

Flyt fokus fra kompensation til træning.

” helt fra starten af i et forløb, hvis vi da kan få lov til at præge det, så skaber vi en kultur, hvor de ligesom siger ”jamen her, der arbejder vi på at folk skal blive mere og mere selvhjulpne så vidt det er muligt”. Og jo tidligere i forløbet de lærer det, så synes borgeren også at det er en god idé”

Terapeuten

”det var en glæde når borgeren var blevet selvhjulpne og derfor kunne frasige sig vores besøg... og se glæden i borgerens øjne den dag målene er nået, og vi afslutter forløbet. Det gør for mig, at jeg synes at jeg har gjort mit arbejde godt”

SOSU personalet

Evaluering af Projekt ”Træning til selvhjælp” i Herning Kommune.

Hjemmetræning til borgere i eget hjem med henblik på at øge og fastholde selvhjulpnehed

- et projekt i Herning Kommune i samarbejde med Ergoterapeut - og Fysioterapeutuddannelserne i Holstebro, VIA University College.

Januar 2009

Birthe Lodahl Andersen. Ergoterapeutuddannelsen
Lene Kirk. Fysioterapeutuddannelsen.
Campus Holstebro. VIA University College, Danmark

Indholdsfortegnelse.

Forord.....	1
Resume.....	2
Konklusion.....	2
Anbefalinger.....	3
1. Projektet.....	5
1.1. Indledning og baggrund.....	5
1.2. Formål.....	7
1.3. Inklusions- og eksklusionskriterier.....	7
1.4. Procedurer i projekt Træning til selvhjælp.....	9
1.4.1. Visitation.....	9
1.4.2. Målsætning og handleplan.....	9
1.4.2. Terapeutiske metoder.....	10
1.4.3. Samarbejde mellem terapeuter.....	11
1.4.4. Overdragelse mellem terapeuter og SOSU personale.....	11
2. Evalueringsramme.....	12
2.1. Registreringer og evalueringsskemaer.....	12
2.2. Interviews.....	13
2.2.1. Udvælgelse af respondenter.....	14
2.2.2. Dataenes tilblivelse.....	14
2.2.3. Analyse.....	15
3. Resultat.....	16
3.1. Forudsætninger for at borgeren kan øge og fastholde selvhjulpenhed.....	16
3.1.1. Deltagende borgere i projektet.....	16
3.1.2. Opgørelse over visiteret plejeydelse før og efter træningsforløbet.....	17
3.1.3. Borgernes problemstillinger og træningsmål.....	17
3.1.4. Træningsfokus og plejeydelser i forhold til faglighed.....	17
3.1.5. Relevant målgruppe.....	18
3.2. Organisering af det tværfaglige samarbejde.....	18
3.2.1. Tid.....	18
3.2.2. Overdragelsestiltag.....	19
3.2.3. Samarbejdsrelationer.....	19
3.2.4. Krav til medarbejdere.....	20
3.3. Konsekvens af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces.....	21
3.3.1. Konsekvenser for fagligheden.....	21
3.3.2. Konsekvenser for arbejdsglæde.....	21
4. Diskussion.....	22
4.1.1. Forudsætninger for at borgeren kan øge og fastholde selvhjulpenhed.....	22
4.1.2. Organisering af det tværfaglige samarbejde.....	26
4.1.3. Konsekvens af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces.....	27

4.2. Kritik af undersøgelsen.....	30
4.2.1. Vurdering af generaliserbarhed.....	32
Litteraturliste.....	33
Bilagsfortegnelse.....	35

Førord.

Det foreliggende projekt er igangsat på baggrund af et tværfagligt samarbejde mellem teori og praksis. Den ledende terapeut fra Aktivitet og Pleje afdelingen i Herning Kommune har i samarbejde med studiecheferne ved ergo – og fysioterapeutuddannelserne i VIA University College (VIA UC), Holstebro udarbejdet de overordnede rammer for projektet. Afdelingen for Aktivitet og Pleje har modtaget midler fra Ældrepuljen i Herning Kommune (300.000 kr.) samt Puljen til udvikling af bedre ældrepleje (UBÆP) fra Velfærdsministeriet til iværksættelse af et projekt om optimering af træningen til borgere i eget hjem (274.700 kr.). VIA UC har ligeledes bevilliget timer til undervisernes inddragelse i projektet. Samarbejdet er udmøntet i, at to undervisere fra henholdsvis Ergoterapeutuddannelsen og Fysioterapeutuddannelsen indgår som projektledere og teoretisk basis samt ansvarlige for evaluering af projektet, mens der i Herning Kommune er to terapeuter, der forestår den praktiske planlægning og afvikling af projektet. Samarbejdet sigter mod at udnytte hinandens kompetencer i udviklingen af en optimeret træningsindsats for borgerne samt at fremme praksisinddragelse og professionsudvikling på uddannelserne. Projektet er i forløbet blevet en del af Videncentret for Omsorg, Liv og Aldring (VIOLA) i VIA UC.

Projektet startede i efteråret 2007, blev implementeret fra 1/2 2008 - 31/8 2008 med efterfølgende afslutning af inkluderede borgere senest 16/11 2008. Databearbejdning foregik indtil januar 2009. Formidling og opfølgning foregik i forår 2009.

Sideløbende med implementering af projektet udarbejdede den ene projektleder en afhandling ved Master i Rehabilitering, Syddansk Universitet med udgangspunkt i projektet (Andersen, 2008). Afhandlingen er brugt som baggrund og inspiration til dataindsamling i herværende projekt.

Projektets planlægning og udførelse har været afhængig af et tæt og uundværligt samarbejde gennem møder med deltagelse af repræsentanter fra distriktsledere og SOSU personale i Aktivitet og Pleje, visitationsenheden, ledere for terapeuterne, de involverede ergo - og fysioterapeuter i Herning kommune samt Ergo – og Fysioterapeutuddannelserne i Holstebro.

Birthe Lodahl Andersen

bla@viauc.dk

Tlf - arbejde: 87552463. Mobil: 22845489

Lene Kirk

lk@viauc.dk

Tlf – arbejde: 87552368. Mobil: 22528428

Resume.

Denne rapport beskriver omdrejningspunkter og procedurer for Projekt Træning til selvhjælp, og evaluerer projektets resultater.

Formålet er at uddrage centrale og nødvendige faktorer for, at borgere i eget hjem øger og fastholder selvhjulpnehed mest muligt, når de har behov for ydelser under Serviceloven. Fokus er på organisering af det tværfaglige samarbejde mellem visitation, distriktsledere, ergo – og fysioterapeuter samt SOSU personale.

Evalueringen bygger på registreringer af borgernes problemstillinger, mål for træningsforløbet og terapeuternes tiltag, borgernes visiterede ydelser før – og efter træningsforløb, begrundelse for at nogle borgere takker nej til træningstilbud samt samarbejdstiltag mellem terapeuter, visitation og SOSU personale.

Ovennævnte er sammenholdt med data fra 2 gruppeinterviews med de to deltagende ergo – og fysioterapeuter samt 4 SOSU personaler.

Konklusion.

Resultaterne fra projektet viser, at Herning kommune bør flytte fokus i ydelserne givet under Serviceloven, fra at kompensere for nedsat funktionsevne, til at udnytte borgerens ressourcer og udviklingsmuligheder via træning når det er muligt.

Der anbefales en organisering, hvor terapeuterne vurderer træningspotentialer hos borgeren, igangsætter træning og overdrager denne til SOSU personale, når det skønnes relevant.

Resultaterne viser at:

- det gør flere borgere mere selvhjulpne (50% af de deltagende borgere var fuldt selvhjulpne efter træningsforløbet).
- det giver større arbejdsglæde for de involverede SOSU personaler
- det giver bedre udnyttelse af ergo – og fysioterapeuter og SOSU personales kompetencer.

For at ændre fokus i ydelserne under Serviceloven, vil det kræve, at der i Herning Kommune træffes en politisk beslutning derom. Det er nødvendigt, at der fra øverste ledelse gives retningslinjer og mål for en ny organisering med fokus på tværfagligt

samarbejde og opgaveglidning som beskrevet i anbefalingerne nedenfor, samt at der bevilliges ressourcer til det.

Den enkelte medarbejder skal føle sig tryk ved at indgå i tværfagligt samarbejde, hvor der skal afgives kendte arbejdsopgaver og modtages nye. Det er derfor vigtigt, at der er fuld opbakning og accept af dette fra ledelses side og blandt alle medarbejdergrupper, og her har lederne på alle niveauer en vigtig rolle.

Implementering af ny organisering og nyt arbejdsindhold kræver stor bevågenhed, støtte, opfølgning hvis det skal lykkes.

Det anbefales, at den fundne organisering af det tværfaglige samarbejde fra projektet implementeres i hele Herning Kommune gennem minimum 2 år for at ændre fokus i ydelserne, effektivisere samarbejdsprocesserne samt mere præcis at afdække relevante borgere til træningstilbud. Dette vil give mulighed for at evaluere på parametre som borgernes funktionsevne, borgertilfredshed, organisering, medarbejdernes arbejdsindhold og trivsel samt udvalgte økonomiske konsekvenser.

Anbefalinger.

Relevant målgruppe for at øge og fastholde selvhjulpnehed.

Mange flere ældre borgere i Herning kommune bør trænes for at øge deres funktionsniveau og gøre dem selvhjulpne.

- Svage borgere med generel muskelsvaghed har et træningspotentiale.
- Borgere med mange og forskelligartede problemer som har tendens til at falde gennem systemets standarder, kan profitere af denne form for træning.
- Borgere med ukomplicerede og afgrænsede funktionsnedsættelser vil hurtigt kunne blive selvhjulpne ved træning.
- Borgere der falder i funktionsniveau ved akut sygdom, skal kunne få træningstilbud igen, selvom de tidligere har modtaget dette.

Organisering

- Der bør altid være fokus på borgerens træningspotentiale, når borgeren søger kommunal hjælp, og der bør tilbydes træning hurtigt muligt til relevante borgere.

- Ergo - og fysioterapeuter skal inddrages i vurderingen af træningspotentiale og træningsbehov ved ny-visitation, samt ved borgere der allerede modtager hjælp, men oplever ændring i funktionsevne eller træningspotentiale.
- Alle involverede skal arbejde på at gøre borgerne så motiverede som muligt.
- Ergo – og fysioterapeuter skal være koordinatore for borgerens træningsforløb fra start til slut, og de bør arbejde tæt sammen.
- SOSU personalet bør være gennemgående hos den enkelte borger
- Der skal opsættes mål og handleplan for borgerens forløb ved start og ved overdragelse til SOSU personale.
- SOSU personalet bør deltage i målsætning med borger og terapeut ved overdragelse.
- Der skal være tæt ansigt til ansigt samarbejde mellem terapeuter og SOSU personale ved opstart, løbende og ved evaluering/afslutning af borgerens forløb.
- Der skal afsættes tid nok til, at SOSU personalet kan have træningsfokus hos borgeren.
- Terapeuter og SOSU personale skal bevilges tid nok til at indgå i det tværfaglige samarbejde
- Ergo – og fysioterapeuter og SOSU personale skal have let tilgang til hinanden gennem mobiltelefon og PDA
- Terapeuterne bør være til stede i distrikterne ugentligt, og der skal arbejdes mod oprettelse af tværfaglige teams i distrikterne.
- Private udbydere under Fritvalgs-ordningen skal kunne yde pleje med træningsfokus hos relevante borgere samt indgå i tværfagligt samarbejde derom.

Konsekvenser af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces

- Motivation for pleje med træningsfokus skal være afgørende for valg af SOSU personale til træningsforløb.
- Motivation for træning, tværfagligt samarbejde samt varetagelse af koordinator rollen skal være afgørende for valg af ergo – og fysioterapeuter til træningsforløb.
- Alle visitatorer samt ergo – og fysioterapeuter, distriktsledere og SOSU personaler i Aktivitet og Pleje skal over tid have et minimum af forståelse for og evne til at opdage og udnytte træningspotentiale hos borgeren (evt. gennem et kursusforløb).

1. Projektet.

1.1. Indledning og baggrund.

Der er gennem de seneste år udviklet meget evidens for trænings gavnlige effekt. Socialministeriet udgav i 2002 rapporten ”Evidens om fysisk aktivitet og træning for ældre”, hvor der er samlet relevant viden om træning til ældre (Socialministeriet, 2002). Bente Klarlund Pedersen har desuden forsket i effekt af fysisk træning i forhold til forskellige sygdomme og funktionsnedsættelser (Klarlund, 2005).

Samtidig viser anden forskning, at borgerens motivation har afgørende betydning for at lære og fastholde færdigheder, og at udbytte og tilfredshed med forløbet øges betydeligt, når borgeren deltager aktivt i målsætning for sin træning (Christiansen, 2005). Tilsvarende ses, at borgerne naturligt kan fastholde den opnåede funktionsevne, hvis et rehabiliteringsforløb medfører en livssituation med aktivitet og vaner, der sikrer deltagelse på områder, borgeren finder vigtigt (Bredland et al. 2002; Vik, 2008).

I forhold til at øge og bevare funktionsniveauet hos ældre borgere, er der således både fokus på, at træningen og indsatserne tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker, at der trænes i de relevante funktioner og aktiviteter, samt at træningen i nogle tilfælde bør foregå i relevante og naturlige omgivelser, for at borgeren kan profitere af denne (Sundhedsstyrelsen, 2005; Karlsson, 2006).

