længe effekten holder, dvs. hvor længe de selvhjulpne borgere forbliver selvhjulpne.

Udfordringerne på vejen

Medarbejdere på tværs af byen pointerer vigtigheden af information om projektet, både i forhold til bedre introduktion til borgerne om, hvad det indebærer at være del af Grib Hverdagen og opstille synlige mål for indsatsen, og til deres kolleger, disponenter og ledere. I samarbejdsrelationer efterlyses, at sygeplejersker inkluderes mere, at der lokalt arbejdes med at definere klarere ansvars- og rollefordelinger i borgerforløbene og at der sættes fokus på dokumentationsfeltet, særligt i forhold til hjemmetrænere. Der er et ønske om at udvide projektet til 24/7. Det vil sikre sammenhængen i forløbet ved borgere, som får aften og weekend ydelser. Behov for ledelsesmæssig bevågenhed: for at Grib Hverdagen kan lykkes og paradigmeskiftet derved gennemføres, kræves en solid ledelsesmæssig opbakning fra alle ledere i den lokale organisation.

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter:

24/7: Grib Hverdagen bør udvides til også at dække aftenvagte alle ugens 7 dage, samt weekend.

Målgruppen bør være borgere, som i udgangspunktet vurderes til at have behov for hjemmetræning om aftenen og borgere, hvor det i forløbet vurderes, at det vil være hensigtsmæssigt at træne i eftermiddags og aften timerne også. Borgere, der i forvejen alene får hjælp om aftenen, kan også visiteres til rehabilitering. Kun i ganske særlige sager vil det være aktuelt, at rehabiliteringsplanen dækker natten.

Rolle – og ansvarsfordeling: for hver borger udpeges hhv. en sundhedsfaglig forløbskoordinator og en daglig kontaktperson.

Fuld udrulning af Grib Hverdagen i 2 lokalområder fra 1. november 2011: for at få et bedre billede af, "hvor loftet er", dvs. hvor stor en andel af et givent lokalområdes borgere, der har et rehabiliteringspotentiale, kan det anbefales, at projektet ruller fuldt ud i to områder. Det vil være hensigtsmæssigt at udvælge to lokalområder, som har haft deres medarbejdere på yderligere rehabiliteringskurser, fx Syd/Trøjborg Abildgården. Den nærmere afklaring af hvilke 2 lokalområder, der kunne indgå i dette arbejde, sker i tæt samarbejde mellem projektledelse, styregruppe for Grib Hverdagen, visitationen samt områdechefkredsen. I forbindelse hermed og for at sikre den vigtige ledelsesbevågenhed, opfordres også de øvrige lokalområder til at lave en analyse af, hvad der kræves hos dem lokalt for fuld udrulning. Projektledelsen i Grib Hverdagen kan bistå med sparring i forbindelse med disse lokale analyser.

Større inklusion af sygeplejersker: Det kan anbefales, at alle rehab-borgere "screenes" af sygeplejersker i henhold til Sundhedsstyrelsens 12 sygeplejefaglige problemområder, at der etableres temaeftermiddag/undervisning i forhold til sygepleje og rehabilitering, at der arrangeres og afholdes netværksmøder for rehab-sygeplejersker, samt at prioritere efteruddannelse på diplomniveau indenfor rehabilitering i samarbejde med VIA/rotationsprojektet

Ydelser: Det kan anbefales at fastholde ydelser i form af rehabiliteringsmoduler trods administrativt "bøvl", da modultanken er med til at understøtte fokus på den enkelte borgers situation. Der udvikles pt. et system i LIS (i tæt samarbejde med administrationsledere), som vil lette arbejdet ift. fordeling af ydelserne.

Information: Der er behov for at sikre bedre information til borger om Grib Hverdagen, og synliggørelse af mål. Der er brug for større fokus på dette felt både fra visitators og udførers side. Samtidig bør den allerede startede proces med oplysning til øvrige teams om Grib Hverdagen intensiveres, planlægning heraf i et samarbejde mellem de lokale ledelser og projektteamet.

Scoringsredskaber: Det anbefales fortsat at score Barthel og COPM for rehab borgere for at følge udviklingen ift. dels faglige, dels borgers mål.