Derfor har der været projekter i flere kommuner i ind - og udland, hvor man har iværksat en målrettet træningsindsats for borgeren i deres eget hjem (ibid) og med fokus på fagpersonalets samarbejdsformer og koordinering af indsatserne (Hills et al.2007; Turner Stokes et al. 2001; Nygren 2003). Projekterne viser forskelligartede resultater i forhold til påvirkning af borgerens funktionsevne.

Kommunerne i Danmark skal jævnfør Sundhedsloven § 205 indgå obligatoriske sundhedsaftaler med regionen om sammenhængende forløb på træningsområdet og ifølge Lov om Social Service § 86 og § 83 yde genoptræning og vedligeholdelsestræning ud fra en helhedsorienteret indsats tilpasset den enkelte borgers særlige behov, når borgeren oplever funktionsnedsættelser. Dette er med henblik på, at borgeren opnår bedst mulig funktionsevne både bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt (Social - Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, kap.4 & 5).

Den demografiske udvikling i Danmark viser, at der er voksende ældrebefolkning, og denne befolkningsgruppe er relativ udgiftstung (Danmarks statistik 2007). Det sætter de offentlige budgetter under pres, og både regioner og kommuner er nødsaget til at prioritere hårdt, for at ressourcerne anvendes bedst muligt.

I kommunalt regi udmøntes ældrepuljen årligt ud fra en fordelingsnøgle, der tager hensyn til den enkelte kommunes demografiske betingede udgiftsbehov på ældreområdet. Udmøntningen skal ifølge finanslovsaftalen anvendes fra 2007 og frem til at skabe gode og værdige forhold for de ældre, og således tilskyndes de enkelte kommuner til at styrke kvaliteten i ældreplejen.

For Herning Kommunes vedkommende viser befolkningssammensætningen fra 2008-2030, at det samlede antal borgere over 60 år vil stige ca. 21 % frem mod 2018 og op til ca. 46 % flere borgere over 60 år i 2030 (Herning Kommune 2007). Der forventes derfor større behov for offentlige ydelser til ældrebefolkningen på sigt (herunder hjælp til pleje og praktisk hjælp) samtidig med, at der nu ses rekrutteringsproblemer af social- og sundheds assistenter og hjælpere i hjemmeplejen (FOA 2008). Der laves nu flere projekter for at imødekomme dette problem (NFA, 2008), som også gør sig gældende i Herning kommune.

Der er i Herning Kommune afdelingen for Aktivitet og Pleje erfaring for, at en del borgere med funktionsevnedssættelser ikke altid tilbydes træning ved terapeuter (ergo – og fysioterapeuter) under Serviceloven, men i stedet visiteres til plejeydelser og praktisk hjælp. Derudover oplever både visitatorer, terapeuter og SOSU personale (social – og sundheds assistenter og hjælpere) mangel på sammenhæng og koordinering, når borgerne overgår fra terapeutisk indsats til SOSU – personale.

Herning Kommune, afdelingen for Aktivitet og Pleje, havde på baggrund af ovennævnte forhold ønske om, at udvide borgernes mulighed for træning i eget hjem ved en hurtig ergo – og /eller fysioterapeutisk indsats i hjemmet, efterfulgt af trænende og vedligeholdende indsats ved SOSU personale ved behov.

Fokus var på de borgere, hvis funktionsniveau faldt, mens de var i eget hjem, og ikke blev tilknyttet sygehussystemet i forbindelse dermed. Ønsket var, at de hurtigst muligt opnåede

så højt funktionsniveau som muligt, og at det opnåede funktionsniveau blev fastholdt efter afsluttet ergo – og/eller fysioterapeutisk indsats.

Indsatserne blev tildelt via Serviceloven §§ 83 og 86 (Social - Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006), og således var ydelserne i forhold til træning via Sundhedsloven ikke medtænkt i dette projekt.

Projektet forudsatte tværfagligt samarbejde mellem SOSU personale og terapeuterne, og gav derigennem mulighed for ændring og eventuel udvidelse af SOSU personalets kompetencer i forhold til at bistå borgeren i træning i hverdagen. Samtidig ville terapeuterne måske få mulighed for at opleve faglig tilfredsstillelse ved udnyttelse af deres specifikke kompetencer.

Det var derfor interessant at undersøge, hvordan en øget træningsindsats i eget hjem samt en systematiseret samarbejdsproces mellem borgeren, visitator, ergo – og fysioterapeuter og SOSU personale kunne koordineres og optimeres og eventuelt nedsætte behovet for hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp. Tilsvarende var det interessant at undersøge, hvordan det ændrede faglige arbejdsindhold blev oplevet af personalet.

1.2. Formål.

- at øge og fastholde borgerens selvhjulpenhed mest muligt.
- at udvikle en tidlig terapeutisk indsats med fokus på træning i eget hjem, i kombination med en systematiseret og koordineret overdragelse mellem terapeuter og SOSU personale, med henblik på at øge og fastholde borgerens funktionsniveau.
- at give bud på, hvordan en koordineret og systematiseret indsats er praktisk gennemførlig i Herning Kommune, Aktivitet og Pleje område Nord, Vest og Øst
- at give bud på fokuspunkter i forbindelse med implementering af projektet til alle distrikter i Herning Kommune eller andre kommuner.
- at afdække hvordan terapeuter og SOSU personale påvirkes af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces.

1.3. Inklusions- og eksklusionskriterier.

Der var økonomi til at gennemføre projektet for ca. 40 borgere. Pga. for få inkluderede borgere efter ca. 2 måneder, blev yderligere område Vest, borgere på funktionsniveau 3 samt borgere som modtog genoptræning under Sundhedsloven inkluderet.

Inklusionskriterier.

- borgere i område Øst, Nord og Vest på funktionsniveau 2 og 3, der under Service loven havde behov for hjælp til:
 - bad og personlig hygiejne
 - tage strømper af og på
 - rengøring
 - indkøb
 - tøjvask
- borgerne der havde nedsat funktion i en midlertidig (pga. ex. lungebetændelse, influenza o.lign) eller permanent periode.
- borgere der i forlængelse af en midlertidig lidelse (ex. følger efter operation) mod forventning ikke kom tilbage til normalt funktionsniveau og havde behov for ovennævnte.
- borgere som modtog genoptræning under Sundhedsloven og genoptræningsplan, men som derudover havde behov for pleje eller praktisk hjælp indenfor inklusionskriterierne.

Eksklusionskriterier:

- borgere med apopleksi
- borgere med demens eller begrundet mistanke om demens
- borgere med psykiatriske diagnoser, hvor hovedproblemet var psykisk og ikke handlede om en fysisk funktionsevnededsættelse.
- borgere med misbrug
- borgere med midlertidige restriktioner pga. en midlertidig lidelse.
- borgere, hvor træning ikke forventedes at have effekt pga. sygdommens art eller massive mentale og/eller samarbejdsrelaterede problematikker.
- borgere som udelukkende blev tilbudt genoptræning under Sundhedsloven, og som ikke havde behov for pleje eller praktisk hjælp indenfor inklusionskriterierne.

Borgere der var inkluderet i projektet, som ikke kunne deltage relevant ud fra projektets hensigt, blev ekskluderet på baggrund af terapeuternes vurdering. Disse borgere indgik herefter i den eksisterende kommunale pleje.

1.4. Procedurer i projekt Træning til selvhjælp.

1.4.1. Visitation.

Alle visitatorer fik, ved et møde, grundig information om projektet af projektlederne samt de to projekterapeuter (en ergo- og en fysioterapeut) fra Herning Kommune, med henblik på at kunne henvise et tilstrækkeligt antal borgere til projektet. Mødet foregik i slutningen af januar 2008, og der blev udarbejdet en skriftlig information til visitatorerne (bilag 1)

Ved visitationen blev borgeren først præsenteret for ”fritvalgsordningen”, som er den lovbestemte ret til at vælge frit mellem offentlig og privat udbyder af plejeydelser, og dernæst for projektet. Dette skete via en informationsskrivelse som borgeren fik. Hvis borgeren ønskede at deltage i projektet, underskrev han/hun en samtykkeerklæring (bilag 2) og fik desuden information om, at det ikke var muligt at benytte en privat udbyder samtidig.

Derefter sendte visitator de relevante oplysninger til terapeuterne via mail.

Visitationen benyttede de sædvanlige procedurer og papirer og registrerede derudover, hvilken ydelse borgeren normalt ville få, hvis han/hun ikke deltog i projektet.

Terapeuterne vurderede, hvilke af den visiterede borgers problemstillinger det var relevant at tilbyde træning til, samt hvilke opgaver plejepersonalet skulle udføre, og om der var behov for hjælp aften og weekend. Terapeuterne meldte tilbage til visitationen og distriktslederen, hvis der var behov for pleje.

Hvis SOSU personalet mødte en borger, det ville være relevant at inkludere i projektet, tog de kontakt til terapeuterne eller visitationen, som vurderede situationen ud fra inklusionskriterierne. Terapeuterne tog derefter på hjemmebesøg hos borgeren. Hvis borgeren inkluderedes i projektet meddelte terapeuterne til visitationen, hvilke problemstillinger de tog hånd om, samt hvornår de gik i gang..

1.4.2. Målsætning og handleplan.

I projektet har man arbejdet med målsætning og handleplaner, da undersøgelser viser, at denne arbejdsform fremmer motivation og mening for borgeren (Christiansen, 2005).

Målsætningen foregik i et samspil mellem borgerens ønsker og behov og terapeuternes faglige viden. Ved terapeutens første møde med borgeren blev de overordnede mål og delmål for træningsindsatsen afklaret og skrevet ind i borgerens handleplan. (bilag 3). Afklaringen af delmålene kunne foregå over flere gange og justeres undervejs, men der var

fastlagt evaluering af målene ved overgangen fra terapeutisk intervention til SOSU personale som den primære faggruppe. Desuden var der evaluering af målene ved afslutning hos ergo – og/eller fysioterapeut, samt når SOSU personalet enten afsluttede borgeren helt, eller han overgik til almindelig pleje i kommunalt regi. Evaluering af målene blev registreret via afkrydsning i forhold til opfyldelse/ikke opfyldelse af de opstillede mål i handleplanen.

Handleplanen blev udarbejdet med inspiration af de nuværende trænings - og handleplaner i Herning kommune, da genkendeligheden lettede implementeringen af den nye registrering. Registreringen blev lavet så enkelt som muligt med afkrydsning i forhold til mål opfyldelse og beskrivelser under givne temaer.

Handleplanen lå i borgerens eget hjem, og blev anvendt som et retningsgivende papir, hvori terapeuter og SOSU personale kunne videregive de informationer som alle fagpersoner, borgeren og pårørende havde brug for i arbejdet mod målene.

Terapeuternes detaljerede noter om funktionsevne, specifikke problemer samt indsatsernes indhold blev kun beskrevet i planen, hvis informationerne skulle anvendes af andre end dem selv. Tilsvarende var gældende for SOSU personalet, som benyttede den almindelige ”Borger bog” til de løbende noter. Hver 14 dag beskrev kontaktpersonen fra SOSU gruppen de eventuelle situationer, der havde haft betydning for, at borgeren ikke var kommet videre i sit forløb i handleplanen; eksempelvis: influenza i 5 dage.

1.4.2. Terapeutiske metoder.

Der var metodefrihed, og den enkelte terapeut valgte selv tilgang og metode ved hvert enkelt forløb, hvilket skete på baggrund af den indledende undersøgelse og målsætning samt øvrige faglige overvejelser. Terapeuterne vurderede og prioriterede selv omfanget og hyppigheden af interventionerne.

Benyttede metoder og tilgange var:

- brugerinddragelse gennem hele forløbet
- balancetræning
- kredsløbstræning
- bevægelighedstræning
- træning gennem de relevante funktioner/aktiviteter ex. bad, trappegang påklædning, indkøb, rengøring osv.
- hjælpemiddel instruktion og afprøvning

- boligtilpasning
- kompenserende strategier i forbindelse med relevante aktiviteter.

1.4.3. Samarbejde mellem terapeuter.

Ergoterapeuten og fysioterapeuten havde kontor sammen for at lette deres samarbejde og informationsudveksling. De tilrettelagde selv de daglige arbejdsgange.

Begge terapeuter tog sammen ud til det første besøg hos borgerne. Dette var en meget givende arbejdsform, da de oplevede bedre at kunne afklare borgerens samlede behov. Efterfølgende traf de beslutning om den relevante intervention, både i forhold til relevant faggruppe, struktur og rækkefølge.

1.4.4. Overdragelse mellem terapeuter og SOSU personale.

Terapeuterne tog ud i de enkelte SOSU grupper og informerede om projektet, i forbindelse med inkludering af den første borger i projektet fra det enkelte område.

På baggrund af den fælles målsætning mellem terapeuter og borger, startede terapeuterne træningen med borgeren. Når det skønnes at borgeren var stabil, og at SOSU personalet kunne overtage træningen, tog terapeuterne kontakt til distriktslederen, som fandt en relevant kontaktperson blandt SOSU personalet til det videre træningsforløb. Terapeuten gav desuden besked til visitationen om omfanget af træningen ved SOSU personalet, og der blev udløst en projektydelse til SOSU gruppen.

Ved overdragelsen til SOSU personalet gav terapeuten information om borgerens træning videre til kontaktpersonen (den SOSU personale der er primær person hos borgeren). Terapeut og kontaktperson tog desuden på hjemmebesøg hos borgeren, hvor der blev aftalt rammer og mål for den videre træning, og de konkrete metoder blev afprøvet. Derefter foregik kontakten mellem terapeut og SOSU personale via faste aftaler om besøg af terapeuten eller pr. telefon.

Terapeuten havde ansvaret for at kontakte SOSU personalet for at følge op på en overdragelse. SOSU personalet kunne altid rette henvendelse til terapeuten pr. telefon eller mail, hvis der var behov for dette.

Kontaktpersonen gav efterfølgende informationerne videre til det øvrige SOSU personale, hvis de skulle træne med borgeren.

SOSU personalet trænede med borgeren i max. 12 uger. Ved forventet snarlig afslutning informerede kontaktpersonen terapeuten om status, og i samarbejde blev borgerens grad af målopfyldelse vurderet. Vurderingen videregives af terapeuten til visitationen.

Hvis der var behov for fortsat træning/pleje, overgik borgeren til den eksisterende kommunale pleje.

Hvis borgeren var selvhjulpnen inden 12 uger ved SOSU personale, blev forløbet afsluttet på dette tidspunkt, og oplysningen blev videregivet via terapeuten til visitationen.

2. Evalueringsramme.

Evalueringen af projektet består af to typer data.

Under implementeringen har terapeuter, visitatorer og SOSU personalet lavet forskellige registreringer på baggrund af projektets forberedelse og design. Disse er under evalueringen blevet optalt og sammenfattet for at få et kvantitativt overblik over borgerforløbene. Dataene er desuden brugt som inspiration til interviewguides.

Efter implementeringen er der foretaget 2 gruppeinterviews for at indsamle kvalitativ viden om fagpersoners oplevelser og erfaringer fra deltagelse i projektet. Da fokus i projektet er at give bud på en koordineret og systematisk samarbejdsproces, er nuancerede og detaljerede data nødvendige (Dyhr & Schmidt, 2003).

2.1. Registreringer og evalueringskemaer.

Borgeren: handleplanen med mål, beskrivelse af intervention samt forbrugt tid i hjemmet (bilag 3) lå hos den enkelte borger i Borgerbogen. På handleplanen blev det registreret, at borgeren indgik i projekt, så alle SOSU personaler der kom i hjemmet kunne se dette og tage højde derfor.

Visitationen: visitationen benyttede de sædvanlige procedurer og papirer ved vurdering af funktionsniveau og ydelser, og registrerede derudover hvilken ydelse borgeren normalt ville få, hvis han/hun ikke deltog i projektet.

Plejepersonalet: en borgers deltagelse i projektet blev registreret i kommunens registreringssystem "Rambøll" som en speciel ydelse, der ikke var bundet til bestemte pakker. Dette lettede den daglige planlægning for plejegruppen i forhold til de ydelser, de leverede til borgere, der ikke indgik i projektet.

Ergo – og fysioterapeuten: terapeuterne registrerede deres tidsforbrug hos den enkelte borger i handleplanen.

Derudover ønskede vi at kunne differentiere terapeuternes samlede tidsforbrug, som derfor blev registreret som:

- timer relateret til borgeren
- timer til overlevering/overdragelse
- administrativ tid (samarbejde, organisering, registrering).

Da vi var interesserede i at differentiere de overdragelsestiltag, der blev anvendt i samarbejdet med visitation og SOSU personalet, blev der lavet en registrering af forskellige former for kontakt (bilag 4).

Borgerne i projektet blev registreret med navn og CPR, så oplysningerne fra handleplanen, overdragelsestiltag og SOSU gruppens tidsforbrug kunne sammenkædes.

2.2. Interviews.

Der gennemførtes 2 semistrukturerede gruppeinterview, ét med de to terapeuter og ét med 2 SOSU assistenter og 2 SOSU hjælpere.

Vi valgte gruppeinterview, da det gav mulighed for diskussion mellem deltagerne, hvilket fremmer refleksion og forståelse undervejs i interviewet. Vi forventede, at dette gav os mere nuancerede data, end hvis vi interviewede personerne enkeltvis (Bojlén, 2003; Malterud, 2006 p.134)

Der blev udarbejdet interviewguides til både SOSU personale og til terapeuter (bilag 5) på baggrund af erfaringer fra implementeringsfasen, viden fra egne registreringer, andre undersøgelser og teori samt temaer fra masterafhandling (Andersen, 2008). Interviewguides er delvis semistrukturerede for at sikre data om de ønskede temaer og samtidig skabe åbenhed overfor nye temaer og spontane udtalelser. (Malterud, 2004 p.134)

Vi ønskede at give bud på, hvordan et rehabiliteringsforløb under Serviceloven kunne organiseres mest optimalt ift. det tværfaglige samarbejde. Derfor blev der inkluderet data, både fra forløb som havde været velfungerende, og fra forløb som havde været mindre velfungerende, da begge dele kunne afdække vigtige informationer.

Der blev sendt informationsbreve til alle respondenter før interviewene, og de blev mundtligt uddybet inden opstart på interview pga. etiske overvejelser om samtykke, fortrolighed og tilgodeseeende ved deltagelse i interviewene (Kvale, 2006, p. 118) samt krav fra Datatilsynets tilladelse. I forlængelse deraf har respondenterne underskrevet samtykke og fortrolighedserklæring.

2.2.1. Udvalgelse af respondenter.

Inklusion til dataindsamling:

De to ergo- og fysioterapeuter der har deltaget i projektet. De har erfaring fra selve projektet samt erfaring med at arbejde som terapeuter i kommunalt regi gennem længere tid.

4 SOSU personaler med erfaring fra projektet, for at opfange de erfaringer de har, på baggrund af deres deltagelse i projektet.

SOSU personalet skulle sammen repræsentere borgerforløb, som er gået godt og mindre godt.

SOSU personalet skulle sammen repræsentere borgerforløb, hvor der har været både ergo og fysioterapeutisk indsats, men ikke nødvendigvis hos samme borger.

SOSU personalet skulle være i stand til og interesseret i at formidle erfaringer og tanker over, de forløb de har deltaget i.

SOSU personalet måtte gerne have deltaget i flere forløb for at sikre så mange og nuancerede erfaringer som muligt.

Mindst 2 skulle være assistenter, da der allerede var interview af 2 hjælpere fra masterafhandling (Andersen, 2008).

Mindst 1 hjælper for at sikre at begge SOSU uddannelser er repræsenteret.

2.2.2. Dataenes tilblivelse.

Ved interviewene var der en hovedansvarlig interviewer/moderator, der stillede spørgsmålene, og en der kunne spørge dybere ind, hvis noget blev overset. Denne person havde desuden fokus på, at alle respondenterne kom til orde (Bojlén, 2003).

Ved begge interviews var der stor engagement og ligeværdighed blandt respondenterne, og alle deltog aktivt i besvarelserne og diskussionerne.

Interviewene varede mellem 1,30 og 2 timer. Begge interviews blev transskriberet så ordret som muligt, men biord som øh, æh blev udeladt. Gentagelser blev ligeledes udeladt, og nogle steder blev udsagnene trukket sammen for at tydeliggøre meningen. Pauser blev markeret med

2.2.3. Analyse.

Vi benyttede systematisk tekstkondensering som beskrevet af Malterud (2006, p.99). På baggrund af forskningsspørgsmålene og læsning af interviewene opstillede vi temaer, som vi i fællesskab kodede meningsbærende enheder ud fra. Efterfølgende gennemførte vi meningskondensering og sammenfatning på tværs af de enkelte interviews, og afslutningsvis skrev vi i fællesskab den endelige sammenfatning til resultatfremstillingen.

Temaerne ved analyse af interviewene var:

- Tværfaglige samarbejdsrelationer mellem de forskellige fagpersoner
 - Underpunkter: - ansvar og beslutningskompetence
 - kommunikationsform
 - koordination
- Krav til medarbejderne ved indgåelse i det optimale tværfaglige forløb
- Konsekvenser for arbejdssituation ved indgåelse i det optimale tværfaglige forløb
 - Underpunkter: - faglighed
 - arbejdsglæde
- Relevant målgruppe for et træningsforløb
- Fremtidsønsker

3. Resultat.

Tværgående analyse ud fra registreringsskemaer og interviews.

Her præsenteres resultaterne fra registreringsskemaerne (bilag 6) sammenkædet med sammenfatningen og konklusionerne fra den tværgående analyse af interviewene (bilag 7).

Der opstilles 3 temaer som udspringer af projektets formål (s.5):

- Forudsætninger for at borgeren kan øge og fastholde selvhjulpenhed
- Organisering af det tværfaglige samarbejde
- Konsekvens af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces

Underpunkterne til hvert tema er udsprunget af registreringerne og interviewdataene.

3.1. Forudsætninger for at borgeren kan øge og fastholde selvhjulpenhed.

3.1.1. Deltagende borgere i projektet.

I alt 45 borgere blev tilbudt at deltage i projektet på baggrund af de opstillede inklusionskriterier.

11 ud af de 45 borgere blev fejlvisiteret.

11 ud af de resterende 34 borgere (ca. 1/3) deltog ikke på trods af relevans. 3 valgte det selv fra, 4 overgik til eller var i gang med anden træning eller behandling, 5 var akut syge eller ikke i stand til at indgå i træningsforløb på daværende tidspunkt.

- 23 borgere deltog i projektet og startede træning hos terapeuterne
- 9 borgere blev overdraget til fortsat træning hos SOSU personalet
- 3 borgere udgik af projektet under forløbet (2 blev indlagt og 1 døde)

Registreringerne bygger på de 20 borgere, der har gennemført hele træningsforløbet.

- 16 borgere opnåede fuld målopfyldelse
- 3 borgere opnåede delvis målopfyldelse
- 1 borger opnåede ikke målopfyldelse

3.1.2. Opgørelse over visiteret plejeydelse før og efter træningsforløbet.

10 borgere (50 %) modtog efter forløbet ikke nogen plejeydelse eller praktisk hjælp.

5 borgere (25 %) faldt til et gennemsnit på 58 % af før-ydelsen (37%-88%)

4 borgere (20 %) forblev på samme ydelse

1 borger (5 %) steg til omkring det dobbelte af før-visiteringen p.g.a. akut voldsom sygdom.

Den visiterede ydelse (før-ydelsen) fortsætter til næste visitation (tidligst efter 1 år), medmindre distriktsleder eller andre melder ændringer i funktionsevne til visitationen.

Der ses ikke nogen klar sammenhæng mellem længden af træningsforløbet og borgerens behov for ydelser efterfølgende.

3.1.3. Borgernes problemstillinger og træningsmål.

Ud fra oplysningerne fra visitationens papirer ses, at de fleste borgere har flere og mangeartede problemstillinger. Problemstillingerne handler både om fysiske, biomekaniske problemstillinger/diagnoser og om psykiske og sociale problemstillinger og forhold.

Der ses ikke sammenhæng mellem arten og antallet af problemstillinger/diagnoser og antallet/tidsforbrug til træning ved terapeuter og SOSU personale eller graden af målopfyldelse.

Der er ikke altid sammenhæng mellem det/de funktionsevneproblemer, der er bevilget hjælp til fra visitationen, og de træningsmål der er opsat i fællesskab mellem terapeuter og borger. Der arbejdes ofte med flere og andre interventioner end dem, der retter sig mod målopfyldelsen; eksempelvis gives der ofte træning i mobilitet, balance og styrke som en vej til at arbejde med den konkrete målopfyldelse.

3.1.4. Træningsfokus og plejeydelser i forhold til faglighed.

SOSU personalet efterlyser, at der ved visitering er mere fokus på, at borgeren kan medinddrages i opgaverne for derved at arbejde mod større selvhjulpenhed, frem for at der blot bevilges en plejeydelse til borgeren, som SOSU personalet har ansvar for at udføre.

Terapeuterne efterlyser, at der ved visitationen er mere fokus på træningspotentialet hos den enkelte borger.

SOSU personalet påpeger vigtigheden af, at alle SOSU personaler der kommer hos borgeren har fælles tilgang til, hvor stor grad af selvhjulpenhed der skal stilles krav om og støttes op omkring.

3.1.5. Relevant målgruppe.

- Motivationen hos borgeren er altafgørende, hvis et træningsforløb skal lykkes. Terapeuterne oplevede, at de ved at fokusere direkte på borgerens mål i stedet for visitationens mål (om eksempelvis at blive selvhjulpen i bad) var med til at fremme motivationen for træning hos borgeren.
- Ældre svage borgere med generel muskelsvaghed har et træningspotentialt. Her vil der ofte være tale om et længere træningsforløb, som er egnet til overdragelse til SOSU.
- Borgere med mange og forskelligartede problemer har ofte et træningspotentialt, men de vil ofte falde gennem systemets standarder og derved ikke tilbydes relevant træning. Denne type borgere er svære at overdrage til SOSU personale p.g.a. kompleksiteten i problemstillingerne.
- Borgere med ukomplicerede funktionsevnedesættelser. Disse borgere bliver hurtigt selvhjulpne gennem terapeutisk træning og indsats.
- Borgere med afgrænsede funktionsevnedesættelser (ex. manglende evne til at vaske hår) kan trænes til at udføre dette selv.
- Borgere der falder i funktionsniveau ved akut sygdom, bør kunne få træningstilbud igen, selvom de tidligere har modtaget træning.