Effektmål og data: . Økonomisk viser tendensen, at det kan betale sig at arbejde rehabiliterende. Det er konklusionen af den sundhedsøkonomiske analyse. Men det er vanskeligt at påvise præcis, hvor meget Århus Kommune sparer ved indsatsen. Der er brug for fokus på udvikling af økonomiske beregninger, hvilket vil nødvendiggøre en allokering af personaleressourcer til denne opgave i Mål - og Økonomistyring. I Mål- og Økonomistyring arbejdes pt. med de data, der skal indgå i fremtidige rapporter på rehabiliteringsområdet. Der er mange data, det vil være interessant at kunne se, men da det er ressourcekrævende at frembringe disse data, bliver det nødvendigt fra centralt hold at beslutte, hvilke data er "need to know" og hvilke er "nice to know" generelt på rehabiliteringsområdet, samt hvordan eksempelvis effektmål kan bruges mest hensigtsmæssigt.

Private leverandører: Der er behov for at sætte fokus på koblingen mellem private leverandører og hverdagsrehabilitering, herunder en udarbejdelse af en kravspecifikation og en tidsplan for processen.

Frivillige: Der er gode erfaringer med inddragelse af frivillige i hverdagsrehabiliterings projekter andre steder i landet. Der bør i efteråret 2011 være fokus på, at frivilligkoordinatorerne knyttes tættere på de tværfaglige teams og indgår i tættere samarbejde med projektteamet.

Kost og ernæring: Der er behov for at kost og ernæring inkorporeres som særligt fokuspunkt i Grib Hverdagen, med udgangspunkt i de anbefalinger, som implementeringen af Servicestyrelsens kvalitetsudviklingsprojekt "God mad – godt liv" i Viby-Rosenvang, ender op med i evalueringsrapport okt. 2011.

Bilag 1

225 borger udsagn om deres mest betydningsfulde hverdagsaktiviteter (COPM)

I rehabiliteringsforløbet bliver borger indledende interviewet med henblik på at få identificeret de hverdagsaktiviteter, som borger har brug for eller ønsker at lave i sin dagligdag, men som vedkommende ikke gør eller ikke gør tilfredsstillende. Ergo- eller fysioterapeuten anvender hertil redskabet COPM.