3.2. Organisering af det tværfaglige samarbejde.

3.2.1. Tid.

Det er en grundlæggende forudsætning, at der er afsat tilstrækkelig tid.

SOSU personalet påpeger, at det kræver længere tid at medinddrage borgeren og lade ham arbejde så selvhjulpen som muligt, i forhold til at de selv yder plejen istedet.

Terapeuterne efterlyser længere tid til implementering af projektets organisering af tværfagligt samarbejde, da de mener, det kan give større effektivitet i den tværfaglige koordinering og en bedre udvælgelse af relevante borgere.

3.2.2. Overdragelsestiltag.

Der er gennem hele forløbet mange kontakter mellem terapeuterne og de øvrige personalegrupper.

Ved et forløbs opstart har terapeuterne kontakt med både visitationen, distriktsleder og SOSU personalet. Kontakten med SOSU personalet foregår både som ansigt til ansigt kontakt og som telefonisk kontakt.

Der er en øgning i terapeuternes kontakt med distriktslederen lige inden overdragelsen. Ved overdragelsen har terapeuterne meget ansigt til ansigt kontakt med borger og SOSU personale.

SOSU personalet ønsker at være med hos borgeren sammen med terapeuten ved overdragelse af forløbet til SOSU personalet.

Når et forløb afsluttes, har terapeuterne meget kontakt med visitationen og distriktsleder.

3.2.3. Samarbejdsrelationer.

Terapeuterne mener, at de er kompetente til at indgå i samarbejde med visitationen, da de kan bidrage til et mere nuanceret billede af hvor træningspotentialer ligger, hvor mange gange der skal trænes og hvor længe.

Samarbejdet mellem terapeuterne og distriktsleder er central i forhold til at finde det rette SOSU personale til træningsforløbet, og til at sikre at forløbet bliver godt koordineret. Den personlige kontakt er vigtig, specielt da der nogle steder skal arbejdes med at overbevise om vigtigheden af at have træningsfokus i plejen.

Ergo – og fysioterapeut starter op i fællesskab hos borgeren, hvor de prioriterer og planlægger mål og forløb i samarbejde med borgeren. Hermed opnås et mere nuanceret billede af borgerens situation, end hvis det var monofagligt.

Samarbejdet mellem terapeuter og SOSU personale er ifølge alle respondenter altafgørende, hvis man vil fremme træningsfokus i plejen. Her er det vigtigt, at SOSU personalet er med ude hos borgeren ved overdragelsen, at der aftales faste tider for opfølgende besøg af terapeuter, og at det er let at komme i kontakt via telefon og PDA.(red: Personal Digital Assistent).

Terapeutens formidling ved overdragelsen har stor betydning for, at både SOSU personale og borger føler sig trygge i det efterfølgende forløb.

I overdragelsen er en fælles målsætningen mellem borger, terapeuter og kontaktperson i SOSU gruppen vigtig, for at både borger og SOSU personale kan finde retning og motivation i træningen ved SOSU personalet.

Internt mellem SOSU personalet er det vigtigt, at der bliver snakket om, hvordan man arbejder med pleje med træningsfokus, og dette kan bl.a. ske på gruppemøderne.

Terapeuterne ønsker, at de inddrages og er medbestemmende ved visitering og vurdering af træningsbehovet.

Terapeuterne foreslår, at der kan sættes en øvre og nedre grænse for, hvor meget og hvor længe en borger trænes, og at dette evalueres i et samarbejde mellem visitationen og terapeuter.

Terapeuterne anbefaler, at der er et tæt tværfagligt samarbejde mellem ergo - og fysioterapeuter gennem hele forløbet hos borgeren. Specielt er den fælles opstart meget vigtig for sammenhængen og forståelsen i det videre forløb.

SOSU personalet efterlyser, at terapeuterne er synlige, og at det er let at komme i kontakt med dem. Dette vil give mulighed for at dele erfaringer og viden.

3.2.4. Krav til medarbejdere.

Terapeuterne skal være bevidste om og gode til, at videregive oplysninger til alle samarbejdspartnere. Især i samarbejdet med SOSU personalet skal de have indfølelse samt være anerkendende og rosende, for at SOSU personalet føler sig trygge ved opgaven.

Terapeuterne skal kunne påtage sig koordinatorrollen og kunne lide at samarbejde med mange forskellige personer.

Terapeuternes faglige kompetencer er ifølge dem selv centrale for, at borgeren finder motivation til at træne, idet de kan tilbyde mange forskellige indgange til træningsfokus.

Det er ifølge terapeuterne afgørende, at SOSU personalet er engageret og motiveret for at træne med borgerne, og SOSU personalet finder det nødvendigt, at alle der kommer hos borgeren har træningsfokus og overholder aftaler, for at undgå at personalet spilles ud imod hinanden.

Både terapeuter og SOSU personalet mener, at nogle SOSU personaler vil have svært ved at tage træningsfokus pga. vaner og tankegang.

Det har ifølge terapeuterne ingen betydning for den faglige udøvelse af træningsfokus, om SOSU personalet er uddannet assistenter eller hjælpere, og SOSU personalet føler sig godt klædt på, når blot de har et tæt og konkret samarbejde med terapeuterne om de enkelte borgerforløb. SOSU personalet foretrækker at mødes fysisk med terapeuterne, frem for at formidlingen udelukkende er skriftlig.

3.3. Konsekvens af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces.

3.3.1. Konsekvenser for fagligheden.

Både terapeuter og SOSU personalet oplever, at de udvikler deres faglighed ved at deltage i projektet.

SOSU personalet oplever at kunne se, hvor der er træningspotentiale hos borgeren, og de lærer at benytte nogle konkrete træningsmetoder.

Terapeuterne bliver mere opmærksomme på hinandens faglighed og tør at udfordre grænserne mellem de to fag. Desuden bliver de opmærksomme på, at de skal tage ansvar for faglige problemstillinger, der normalt hører ind under sygeplejerskerne, når de er de eneste fagpersoner, der kommer hos borgeren.

SOSU personalet ser muligheden for, at deres fag kan opnå højere status, hvis man arbejder efter tanker om pleje med træningsfokus. De tror, at dette kan tiltrække nye til faget.

3.3.2. Konsekvenser for arbejdsglæde.

Både terapeuter og SOSU personalet oplever større arbejdsglæde ved at deltage i projektet.

Det giver stor arbejdsglæde og tilfredshed for begge faggrupper at se en borgers glæde ved at nå sine mål og blive selvhjulpne.

Terapeuterne oplever tilfredsstillelse, når det lykkedes for et SOSU personale at overtage træningen, og se at de vokser med opgaven.

4. Diskussion.

I det følgende diskuteres dataene og deres bud på, hvordan Herning Kommune kan organisere en øget træningsindsats i Aktivitet og Pleje afdelingen med relevant teori og andre undersøgelser. Diskussionen er opdelt i 3 temaer, som er udsprunget af projektets formål.:

- Forudsætninger for at borgeren kan øge og fastholde selvhjulpenhed.
- Organisering af det tværfaglige samarbejde.
- Konsekvens af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces.

4.1.1. Forudsætninger for at borgeren kan øge og fastholde selvhjulpenhed.

Borgerens motivation har afgørende betydning for at lære og fastholde færdigheder (Christiansen, 2005), og hvis borgeren oplever en livssituation med aktivitet og vaner, der sikrer deltagelse på områder borgeren finder vigtigt, vil borgeren naturligt fastholde den opnåede funktionsevne (Bredland et al. 2002, p. 86). Flere undersøgelser viser, at målene for et træningsforløb ofte er forskellige, set fra borgerens, de professionelles og de pårørendes synsvinkel (Dijk, 2001; Christiansen, 2005). Dermed understreges borgerens centrale rolle i opsætning af mål for indsatsen, for at han/hun kan være motiveret for at yde den ekstra indsats, der er nødvendig for at øge eller fastholde selvhjulpenhed (Bredland et al. 2002, p. 73 og 86).

På den baggrund er det vigtigt at opstille mål for at efterstræbe relevant funktionsevne for den enkelte borger. Denne borgercentrering ses i terapeuternes udtalelser om, at de ofte laver målsætning med borgeren, som ikke nødvendigvis er direkte relateret til det problem, borgeren er visiteret til projektet med. De imødekommer borgerens ønsker og behov for at fremme motivationen for at træne, frem for at tænke på indsatserne som ydelser der skal leveres, og dette er ofte en forudsætning for, at borgerne bliver aktive i forløbet. Også SOSU personalet ser en fordel i, at der opsættes mål for borgerens forløb, da det hjælper dem til at støtte og fastholde både borgeren og dem selv i, at borgeren skal arbejde så selvhjulpent som muligt.

Selve evalueringen af målene ses også af SOSU personalet som motiverende, da det både giver glæde for borgeren at opnå sine mål, og det glæder SOSU personalet og understøtter hende i, at hun gør en forskel gennem borgerens forløb.

I dette projekt er der fokus på at yde en tidlig terapeutisk indsats for at undgå, at borgerne vænner sig til at få personlig pleje eller praktisk hjælp. SOSU personalet påpeger, at der ved deres normale arbejdsform ikke stilles krav om, at borgeren er så medbestemmende og aktiv som muligt. Det er normalt alene SOSU personalet der tager ansvar for, at der udøves den plejeydelse, som visitationen har udstukket. Det viser en misforstået omsorg fra SOSU personalets side, som undgår at stille krav til borgeren om deltagelse og ansvar, og der opstår derfor let en tillært hjælpeløshed hos borgeren pga. en manglende forventning om egen-deltagelse (Bredland & Linge, 2007, p. 116). Ifølge SOSU personalet sker det, fordi der kræves mere tid hos borgeren end det bevilgede, hvis han skal udføre så meget som muligt selv, og fordi SOSU personalet ikke selv har specielt fokus på at øge eller fastholde selvhjulpenhed.

Dette projekt viser tydeligt, at et tæt og kontinuerligt samarbejde mellem SOSU personaler og terapeuter er påkrævet for, at SOSU personale kan have træningsfokus, når de yder plejeindsats hos borgeren. Dette understøttes af Thuesen som pointerer, at den kultur SOSU personalet færdes i, vil påvirke den måde, hvorpå de udøver ydelserne hos borgeren (2003, p. 98). På den baggrund fremmes SOSU personalets evne til at stimulere og støtte borgeren i at udføre flere opgaver selv mere, når de samarbejder med terapeuterne, end hvis SOSU personalet i stedet færdes i en plejekultur med fokus på at kompensere for den nedsatte funktionsevne (ibid p. 103). Dette ses tydeligt i SOSU personalets ønske om let tilgang til terapeuterne og deres viden for at fastholde træningsfokus. Det ses også i SOSU personalets beklagelse over, at de i dag har mindre kontakt med terapeuter, end de havde tidligere i kommunen, og at kontakten nu ofte er reduceret til afgrænsede områder som hjælpemidler og forflytninger.

SOSU personalet pointerer desuden, at det er nødvendigt med konsensus i SOSU gruppen om hvor meget og hvordan, man støtter den enkelte borger i at være så selvhjulpen som muligt for at undgå, at borgerne spiller dem ud imod hinanden. Dermed efterlyser de en kultur med fokus på træningsmuligheder og ressourcer (jf. Thuesen, 2003) i hele SOSU gruppen.

På baggrund af SOSU personalets angivelser af SOSU gruppens meget forskellige tilgang til måden at udøve de visiterede ydelser på, vil det sandsynligvis tage lang tid, før det er

bredt ud, accepteret og efterlevet af alle, og vi mener, at det vil forudsætte en ledelsesmæssig beslutning om og en vedholdende indsats for at udvikle og fastholde dette. Samtidig ser vi det som en nødvendighed for, at de borgere i Herning Kommune som får et fald i funktionsevne, får den genoptræning og vedligeholdelsestræning tilpasset den enkelte borgers særlige behov (dvs. ikke kun standardiseret holdtræning på dagcentre), som de under Service Loven er berettiget til (jf. Social - Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, kap.4 & 5). Desuden vil det kræve bevilling af ekstra tid, så SOSU personalet kan lade borgeren være så aktiv som muligt, samt ekstra tid til at terapeuter og SOSU personale kan mødes jævnligt.

Også ved selve visitationen af ydelser til borgerne vil det være relevant at have fokus på udviklingsmuligheder og ressourcer frem for på kompensation af funktionsevnenedsættelser (jf. Thuesen, 2003). Terapeuter og SOSU personalets udtalelser viser, at en del borgere ikke får mulighed for træning, selvom det vil være relevant, hvilket også understøttes af borgerne i masterafhandling (Andersen, 2008). Registreringsskemaerne viser, at hele 6 ud af 20 borgere blev selvhjulpne ved max. 5 timers træning ved terapeuter, og 1 borger blev selvhjulpne efter ca.9 timers terapeutisk indsats. Samtidig ses, at 50% af de trænede borgere ikke modtog plejeydelse eller praktisk hjælp efter forløbet og 25% faldt til et gennemsnit på 58 % af den oprindelige ydelse.

Disse borgere ville normalt ikke tilbydes træning, og det viser derfor tydeligt, at mange flere borgere bør tilbydes ergo – og eller fysioterapeutisk indsats, og at de bør inddrages så tidligt som muligt ved henvendelse til visitation. Tilsvarende at overdragelsen til SOSU personalet kan understøtte, at borgeren både forbedrer og fastholder funktionsevne.