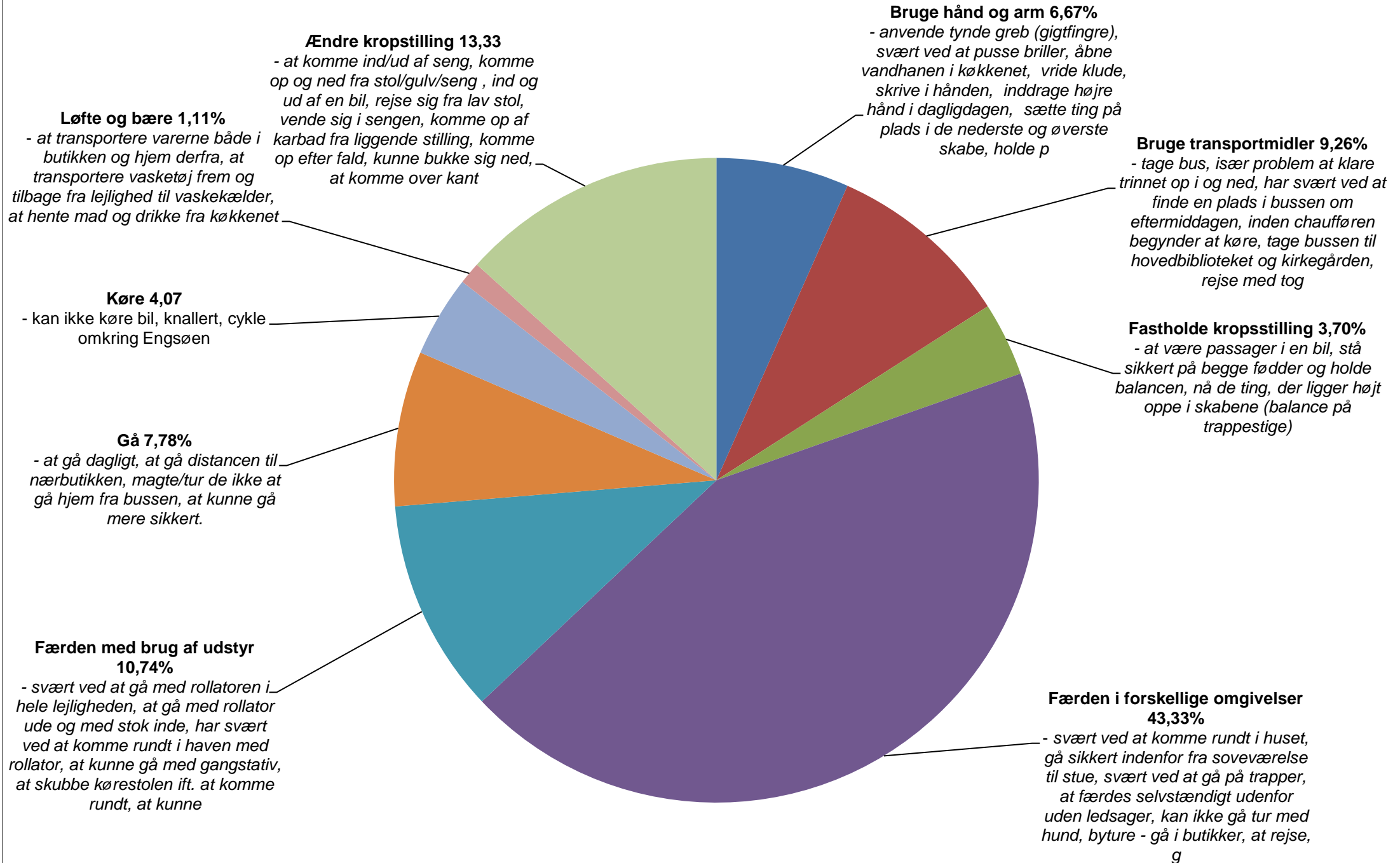
I perioden september 2010 til august 2011 har 225 borgere fået udarbejdet en COPM, som har givet 2 typer af svar:

1. Identificering af op til 5 aktivitetsproblematikker indenfor egen aktivitetsudøvelse.
2. Vurdering af betydning, udførsel og tilfredshed af disse aktivitetsproblematikker på en skala fra 1-10.

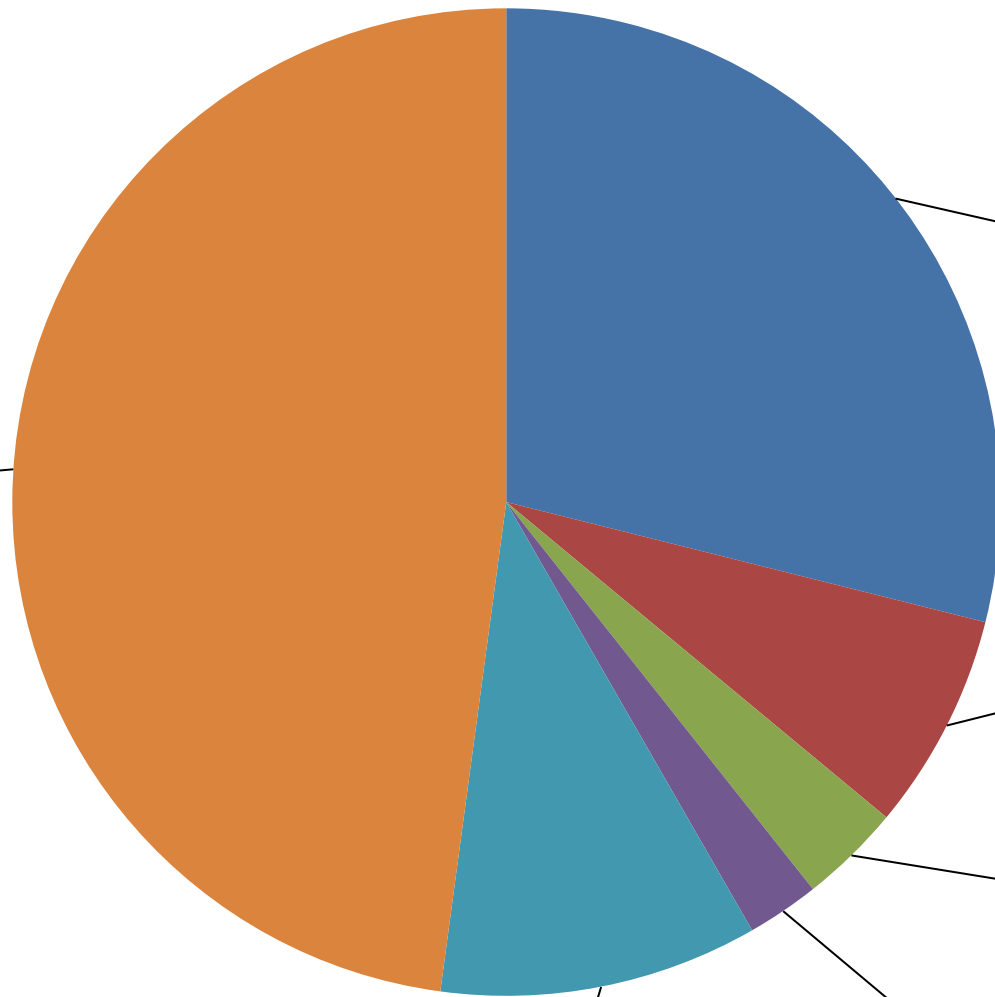
For at fremme et helhedssyn og skabe overblik over i alt 950 identificerede aktivitetsproblematikker, skrevet med kursiv, er de i det følgende skema kategoriseret og struktureret efter ICF - International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Komponenten "Aktiviteter og deltagelse" er fremstillet før "Kroppens funktioner og anatomi" og "Omgivelsesfaktorer", ligeledes er de kapitler, som ikke har udsagn at kategorisere undladt. De 3 domæner Bevægelse og Færden, Omsorg for sig selv og Husførelse er fremstillet grafisk på baggrund af kategorisering til 2. niveau.

Antal i alt 950	Borgers egne udsagn om deres op til 5 meste betydningsfulde hverdags aktivitetsproblematikker...	ICF anvendt som reference med kapitel inddeling
6	<i>svært ved at læse avis, løse kryds og tværs</i>	<u>Aktiviteter og deltagelse</u> Læring og anvendelse af viden
7	<i>at holde fast i at spise aftensmad og tage et bad, at få udført daglige opgaver/rutiner som at tage medicin,</i>	Almindelige opgaver og krav
3	<i>afatiske problemstillinger, tale i sociale sammenhænge, kommunikation med familie i udlandet,</i>	Kommunikation
271	<i>se grafisk fremstilling</i>	Bevægelse og færden
213	<i>se grafisk fremstilling</i>	Omsorg for sig selv
329	<i>se grafisk fremstilling</i>	Husførelse
17	<i>har svært ved at møde ældre danskere, har svært ved at komme ud/i kontakt med andre, at have kræfter til besøg af familie mere end 1 time af gangen, at invitere gæster, at tage på besøg hos venner, bekendte og familie, har brug for ny omgangskreds, at besøge kæresten på Fyn, at kunne sove i fælles seng</i>	Interpersonelt samspil og kontakt
4	<i>komme på arbejde (fysisk være til stede), komme i bank for at hæve penge, gå på posthus,</i>	Vigtige livsområder

Bevægelse og færden



Omsorg for sig selv



Vaske sig 47,87%

- at kunne tage bad på en sikker måde, tage et karbad er bange for at falde, problemer med at tørre op efter bad, vaske sig fornedet, på ryggen og bagpå, vaske og rulle hår op, vaske højre side af overkrop, tørre fødder og ryg, udføre etag

Af og påklædning 28,91%

- at kunne tage skjorte, trøje, bukser, strømper og sko på, tage støttestrømper af/på, svært ved knapper pga hø. hånd, tage sin BH på, strømpebukser, kunne tage underdele på efter hvert toiletbesøg, at kunne finde tøj frem fra klæde

Gå på toilet 7,11%

- selv kunne komme på toilettet, at nå på toilet i tide, at kunne stå op om natten og gå på toilet