De mange udtalelser om terapeuters evne til at vurdere og evaluere træningsbehov og træningsmål viser, at de er relevante at inddrage i visitationen i større grad end på nuværende tidspunkt. I praksis skal det være centralt, at visitatoren har større fokus på træningspotentiale ved alle henvendelser fra borgere, distriktsledere, terapeuter osv. Hvis visitatoren har en fornemmelse af et muligt træningspotentiale hos en borger, kan oplysningerne videregives til terapeuten, hvorefter terapeuten får kompetencen til at vurdere og beslutte, om der er et træningspotentiale tilstede, samt hvor meget og hvor længe borgeren kan trænes. Derefter kan der være evaluering ud fra en fastlagt øvre grænse, som er besluttet i samarbejde mellem visitationsenheden og Aktivitet og Pleje

enheden i Herning Kommune. Henover tid vil det tætte samarbejde øge videndeling og give erfaringer med, hvilke borgere der bedst profiterer af træning. Terapeuterne efterlyser dette helt konkret, da de forventer, at kulturen derigennem kan ændres, så fokus på træningspotentiale sidestilles med nuværende fokus på plejeopgaver, problemstillinger ved borgere med demens, alkoholisme o.a. Denne ændring af kulturen fremhæves også af både Bredland et al (2002, p. 170) og Thuesen (2003), og vil efter vores vurdering være nødvendig, for at borgerne hjælpes til at opnå og fastholde så høj selvhjulpethed som muligt under Serviceloven i Herning Kommune.

Ovennævnte er også nødvendigt at holde sig for øje ved indførelsen af BUM - modellen (Bestiller- Udfører – Modtager) på terapeutområdet, hvor visitationen får slusefunktionen ind til terapeutudørelser. Der er risiko for, at nogle borgere med træningsbehov ikke bliver opdaget, hvis visitationen ikke har fokus på træningspotentiale, eller ydelserne fastlåses uden mulighed for at tilpasse dem borgerens løbende og ændrede behov (Borg & Runge, 2007, p. 55). Dette anser terapeuterne som et vigtigt problem at undgå, og de anser terapeutgruppen som central i visitationssituationen for at imødekomme dette.

I dette projekt er borgere, der ønskede fritvalgs-ordning, blevet ekskluderet for at mindske mængden af samarbejdspartnere i afprøvningsperioden. Når Herning Kommune skal arbejde videre med den anbefalede organisering, er det nødvendigt, at kommunen stiller krav til de private udbydere om kompetencer i at udøve pleje med træningsfokus, så borgerne sikres lige muligheder for træning uafhængigt af deres lovmæssige ret til at vælge en privat udbyder. Tilsvarende at kommunen betaler for tid nok, så ydelserne kan udføres med træningsfokus, og firmaet kan indgå i tæt samarbejde med de kommunale terapeuter.

Registreringerne viser, at 8 borgere ud af 23 enten er forblevet på deres ydelsesniveau før og efter træningsindsats, eller er blevet akut syge eller døde under forløbet. Tilsvarende viser visitationens papirer, at de fleste af de deltagende borgere har flere og mangeartede problemstillinger, som både er fysiske, psykiske og sociale. Dette falder fint i tråd med litteratur på området, hvor det bekræftes, at ældregruppen er meget uhomogen, og at et givet problem udarter sig meget individuelt hos den enkelte ældre (Amstrup & Poulsen, 2008). Uforudsigeligheden ved ældregruppen giver os ingen forventning om, at det er muligt at opsætte en standard for relevante målgrupper for træningsindsats. Men hvis det

skal nuanceres og præciseres yderligere, vil en længere implementeringsperiode med registrering af mange faktorer om borgerne, deres problemstillinger og deres forløb være nødvendig, hvilket ikke har været formålet eller muligt i dette projekt.

4.1.2. Organisering af det tværfaglige samarbejde.

Et rehabiliteringsforløb med kontinuitet og koordinering kræver en organisering i tværfaglige teams med gennemgående personaler, afklaret samarbejdsform og klar ansvarsfordeling. Dette påpeges i Hvidbog om Rehabilitering (2004 p. 35); dog pointeres det også af Bredland et al (2002, p. 43), at ansvarsfordelingen skal være fleksibel nok til, at de professionelle kan imødekomme de individuelle behov borgeren har. Det kan være gavnligt at udarbejde forløbsbeskrivelser med processernes rækkefølge samt kompetence- og ansvarsfordeling mellem de involverede fagpersoner (Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004, p. 33)

I projektet har terapeuterne fungeret som koordinator gennem hele forløbet med borgeren. De har været den gennemgående fagperson, som har vurderet borgerens træningspotentiale, og de har gennemført træningen og overdraget denne til SOSU personalet. Derefter har terapeuten været ansvarlig for opfølgning på og justering af træningen. Denne arbejdsform har været til stor tilfredsstillelse for SOSU personalet, som siger, at deres kompetence til at kunne overtage træningen er afhængig af, at terapeuterne hele tiden er med på sidelinjen som koordinerende person både organisatorisk og fagligt.

Relevansen af en organisering, hvor terapeuterne er med ved visiteringen for at vurdere en borgers træningspotentiale, underbygges af det store antal af borgere der i projektet fejlvisiteres. 11 ud af 45 borgere blev fejlvisiteret, og var ikke relevante til træning ud fra inklusionskriterierne, og det gav derfor terapeuterne unødigt ekstra tidsforbrug og de berørte borgere stor usikkerhed og forvirring. Desuden var der også eksempler på, at nogle borgere der faktisk havde træningspotentiale, ikke blev visiteret til deltagelse i projektet, men kom ind i projektet, fordi SOSU personalet blev opmærksomme på dette, når de kom i hjemmet hos borgeren.

For at sikre sammenhængen i forløbet hos borgeren, er det vigtigt, at der udvikles en organisering, hvor det er det samme SOSU personale, der kommer hos den enkelte borger. Derved kan fokus på træning bevares, idet kontaktpersonen er fagligt klædt på til det, og

man kan undgå, at der opstår situationer, hvor de enkelte SOSU personaler spilles ud mod hinanden.

Som det fælles fokus i rehabiliteringsforløbet hos borgeren, er fælles målsætning og handleplan meget vigtigt. Dette underbygges i undersøgelser om organisering af rehabiliteringsforløb (Christiansen 2005). Både terapeuter og SOSU personalet oplever, at målsætningen er vigtig for at kunne holde fælles og ensartet fokus i træningen, men også som en motivationsfaktor for både borgere og fagpersoner.

Når der skal implementeres en organisering i Herning Kommune, som skal fremme det tværfaglige samarbejde og opgaveglidning i træningsforløbene, vil det kræve, at terapeuterne deltager på flere niveauer i organisationen. De skal være med i visitationen for at vurdere træningspotentialer, og de skal være synlige og tilstedeværende i det enkelte område og distrikt, så de kan følge med i arbejdet i SOSU grupperne og ude hos borgerne. Denne organisering forudsætter, at der sker en kompetenceglidning fra visitationen og distriktslederne til terapeuterne.

4.1.3. Konsekvens af ændret arbejdsindhold og samarbejdsproces.

Funktion som koordinator.

Arbejdsformen i projektet giver terapeuterne en ændret rolle i deres arbejde, idet de fungerer som koordinator for borgerens træningsforløb. Terapeuterne føler, at de er kompetente til at fungere i rollen som koordinator, og er uddannet til at påtage sig denne funktion. Dette sker også i mange andre sammenhænge, men det er ikke så almindeligt, at terapeuter i kommunalt regi har en rolle som koordinator.

Specielt da opgaven handler om træning, er det relevant, at det er terapeuterne, der har ansvaret for at koordinere tilrettelæggelsen og gennemførelsen af dette, da træning er et kerneområde i terapeuternes faglighed.

Det er afgørende for borgerens oplevelse af sammenhæng, at der er en koordinerende person i et rehabiliteringsforløb, hvilket præciseres i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (2004). Her peges der også på, at en målfokuseret, koordineret og sammenhængende proces er meget vigtig for rehabiliteringsforløbets resultat.

Tværfagligt samarbejde og opgaveglidning.

Et andet tema, der tegner sig tydelig i analysen af data, er temaet om tværfaglighed.

Man kan anskue forskellige grader af tværfagligt samarbejde mellem professioner, som et samarbejde der ligger et sted mellem følgende to yderpunkter (Lauvås & Lauvås 2006, p. 22)

- ”En gradvis opløsning af faglige skillelinjer, så arbejdet fra at være tværfagligt går over til at blive et samarbejde mellem personer, der besidder stort set samme kundskab og erfaring”
- ”En distanceret arbejdsform, hvor de enkelte fagpersoner opererer relativt selvstændigt indenfor deres respektive ansvarsområder, og hvor samarbejdet er reduceret til et minimum af informationsudveksling og koordinering”

Den sidste form for samarbejde vil kunne opstå som reaktion på en frygt for at havne i den første form for samarbejde; altså en frygt for helt at miste sin egen kernefaglighed.

Man kan med rette stille spørgsmål ved, i hvor høj grad organiseringen i Aktivitet og Plejeafdelingen i Herning kommune ligger op til at arbejde tværfagligt. SOSU personalet udtaler, at de aldrig møder terapeuterne, og terapeuterne fortæller ligeledes, at de nogle gange er blevet overrasket over, at en borger også deltager i træning under Sundhedsloven, hvilket de ikke har været vidende om. Dette tyder på, at organiseringen af indsatserne løber som parallelle tilbud, hvor der ikke er en koordinerende person, der sikrer sammenhæng og videndeling i indsatserne, hvilket uddybes i masterafhandling om projektet (Andersen, 2008 p. 27 og 36). Man kan derfor også betvivle, om der sker en optimal udnyttelse af de faglige og tidsmæssige ressourcer.

Ved implementering af projektets organisering i Herning kommune vil det kræve en ændret organisering med større fokus på tværfagligt samarbejde, som eventuelt kan foregå i mindre tværfaglige teams. Det er en forudsætning, at der blødes op på faggrænserne, så det bliver muligt at skabe sammenhæng i rehabiliteringsforløbet for den enkelte borger. Eksempelvis når terapeuterne træner med borgeren, så han selv kan færdes i hjemmet, skal dette følges op af SOSU personalet, så de inddrager borgeren i rengøringen i hjemmet, og indsatserne skal planlægges i fællesskab mellem faggrupperne. Derved oplever borgeren, at der er sammenhæng i de indsatser han modtager, og at alle arbejder mod det mål, der er opstillet i fællesskab ved opstarten.

Når der skal arbejdes mod øget tværfagligt samarbejde, er det afgørende, at de involverede faggrupper ikke er bange for at miste noget af deres faglighed, eventuelt med efterfølgende frygt for at kunne undværes, idet der nu er en anden faggruppe, der kan overtage arbejdet. Derfor er det nødvendigt, at alle faggrupper har kendskab til, og respekt for, hinandens kernefaglighed, samtidig med at man bliver opmærksom på, hvor faggrænserne kan blødes op og lappe over hinanden (Bredland et al 2002). Hvis man som faggruppe ikke kan eller vil se, at man har berøringsflader til andre fag, hvor der kan ske et øget samarbejde, vil forudsætningerne for tværfagligt samarbejde være minimale.

I projektet har der været tværfagligt samarbejde både mellem ergoterapeuten og fysioterapeuten og mellem SOSU personalet og terapeuterne.

Begge terapeuter udtaler, at de føler, at deres faglighed er blevet udvidet gennem deres indbyrdes tværfaglige samarbejde. De er blevet opmærksomme på nye vinkler på træningen, fordi de har fået større kendskab til den andens faglighed. Nogle gange har de endda kunnet overtage enkelte dele af den andens træning, fordi det var mest hensigtsmæssigt både praktisk og tidsmæssigt. Dette vidner om en høj grad af kendskab og tillid mellem de to terapeuter, som man nok ikke vil kunne forvente at finde alle steder.

I samarbejdet mellem terapeuterne og SOSU personalet udtaler begge faggrupper, at de oplever at have udviklet deres faglighed gennem samarbejdet.

Terapeuterne oplever, at de i rollen som den koordinerende person får brugt deres kernefaglighed i forhold til at planlægge og gennemføre træningen med borgeren, men også i forhold til at kunne vurdere hvornår og hvordan træningen kan overdrages til SOSU personalet. I overdragelsen vil det være terapeutens vurdering, om træningen foregår på et så generelt plan, at der ikke længere er brug for en specifik faglig viden, for at det kan gennemføres forsvarligt. Her vil grænser for, hvornår der er tale om en forsvarlig opgaveglidning eller en ny faglighed altid være afhængig af den enkelte situation, og vil kunne diskuteres.

SOSU personalet har fået nye kompetencer til at kunne udføre enkle træningsopgaver og se træningsmuligheder i de kendte plejeopgaver. De oplever, at kunne se på plejeydelserne med mere fokus på borgerens selvhjulpethed. Dette giver dem en ny udfordring, fordi de skal kunne vejlede borgeren i træningen og samtidig kunne argumentere for, hvorfor det er

vigtigt, at de træner. Denne udfordring oplever SOSU personalet, at de kan klare, når de bliver klædt på til det af terapeuterne. Så den opgaveglidning af træningsindsatsen der sker til SOSU personalet, er afhængig af, at terapeuterne er villige til at dele ud af deres faglige viden, så SOSU personalet får baggrund for at kunne udføre opgaven tilfredsstillende.