Kropspleje 3,32%

- at børste tænder, smøre creme i ansigtet, selv smøre knopper på ryg, svært ved at klippe negle både fødder og hænder, selv klare morgen ADL

Spise og drikke 2,37%

- at spise uden at spilde, kunne spise med kniv og gaffel, mener selv at det går bedre med at huske at drikke, at hente juice/proteindrik i køleskab og hælde op i et glas

Varetage egen sundhed 10,43%

- at komme på center og træne, får ikke motioneret, svært ved at komme afsted til svømning, gymnastik, dans, komme til læge, fodterapeut, tandlæge, har svært ved at få passet øre og øjne, svært ved at have gode kostvaner, tage

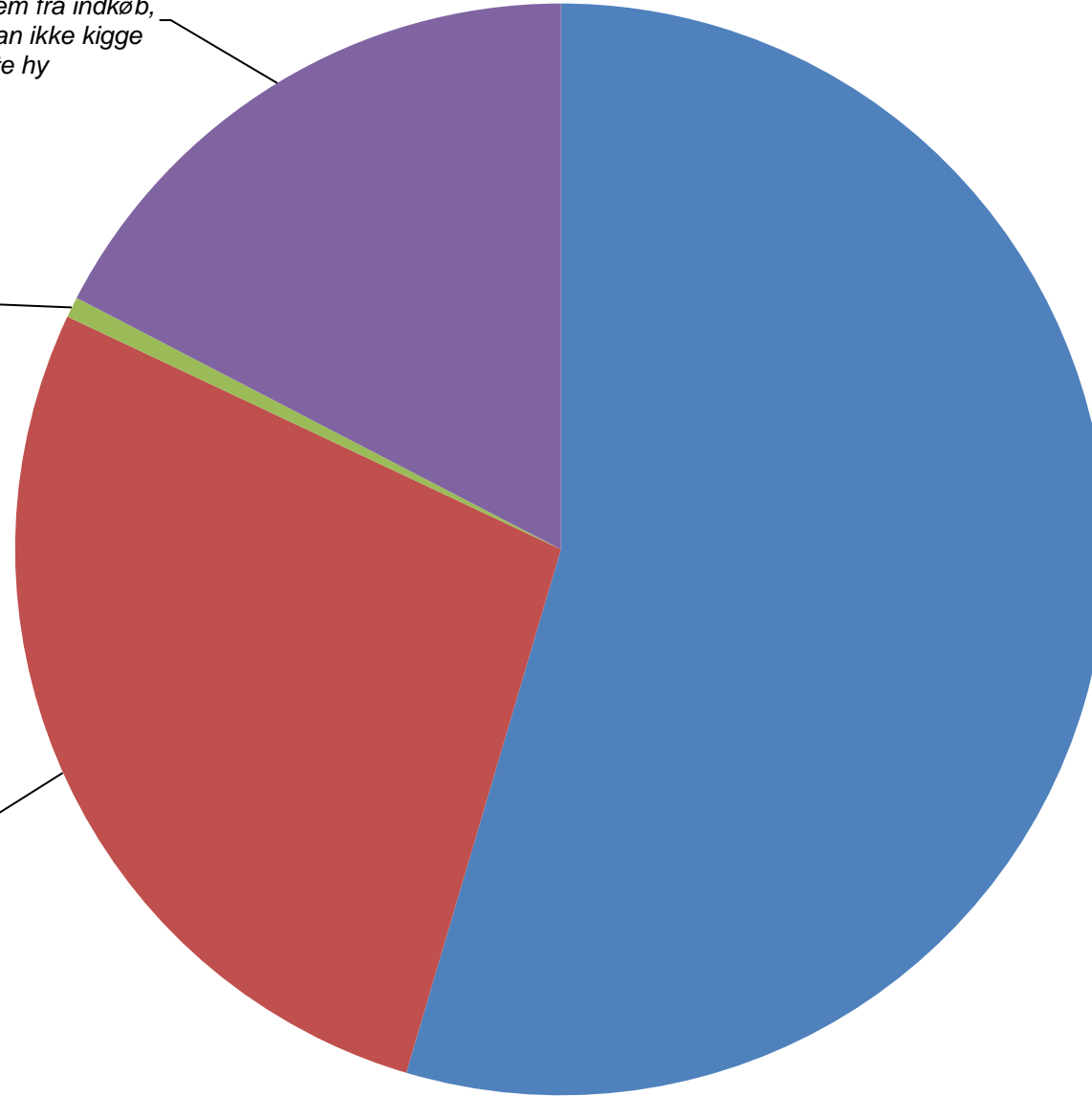
Husførelse

Skaffe sig varer og tjenesteydelser 17,38%
- har svært ved at få købt pålæg ind til aftensmad, gå efter tilbud, at handle stort ind, være med hustru/kæreste/søn/datter på indkøb, bære varer hjem fra indkøb, planlægge indkøb, kan ikke kigge op på øverste hy

Passe ejendele 0,61%
- holde have, feje og rydde sne, passe drivhuset og luge på gårdspladsen, gøre indflytningen i lejligheden færdig, lufte hunden, give fuglene mad, plante i altankasser

Lave mad 27,44%
- svært ved at tilberede morgenmad, frokost, aftensmad, skære og smøre brød, lave varm mad, hente mad i fryser, tage mad frem fra køleskab, fragte det til spiseplads, bage, tage ting ud af ovnen, at tage papir af frostmad, lave kaffe, varm

Lave husligt arbejde 54,57
- svært ved at støvsuge og vaske gulv/trappe, rengøre køleskab, komfur og ovn, rede sin seng, skifte sengetøj, tørre støv af på bogreolens øverste hylder, vaske grundigt nok op, vride en klud, bære kurv med vasketøj til/fra vaske



Bilag 2

Oversigt over organiseringsmodeller for de tværfaglige teams i Grib Hverdagen, pr. 1/9 2011

	Organisering	Lokalcenter
Model 1	<p>1 tværfagligt team</p> <p>1 ergo., 1 fys., 1 spl., 1 visitator og x-antal hjemmetrænere, 1-2 koordinerende ledere.</p> <p>Mødes x1 pr uge.</p>	<p>Hørgården</p> <p>Vejlby(spl=teamleder fra hj.plejen)</p> <p>Midtbyen(spl=teamleder fra SK)</p> <p>Viby(2 koord ledere, 1 fra hj.plejen og 1 fra SK)</p>
Model 1a	<p>1 tværfagligt team</p> <p>2 ergo, 1 fys, 2 spl, visitator, 2 koordinerende ledere(1 fra hj.plejen og 1 fra SK) og ad hoc teamledere/disponenter.</p> <p>Mødes x1 pr uge.</p> <p>Hjemmetrænere kontakter/kontaktet af teamet ad hoc.</p>	<p>Trøjborg Abildgården</p> <p>Hasle(1 ergo, fys og spl)</p>
Model 2	<p>2 tværfaglige teams</p> <p>Samme ergo., fys., spl., og områdernes respektive hjemmetrænere.</p> <p>2 til 3 koordinerende ledere</p> <p>Mødes x1 hver 14 dag</p>	<p>Skelager Bjørnshøj(1 vis og 2 koord.ledere)</p> <p>Sydvest(1 vis og 2-3 koord.ledere)</p>
Model 2a	<p>2 tværfaglige teams</p> <p>1 ergo., 1 fys., 1 spl. og x-antal hjemmetrænere pr team.</p> <p>Koordinerende leder og vis går igen.</p> <p>Hvert team mødes x1 pr uge</p>	<p>Frederiksbjerg</p> <p>Nordvest</p> <p>Syd(2 vis og 2 koord.ledere)</p> <p>Vest(1 vis og 2-4 koord.ledere)</p> <p>Holme Skåde(2 vis og 2-3 koord.ledere)</p>
Model 3	<p>3 tværfaglige teams</p> <p>I alt 4 ergo, 2 fys og 3 spl.</p> <p>Samme visitator i 2 teams.</p> <p>3 teamledere fra hjemmeplejen deltager i hver deres område</p> <p>Koordinerende leder cirkulerer mlm møderne</p> <p>Hvert team mødes en gang hver uge. Der er overlap på 2 af møderne.</p>	<p>Nord</p>