Faglig status.

SOSU personalet peger på et andet aspekt som konsekvens af det tværfaglige samarbejde og opgaveglidningen af træningen. De mener, at deres fag får højere status, netop fordi de laver andet end at udføre plejeopgaver. Dette er et vigtigt samfundsmæssigt aspekt, da det måske vil kunne få flere til at søge ind på SOSU uddannelserne, hvilket ville være ønskeligt, da det i høj grad er en faggruppe, der er brug for i fremtiden.

4.2. Kritik af undersøgelsen.

Det er behæftet med stor usikkerhed at lave måling på interventioner af sundhedsydelse, da der er flere usikre og forskelligartede faktorer, der har indflydelse på resultatet. Når de ældre er målgruppen, er usikkerheden imidlertid endnu større, da ældregruppen som population er meget uhomogen (Amstrup & Poulsen 2008). Dette gør, at vi med de begrænsede antal borgere der har gennemført træningsforløb i projektet, ikke har belæg nok til at kunne sige noget præcist om relevant målgruppe, i forhold til hvilke problemer og diagnoser de har, samt hvilke faggrupper eller indsatser der altid vil være relevante.

Det forholdsvise begrænsede antal borgere i projektet gør det også umuligt at sige noget om effekten af træningen med statistisk sikkerhed. Hvis man skal kunne dette, vil det være nødvendigt med et meget større projekt både i antal inkluderede borgere og tidsmæssig ramme. Derudover vil en effektmåling af interventionen i forhold til fremtidige visiterede ydelser kræve en omfattende sundhedsøkonomisk analyse, hvilket ligger langt udenfor dette projekts rammer og muligheder.

I projektet har vi lavet tidsregistreringer af terapeuternes tidsforbrug hos den enkelte borger og deres tidsforbrug fordelt mellem træningstid med borgeren, tid til overdragelsen og tid til administration. SOSU personalet skulle også registrere deres tidsforbrug til træning med borgeren. Ved opgørelsen af registreringsskemaerne har det vist sig, at der var stor forskel i måden, de er blevet udfyldt på, og nogle skemaer er ikke udfyldt løbende men efter træningsforløbets afslutning. Dette har gjort, at vi har svært ved at konkludere noget ud fra

disse tidsregistreringer, da tallene er behæftet med for store usikkerheder. Det har ikke været muligt at få tal fra visitationen om tidsforbruget til projektet, da deres bevilling til projektet ikke har indeholdt en tidsafgrænsning. Vi har derfor kun brugt disse registreringer til at vise nogle tendenser og som baggrund for spørgsmål i interviewet.

Vi er bevidste om, at vi skulle have været ude hos både terapeuter og SOSU personalet efter nogle få ugers forløb, og der have gennemgået tidsregistreringerne for at sikre korrekt og ensartet udfyldelse.

Parametrene for at vurdere effekten af træningsindsatsen går derfor på opfyldelse af de opstillede træningsmål samt en sammenligning af størrelsen af bevilligede plejeydelser før og umiddelbart efter træningsforløbet, og disse parametre er sikre.

Ved planlægning af projektet har vi ekskluderet borgere med demens, apopleksi, psykiatriske diagnoser samt misbrug. Dette skyldes, at projektets fokus på at optimere tværfagligt samarbejde mhp. at øge og fastholde selvhjulpenhed krævede målgrupper, hvor forbedring af funktionsevne og motivation dertil var realistisk indenfor projektets korte tidsramme. Især resultaterne vedrørende visiterede ydelsespakker før og efter træningsindsats samt overvejelser om relevant målgruppe skal læses med det forbehold.

11 borgere ud af 35 mulige deltog ikke i projektet, selv om det var relevant i forhold til inklusionskriterierne. Der var mange forskelligartede og relevante begrundelser for dette fravalg fra borgernes og terapeuternes side, og det er ikke overraskende, hvis man ser andre lignende projekter. Her ses, at det er almindeligt, at op mod halvdelen falder fra træningsforløb, selvom deltagelse er relevant ved opstarten (Crotty et al. 2000; Ryan et al.2006), og vi har derfor ikke forfulgt disse fravalg yderligere

Vi gennemførte ikke interviews med visitationen og distriktslederne, da projektet har primær fokus på organisering og tværfagligt samarbejde ved overdragelse mellem terapeuter og SOSU personale, samt deres arbejdsindhold i den forbindelse. I fald Herning Kommune implementerer den anbefalede organisering i hele kommunen, er det relevant at indsamle data fra visitationen og distriktslederne for at finde fremtidige fokuspunkter for organisering og det tværfaglige samarbejde.

Borgernes oplevelse af rehabiliteringsindsatsen kunne være interessant, men blev fravalgt pga. projektets rammer og primære fokus. Dette er relevant ved fremtidig implementering af mere træning end i dag, ligesom en monitorering og evaluering af borgernes funktionsevne er relevant.

Vi har tilstræbt at triangulere dataene fra samtællingerne, interviewene, foreliggende teori og andre undersøgelser, og vi vurderer, at vi har været redelige og stringente ved dataindsamling samt i analyseprocessen. Der er dog risiko for, at vi i vore analyser har været for tæt på dataene, idet vi begge er projektledere på projekt Træning til selvhjælp, og således at vores forforståelse har influeret for meget på vore fremsatte resultater (Kvale, 2006, p. 202). Modsat har vores forforståelse medført, at vi ved planlægning af evalueringen var ret præcise i, hvilke temaer der var specielt interessante at uddybe og nuancere.

4.2.1. Vurdering af generaliserbarhed.

Vi mener, at dette studies resultater kan anvendes direkte af Herning Kommune til at organisere tværfagligt samarbejde mellem visitation, distriktsledere, ergo – og fysioterapeuter samt SOSU personale hos borgere i eget hjem, der falder i funktionsevne og har behov for ydelser under Service loven § 83 og 86. Tilsvarende kan resultaterne være til inspiration til andre kommuner, men anbefalingerne skal sættes ind i den specielle kontekst, der gør sig gældende i den pågældende kommune.

Resultaterne vedrørende relevant målgruppe kan ses som hypoteser om, hvilke borgere der sandsynligvis kan profitere af et træningsforløb som afprøvet i projekt Træning til selvhjælp.

Litteraturliste.

- Amstrup, K og Poulsen, I, 2008, *Geriatrici; en tværfaglig udfordring*, 2'nd edn, Munksgaard, Danmark.
- Andersen, B L 2008, *Undersøgelse af rehabiliteringsindsatsen hos ældre borgere i eget hjem, med henblik på at fremme og fastholde funktionsevne*. Set den 5/1 2009.
http://www.etf.dk/uploads/tx_subjectdb/Undersoegelse_af_rehabiliteringsindsatsen.pdf
- Bojlén, S, 2003, 'Det fokuserede gruppeinterview'. In: *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*, Akademisk Forlag, København.
- Borg, T & Runge, U 2007, 'Et sundhedsvæsen under forandring', In: *Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*, Munksgaard Danmark, København.
- Bredland, E L, Linge, O A & Vik, K 2002, *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*, 2nd edn, Gyldendal Nordisk Forlag AS, Oslo.
- Bredland, E, & Linge, O 2007, 'Rehabiliteringsprocessen'. In: *Rehabilitering - teori og praksis*, Forfatterne og Fadl's Forlag Aktieselskab, København.
- Christiansen, C H, 2005, 'Functional Evaluation and Management of Self-care and other Activities of Daily Living'. In: *Physical Medicine and Rehabilitation: principles and practice*, 4'Th edn, vol. 1, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, USA.
- Crotty, M, Kittel, A & Hayball, N 2000, 'Home rehabilitation for older adults with fractured hips: How many will take part?' *J. Qual. Clin. Practice*, vol. 20, p. 65
- Dijk, A J, 2001, *A Theory-Oriented Contribution To Assessment of Functioning and Individual Experience*, Eburon Publisher, Delft, Netherlands.
- Dyhr & Schmidt 2003, 'Interviewet som forskningsmetode'. In: *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*, Akademisk Forlag, København.
- FOA, 2008, *Dialogen om de ledige hænder*. Set den 19/10 2008:
<http://login.foa.dk/graphics/pjecer/Arbejdsmarked/Dialog-om-de-ledige-haender-sep08.pdf>
- Herning Kommune, 2007, *Statusbeskrivelse for Aktivitetscentre i Herning kommune*, Aktivitet og Pleje, Herning.
- Hills, M, Mullett, J, & Carroll, S 2007, 'Community-based participation action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care', *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2/3)
- Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004, MarselisborgCentret, Århus.
- Karlsson, C, 2006, *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. FoU i Väst, Sverige.

- King, J C, Nelsen, T R, Blankenship, K K, Turturra, T C & Beck, A J 2005, 'Rehabilitation Team Function and Prescriptions, Referrals, and order Writing'. In: *Physical Medicine and Rehabilitation: principles*
- Klarlund, B, P, 2005, *Motion på recept - Motion som behandling*. Nyt Nordisk Forlag, Danmark.
- Kvale, S, 2006, *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzel Forlag, København.
- Lauvås K & Lauvås P, 2006, *Tværfagligt samarbejde: perspektiv og strategi*, 2'nd edn., Klim, Danmark
- Malterud, K, 2006, *Kvalitative metoder i medicinsk forskning – en innføring*, Universitetsforlaget AS, Oslo.
- NFA, Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø (2008), *FOR SOSU: Fastholdelse Og Rekruttering af SOcial – og Sundhedshjælpere og assistenter*. Set den 19/10 2008:
<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/Aktuel%20forskning/SOSU/Stamoplysninger/Programbeskrivelse.aspx>
- Nygren, C, 2003, *The Complexity of Geriatric Rehabilitation. A One- Year Follow-up of Client, Caregiver, and Administration Perceptions*, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Ryan, T, Enderby, P & Rigby A S 2006, 'A randomized controlled trial to evaluate intensity of community-based rehabilitation provision following stroke or hip fracture in old age', *Clinical Rehabilitation*, vol. 20, no.2, pp.123-31.
- Socialministeriet, 2002, *Evidens om fysisk aktivitet og træning for ældre*. Set d. 9/10 2008:
<http://www.social.dk/media/Servicestyrelsen/Publikationer/2004/PDF/evidens.ht>
- Social - Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, *Vejledning om træning i kommuner og regioner*, Indrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen 2005, *Hjemmetræning af patienter med apopleksi – en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk teknologivurdering. København.
- Thuesen, J, 2003, 'Rehabilitering frem for frit valg'. In: *Hjemmehjælp – puslespil med mange brikker? En antologi*, Videnscenter for ældreområdet, Hellerup, Danmark.
- Turner-Stokes, L, Williams, H & Abraham, R 2001, 'Clinical standards for specialist community rehabilitation services in the UK', *Clinical Rehabilitation*, vol. 15, pp. 611-623.
- Vik, K, 2008, *Older adults participation in occupation in the context of home-based rehabilitation*', Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Bilagsfortegnelse.

Bilag 1. Information til visitatorer og SOSU personale.	36
Bilag 2. Informationsbrev til borgerne.	38
Bilag 3. Borgerens handleplan.	40
Bilag 4. Overdragelsestiltag.	43
Bilag 5. Interview guides.	44
Bilag 6. Resultater ud fra registreringsskemaer.	48
Bilag 7. Tværgående analyse af interviews.	59

Bilag 1. Information til visitatorer og SOSU personale.

Projekt ”Træning til selvhjælp” i Herning Kommune

I perioden 1. februar 2008 til 1. august 2008 gennemfører vi et projekt om hjemmetræning i Herning kommune. Projektet er udviklet i et samarbejde mellem Ergoterapeut- og Fysioterapeutuddannelserne i Holstebro, VIA University College og Herning Kommune, Aktivitet og pleje.

Formålet med projektet er at tilbyde træning før der tilbydes hjælp og pleje, så borgerne har mulighed for at blive selvhjulpne. I projektet er der fokus på udvikling af et ændret arbejdsområde for plejepersonalet, samt fokus på optimering af overleveringsprocessen mellem terapeuter og plejepersonale. Der er bevilliget penge fra Ældrepuljen til både terapeutgruppe og plejegruppe.

Der er økonomi til at gennemføre projektforløbet for ca. 40 borgere. For at kunne nå at få alle igennem projektet indenfor 6 mdr. vil det være ønskeligt, at der henvises så mange som muligt i de første måneder af projektforløbet.

Det er borgere i område **Øst, Vest og Nord** der indgår i projektet. Derfor er det også visitatorerne i disse områder, der kan visitere til projektet ud fra følgende kriterier:

Inklusionskriterier:

- borgere på funktionsniveau 2 og 3, der under Service loven har behov for hjælp til:
 - bad og personlig hygiejne
 - tage strømper af og på
 - rengøring
 - indkøb
 - tøjvask
- borgerne der har nedsat funktion i en midlertidig (pga. ex. lungebetændelse, influenza o.lign) eller permanent periode.
- borgere der i forlængelse af en midlertidig lidelse (ex. følger efter operation) mod forventning ikke kommer tilbage til normalt funktionsniveau og har behov for ovennævnte.
- borgere som modtager genoptræning under Sundhedsloven og genoptræningsplan, men som derudover har behov for pleje eller praktisk hjælp indenfor inklusionskriterierne.

Eksklusionskriterier:

- borgere med apopleksi
- borgere med demens eller begrundet mistanke om demens
- borgere med psykiatriske diagnoser, hvor hovedproblemet er psykisk og ikke handler om en fysisk funktionsevnededsættelse.
- borgere med misbrug
- borgere med midlertidige restriktioner pga. en midlertidig lidelse.
- borgere, hvor træning ikke forventes at have effekt pga. sygdommens art eller massive mentale og/eller samarbejdsrelaterede problematikker.
- borgere som udelukkende bliver tilbudt genoptræning under Sundhedsloven, og som ikke har behov for pleje eller praktisk hjælp indenfor inklusionskriterierne.

Borgere der er inkluderet i projektet, som ikke kan deltage relevant ud fra projektets hensigt, ekskluderes på baggrund af terapeuternes vurdering. Disse borgere indgår herefter i den eksisterende kommunale pleje.

Ved visitationen vil borgeren først blive præsenteret for ”fritvalgsordningen” og dernæst for projektet (via informationsskrivelsen). Hvis borgeren ønsker at deltage i projektet, skal han/hun underskrive samtykkeerklæringen og får samtidig information om at det ikke er muligt at benytte en privat udbyder.

Derefter sender visitator de relevante oplysninger direkte til terapeuterne, X og X via mail. Visitationen benytter de sædvanlige procedurer og papirer, og registrer derudover, hvilken ydelse borgeren normalt vil få, hvis han/hun ikke deltager i projektet.

På baggrund af fælles målsætning mellem terapeut og borger starter terapeuterne træningen med borgeren.

Når det skønnes at borgeren er stabil, og at plejepersonalet vil kunne overtage træningen, tager terapeuterne kontakt til distriktslederen, som finder en relevant kontaktperson blandt plejepersonalet til det videre træningsforløb. Terapeuten giver desuden besked til visitationen om omfanget af træningen ved plejepersonalet.

Hvis en borger har behov for hjælp om aftenen og i weekenden, tager terapeuten kontakt til distriktslederen og informerer desuden visitationen.

Plejepersonalet træner med borgeren i max. 12 uger. Ved forventet snarlig afslutning informerer kontaktpersonen terapeuten om status, og de vurderer i samarbejde borgerens grad af målopfyldelse. Vurderingen videregives af terapeuten til visitationen.

Hvis der er behov for fortsat træning/pleje, overgår borgeren til den eksisterende kommunale pleje.

Hvis borgeren er selvhjulpnen inden de 12 uger, afsluttes forløbet på dette tidspunkt, og oplysningen videregives via terapeuten til visitationen.

Både terapeuter og plejepersonale registrerer forbrugt tid i projektet.

Ved spørgsmål vedrørende projektet - kontakt venligst:

Ansvarlige projektledere:

Oplysninger vedrørende den enkelte borger:

Ergoterapeut:

Fysioterapeut:

Bilag 2. Informationsbrev til borgerne.

Projekt ”Træning til selvhjælp” i Herning Kommune

I perioden 1. februar 2008 til 1. august 2008 gennemfører vi et projekt om hjemmetræning i Herning kommune. Formålet med projektet er at tilbyde træning til borgerne så de har mulighed for at blive selvhjulpne.

Det er vurderet af visitator, at du vil kunne have udbytte af at indgå i projektet, derved får du mulighed for at få træning i eget hjem.

Du vil starte træningen med en ergoterapeut og/eller en fysioterapeut, og senere vil træningen fortsætte med plejepersonalet, når dette vurderes at være hensigtsmæssigt. I dette forløb vil en terapeut være ansvarlig kontakt for plejepersonalet.

Undervejs i dit træningsforløb vil der ske registreringer af dit funktionsniveau i forhold til dit mål for træningen. Disse registreringer vil blive anonymiseret og behandlet fortroligt.

Det er frivilligt at deltage i projektet, men det forudsætter at træningen udføres af de kommunale terapeuter og plejepersonale. Hvis du ikke ønsker at tage i mod tilbuddet, vil du indgå i det normale kommunale tilbud om hjælp og pleje.

**Har du spørgsmål om projektet er du velkommen til at kontakte
Ergoterapeut
Fysioterapeut**

**Med venlig hilsen
Ansvarlige projektledere
Birthe Lodahl Andersen, ergoterapeutuddannelsen
Lene Kirk, fysioterapeutuddannelsen
VIA University College, Holstebro**

SAMTYKKEERKLÆRING

Projekt ”Træning til selvhjælp” i Herning Kommune.

NAVN	
GADE	
BY	

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i projekt ”træning til selvhjælp” i Herning Kommune.

Desuden giver jeg samtykke til at mine data fra projektet, må registreres og anvendes i anonymiseret og fortrolig form.

Jeg er bekendt med, at jeg når som helst kan trække mig ud af projektet.

Underskrift _____

**Bilag 3. Borgerens handleplan.**

Navn:		Adresse:
Cpr. nr.:		Tlf. nr.:
Udarbejdet af:		I samarbejde med:

Kontaktperson i plejen:			
Fysioterapeut .	Mail:	Mobil:	
Ergoterapeut .	Mail:	Mobil:	

Dato og langsigtet mål:

Dato:	Dato for overlevering:		Dato for afslutning:	
	Kan udføre	Kan ikke udføre	Kan udføre	Kan ikke udføre

Aftale om pleje med træningsfokus:

Dato: ____ : **Antal gange** ____ **i ugen à** ____ **minutter.**

Dato: ____ : **Antal gange** ____ **i ugen à** ____ **minutter.**

Dato: ____ : **Antal gange** ____ **i ugen à** ____ **minutter.**

Dato: ____ : **Antal gange** ____ **i ugen à** ____ **minutter.**

Dato: ____ : **Antal gange** ____ **i ugen à** ____ **minutter.**

**Træning ved
terapeuter (tid):**

**Pleje med trænings-
fokus (dato):**



TRÆNING TIL SELVHJÆLP, fortsat

Dato/emne:	
Funktions niveau ved overlevering. Herunder: Kommentarer til mål- opfyldelse.	
Status ved afslutning. Herunder: Kommentarer til mål- opfyldelse.	
Videre foranstaltninger.	

**Bilag 4. Overdragelsestiltag.****Overdragelsestiltag i Projekt TRÆNING TIL SELVHJÆLP**

Ergoterapeut: navn _____ eller Fysioterapeut: navn _____

Borger navn:

Borger nummer:

Tiltag ved overlevering	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	Da-to	I alt antal gange
Tlf. kontakt m. pl.personale													
A til A kontakt m. pl.personale m. borgeren													
A til A kontakt m. pl.personale u. borgeren													
Kontakt med visitation													
Kontakt med distriktsleder													

Bilag 5. Interview guides.

Interviewguide: SOSU personale.

Forsknings spørgsmål	Interviewspørgsmål – med fokus på hvad er det optimale?
<p>Hvad er centralt for at lave en optimal organisering af en borgers forløb ved overdragelse til SOSU personale?</p> <p>Organisering af samarbejdet mellem SOSU og terapeuter ved overdragelsen til SOSU.</p> <p>Arbejdstilrettelæggelse fra distriktsleder til dagsdisponent til SOSU</p> <p>Hvilke tidsmæssige rammer skal SOSU personale have?</p>	<p>Hvad har fungeret godt i samarbejdet med terapeuterne da I startede op ude hos borgeren? (forskellige kontaktformer og begrundelser derfor)</p> <p>Hvad har fungeret godt i samarbejdet med terapeuterne <u>undervejs</u> i forløbet med borgeren? (forskellige kontaktformer og begrundelser derfor)</p> <p>Hvad har ikke fungeret godt i samarbejdet med terapeuterne, da I startede op ude hos borgeren?</p> <p>Hvad har ikke fungeret godt i samarbejdet med terapeuterne <u>undervejs</u> i forløbet med borgeren?</p> <p>Så, hvad mener I der er specielt vigtigt i samarbejdet med terapeuterne? (obs. at samle op og kontrolspørgsmål fra tidligere udtalelser)</p> <p>Hvilken rolle spiller distriktslederen for at I kan være hos borgeren?</p> <ul style="list-style-type: none"> - og hvad er vigtigt at de tager ansvar for? <ul style="list-style-type: none"> o udvælgelse af kontaktperson o tilpas tid hos borgeren o tid til samarbejde med terapeuter o gennemgående person ude hos borgeren o respekt og anerkendelse, fra andre plejepersonaler, af at de bruger ekstra tid hos borgeren <p>Hvilken rolle spiller dagsdisponenten for at I kan være hos borgeren?</p> <ul style="list-style-type: none"> - og hvad er vigtigt at de tager ansvar for? (loyalitet ift. aftaler om kontaktpersonens specielle arbejdsindhold og tidsramme). <p>Hvordan skal samarbejdet mellem jer plejepersonaler være, for at borgerens forløb bliver så godt som muligt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvornår og hvordan skal I mødes eller tale sammen – og hvorfor? - Hvilke arbejdsmæssige vilkår skal I have for at det er muligt?

	<p>Har I andre kommentarer til hvad der er vigtigt i måden det tværfaglige samarbejde er organiseret på, hvis projektets arbejdsform skal fortsætte.</p>
<p>Hvilke kompetencer skal SOSU personalet have ift. indsatser og tværfagligt samarbejde.</p> <p>Hvordan er SOSU personale tilfredse med arbejdsindhold og samarbejdsproces?</p>	<p>Hvordan oplever I som fagpersoner at skulle træne med borgeren frem for at pleje dem?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke fordele og bagdele kan I se for borgeren? - Hvilke fordele og bagdele kan I se ift. jeres egen faglighed? - Hvor vigtigt synes I det er, at borgeren bliver så selvhjulpne som muligt? - Hvilken rolle spiller I for at borgerne bliver så selvhjulpne som muligt? - Hvem har ansvaret for at borgerne bliver så selvhjulpne som muligt? <p>Hvad kræver det af jer som SOSU personale at arbejde, som I har gjort i dette projekt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad skal I kunne for at indgå i det tværfaglige samarbejde? (krav og kompetencer) - Hvilke krav oplever I ift. at lave pleje med træningsfokus? - Er I klædt på til at arbejde på den måde? (på baggrund af jeres uddannelse, erfaring og kurser) Spørge assistenterne og hjælperne direkte til deres uddannelsesniveau i fht. kravene. - Hvordan tror I at I vil være tilfreds med det gennem længere tid? <p>Hvilke yderligere kommentarer har I ift. hvad det kræver og giver at arbejde på denne måde?</p>

Interviewguide: ergo – og fysioterapeut.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål – med fokus på hvad er det optimale?
<p>Hvad er centralt for at lave en optimal organisering af en borgers forløb fra start ved visitation til afslutning ved terapeuter eller plejepersonale?</p>	<p>Vi vil starte med at spørge ind til, hvad der er vigtigt for at et forløb med en borger fungerer godt.</p> <ul style="list-style-type: none"> – er der nogle fælles kendetegn for de borgere der profiterer af træning – og hvad er det? – vi kan se at en del borgere er ekskluderet efter I har talt med dem ude hos dem, så er der nogle borgere som ikke kan profitere af træning og hvad kendetegner dem?

<p>- ansvarsfordeling og beslutningskompetence ml. faggrupperne (koordinering)</p> <p>Hvilke borgere bør tilbydes træning?</p> <p>organisering af samarbejdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i overdragelsen med distriktsledere og SOSU - med visitationen, ved opstart, overdragelse og afslutning. 	<p>Ved opstart i forhold til visitationen og borgeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oplever i kulturforskelle omkring pleje kontra træning i samarbejdet med visitator? - hvilken konsekvens har det for det bevilgede? - og har I nogle oplevelser med det? (Visitators afgivelse af beslutningskompetence sammenkoblet med faglige kompetencer i at vurdere borgerens behov indenfor træning). <p>Samarbejde i forhold til visitationen, når borgeren overgår til SOSU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvordan oplever i jeres selvbestemmelse i forhold til at afgøre træningsindhold og tidsforbrug når SOSU overtager? - hvad ville være optimalt og hvorfor? <p>Ved afslutning af borgeren.</p> <p>Hvem har beslutningskompetencen i forhold til det videre forløb for borgeren?</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvem bestemmer, og hvad tænker I om det? <p>Samarbejde i forhold til distriktsleder, når borgeren overgår til SOSU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oplever i kulturforskelle omkring pleje kontra træning i samarbejdet med distriktslederne? - Oplever I forskel på hvordan de værdisætter træning ift. Pleje? - Hvilke konsekvenser har det for borgerens forløb? - Hvilke konsekvenser har det for det tværfaglige samarbejde (distriktslederens ansvarstaging)? - Hvordan vil et optimalt samarbejde med distriktslederen være? <p>Samarbejde med SOSU-personale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad skal SOSU personalet kunne for at overtage træningen (faglige og personlige kompetencer)? - Og hvordan oplever I at de er klædt på det? – er der forskel på assistenter og hjælpere? <p>I har tidligere sagt at i samarbejdet er det vigtigt med faste aftaler, telefon, ansigt til ansigt, at I trækker jer stille og roligt o.lign.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er der andet som er centralt i selve overdragelsen end det I tidligere har nævnt? <p>Når ergo – og fysioterapi skal sættes under BUM modellen i Herning kommune – hvad skal man så være ekstra opmærksom på?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke problemer kan I se i det?
--	--

	<p>- Hvordan sikres at de rette borgere får tilbudt træning?</p> <p>Har I andre kommentarer til hvad der er vigtigt i måden det tværfaglige samarbejde er organiseret på, hvis projektets arbejdsform skal fortsætte.</p>
<p>Hvilke kompetencer skal terapeuterne have?</p> <p>Herunder - vidensniveau ift. indsats og ift. tværfagligt samarbejde.</p> <p>Hvilke tidsmæssige rammer skal terapeuterne have?</p> <p>Hvordan er terapeuterne tilfredse med arbejdsindhold og samarbejdsproces?</p>	<p>Hvad kræver det af jer som terapeuter at arbejde med borgeren, som I har gjort i dette projekt?</p> <p>Hvad kræver det af jer som terapeuter at arbejde i det tværfaglige samarbejde, som I har gjort i dette projekt?</p> <p>Hvis I skal kunne varetage rehabilitering for et helt distriktsområde med alle borgere; hvilken viden skal I så have yderligere?</p> <p>Vi kan se at målsætningen for borgerens forløb ikke altid er det samme som det visitationen har skrevet at borgeren ikke kunne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vil I begrunde det. - Ud fra hvad laver I den vurdering? (rehabilitering og tpp's faglighed)? - Hvad er fordele og bagdele ved? <p>Vi kan se at I bruger en del tid på administrative opgaver ifm. de tværfaglige samarbejdspartnere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvor vigtigt er det at have tid til det? Hvorfor er det det? - Er det muligt at bruge mindre tid på det administrative og stadig opretholde et sammenhængende forløb? <p>Hvor vigtigt er det er bruge tid på overdragelsen til SOSU personalet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Og hvorfor er det det? - Er det muligt at bruge mindre tid på overdragelsen og stadig opretholde et sammenhængende forløb? <p>Hvordan oplever I (som fagpersoner) at I skal bruge en del tid på administrative og koordinerende opgaver?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Og hvilke kompetencer kræver det af jer? - Er I klædt på til det på baggrund af jeres grunduddannelse? - Og hvordan tror I at I vil være tilfreds med det gennem længere tid? <p>Hvilke yderligere kommentarer har I ift. hvad det kræver og giver at arbejde på denne måde?</p>

Bilag 6. Resultater ud fra registreringsskemaer.

Oversigt over tidsforbrug og mål opfyldelse hos borgerne.

Borger nr.:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Tr.Terapeut antal gange	20	17	16	15	2	12	8	11	8	19	3	28	27	21	30	24	8	8	9	6	6	4	20
Tid i timer	12,25	9,20	9,00	6,45	2,15	10,15	4,15	7,50	4,25	10,30	2,30	32,30	22,0	10,35	33,0	14,45	5,0	5,30	12,0	3,45	4,0	2,45	14,45
Tr. Plejep. Antal gange Tid i timer	-	-	-	34 8,30	-	19 9,30	-	13 6,30	23 11,30	23 11,30	-	-	30 15,00	3 1,30		-	-	30 15,00	17 8,30	-	-	-	-
Målopfylde ved afslutning	+	+	ind- lagt	+	+	+	+	+/-	+	+	+	+	+/-	ind- lagt	- død	+	+	+	+/-	+	-	+	+

Borger nr. 15 registreres ikke, da han var fejlvisiteret og ikke har fået andre indsatser end samtale og information

I alt 45 borgere blev tilbudt at deltage i projektet på baggrund af de opstillede inklusionskriterier.

- 23 borgere deltog i projektet og startede træning hos terapeuterne, heraf blev
- 11 borgere blev overdraget til fortsat træning hos SOSU personale, heraf gennemførte 9 borgere træningen ved SOSU personalet (en borger blev indlagt – en borger blev dårligere/terminal)
- 21 borgere deltog ikke i projektet efter den første samtale med terapeuterne og information.
- 1 borger (nr. 15) blev trukket ud af dataene pga. eksklusion, da borgeren havde offentlig leverandør

16 borgere opnåede fuld målopfylde

3 borgere opnåede delvis målopfylde (+/-)

1 borger opnåede ikke målopfylde

3 borgere udgik af projektet pga. indlæggelse og forværring af sygdom

Sammenhæng mellem borgerens problemstillinger og indsatser ved ergo – og fysioterapeuter og SOSU personale.

Borger Nr.:	Funktionsevneproblem fra visitationen					Diagnoser - Problemstillinger	Målsætning for borgernes træning						
	Bad/ pers. Hygiejne	Strømper	Rengøring	Indkøb/mad	Tøjvask		Bad/Hygiej	Strømper	Rengøring	Indkøb/mad	Tøjvask	Mobilitet Balance	Styrke
1	x		x		x	Følger efter lårbensbrud	x		x			x	
2	x		x			Følger efter opr. for colon cancer	x		x			x	x
3	x		x			Hjerteproblemer og slid i ryggen	x		x				x
4	x					Hø. crus amputeret m. protese - Tidl. Blodprop i hjernen				x		x	
5	x		x			Nervebetændelse i højre ben.	x		x				
6	x			x	x	Følger efter lungebetændelse - slid og nedsat bevægelighed i hø.skulder	x					x	
7			x		x	Diabetes – nervebetændelse i hænder / fødder – følger af menisk opr.			x		x	x	x
8	x	x				Astma – nedsat syn – generel svækket						x	x
9	x					KOL – dårligt hjerte – diabetes – urinsyreigt – nu lungebetændelse.						x	x
10		x				Osteoporose – sammenfald i ryggen og smerter						x	
11	x		x		x	Forhøjet blodtryk – depression – følger efter collesfraktur	x					x	
12	x		x			Følger efter femurfraktur og collesfraktur				x		x	
13	x		x			Diabetes – slidgigt - opr. for perforeret galdeblære	x			x		x	x
14	x		x	x	x	Generelt svækket – obs. demens						x	x
16						Lungefibrose	x					x	x
17			x			KOL						x	x
18	x					Obs. Depression – generel svækket	x	x					
19	x					Parkinson – følger efter knæalloplastik	x					x	
20	x					Muskelgigt i arm	x					x	x
21				x		Apopleksi			x	x			
22	x		x	x		Bughindebetændelse efter sprængt blindtarm			x				x
23			x			Nedsat nyrefunktion – lavt blodtryk			x				
24	x					Generelt svækket – psykisk og social isoleret	x	x		x			

Ud fra oplysningerne fra visitationens papirer som er sendt til terapeuterne ved inklusion ses, at de fleste borgere har flere og mangeartede problemstillinger. Problemstillingerne handler både om fysiske, bio-mekaniske problemstillinger/diagnoser, og om psykiske og sociale problemstillinger og forhold.

Der ses ikke sammenhæng mellem arten og antallet af problemstillinger/diagnoser og antallet/tidsforbrug til træning ved terapeuter og SOSU personale.

Det ses ud fra opgørelsen i skemaet, at der ikke altid er sammenhæng mellem det/de funktionsevneproblemer, der er bevilget hjælp til fra visitationen, og de træningsmål der er opsat i fællesskab mellem terapeuter og borger. Desuden ses, at der ofte arbejdes med flere og andre interventioner end dem, der går direkte på målopfyldelsen. Eksempelvis gives der ofte træning i mobilitet, balance og styrke som en vej til at arbejde med den konkrete målopflydelse.

Visiterede ydelsespakker før og efter træningsindsats.

cpr.nr. Borger- nummer	ydelse borgeren skulle have haft, hvis de ikke indgik i projektet.	ca. tidsang. pr. uge. Kilde: Herning kommunes oversigt over ydelsespak- ker til hjemmehjælp	funktions- niveau (ud fra Fælles- sprog)	andre hj.hj.s ydelse givet samtidig med træningen	ydelse efter afslutning
Nr. 1.	bad x 2 om ugen rengøring hv. 14.dag	60 min 35 min	2	Ingen	rengøring hv. 14. dag 35 min.
Nr. 2	bad x 2 om ugen rengøring hv. 14. dag	60 min 35 min	2	Ingen	Selvhjulpen
Nr. 3	bad 2 x ugentlig	60 min	2	rengøring . mad- service	Massiv hjælp efter indlæggel-se og akut aflastning
Nr. 4	grundlæggende dgl. pleje grundlæggende pleje aften rengøring hv. 14. dag tøjkvask ugtl.	420 min 147 min 35 min 30 min	3	Ingen	grundlægge nde dgl. pleje.420 min. grundlæg- gende pleje aften 147 min. rengøring hv. 14. dag 35 min tøjkvask ugtl. 30 min
Nr. 5	bad 1 x ugentlig rengøring hv. 14. dag	30 min 35 min	2	Ingen	Selvhjulpen
	bad x 1 ugentlig tøjkvask hv. 14. dag	30 min 15 min	2	tøjkvask hv. 14.	bad x 1 ugtl. 30 min.

Nr. 6				dag madser- vice udbring- ning af dgl.varer	tøjvask hv. 14. dag 15 min.
Nr. 7	tøjvask hv. 14. dag rengøring hv. 14. dag	15 min 35 min	2	rengøring hv. 14. dag	rengøring hv. 14. dag. 35 min
Nr. 8	elementær dgl. pleje dag elementær pleje aften	245 min 49 min	2	rengøring og tøjvask hv. 14. dag	Grundlæg- gende pleje 420 min. Grundlæg- gende pleje 147 min. Effekt af træning, men blev akut dårlig umiddelbart efter afslutning.
Nr. 9	bad ugentlig	30 min	2	rengøring (i hustrus navn)	selvhjulpen
Nr. 10	støttestrømper dgl.	140 min	2	Ingen	selvhjulpen
Nr. 11	elementær pleje dgl. rengøring hv.14.dag tøjvask hv. 14. dag	140 min 35 min 15 min	2	madser- vice, udbring- ning af dgl.varer	selvhjulpen
	elementær dgl. pleje elementær pleje aften rengøring hv. 14. dag tøjvask hver uge	245 min 70 min 35 min 30 min	2	Ingen	elementær dgl. Pleje 245 min. elementær pleje aften

Nr. 12					70 min. rengøring hv. 14. dag 35 min. tøjkvask hv. Uge 30 min
Nr. 13	bad x 1 ugentlig rengøring hv. 14. dag	30 min 35 min	2	Ingen	rengøring hv. 14. dag 35 min.
Nr. 14	grundlæggende pleje dag grundlæggende pleje aften tøjkvask hv. 14. dag rengøring hv. 14. dag bestill. varer 1 x ugtl.	420 min 147 min 15 min 35 min 15 min	3	Ingen	uændret Blev akut indlagt og derefter på plejehjem
Nr. 16	grundlæggende pleje dag. grundlæggende pleje aften.	7 t 147 min	3	Ingen	Død
Nr. 17	rengøring hv. 14. dag	35 min	2	Ingen	selvhjulpen
Nr. 18	bad x 2 ugtl.	60 min	2	Ingen	selvhjulpen
Nr. 19	grundlæggende pleje dag. grundlæggende pleje aften.	420 min 147 min	2	Ingen	elementær dgl. pleje 245 min. elementær dgl. pleje aften 70 min.
Nr. 20	elementær dgl. pleje tøjkvask hv. 14. dag rengøring hv. 14. dag	245 min 15 min 35 min		Ingen	elementær dgl. Pleje 245 min. rengøring hv. 14. dag 15 min.
	rengøring hv. 14. dag	35 min	2	Madser-	selvhjulpen

Nr. 21				vice. Udbring- ning af dgl.varer	
Nr. 22	rengøring hv. 14. dag	35 min	2	Ingen	rengøring hv. 14. dag 35 min
Nr. 23	rengøring hv. 14. dag	35 min	2	Ingen	selvhjulpen
Nr. 24	elementær dgl. pleje elementær pleje aften	140 min 49 min	2	ingen	selvhjulpen

Borgere der ikke deltager i projekt Træning til selvhjælp.

I alt 45 borgere har været tilbudt projekt Træning til Selvhjælp.

Ud af dem deltog 21 borgere ikke i projektet efter samtale og information fra ergo - og fysioterapeut.

Af disse er 10 borgere fejlvisiterede fra visitationen, og 11 borgere var relevante for deltagelse, men deltog ikke.

Yderligere 1 var fejlvisiteret, men det først opdaget efter opstart hos terapeuterne (borger nr. 15).

De 11 fejlvisiterede fordeler sig således:

6 har genoptræningsplan under Sundhedsloven (visitationerne foregik før denne gruppe blev inkluderet - se s.7-8).

2 har offentlig leverandør

1 er ikke berettiget til rengøring

1 klarer fint hverdagen, og har ikke noget behov for træning (mener både borger og terapeuter)

1 kommer fra et andet distriktsområde end inklusionsområdet.

Begrundelse for 11 borgeres manglende deltagelse på trods af relevans:

1. Er i et hul, og magter ikke at starte træning op (er depressiv i perioder).
2. Da træningen ikke kan starte straks, kommer borgeren ikke med i projektet (tilbydes dog træning ved kommunens trænende terapeut).
3. Indlagt akut på sygehus.
4. Har fået det dårligere her og nu, og vil kontakte sygehus.
5. Borgeren siger hun ikke er moden til opstart på træning endnu, hvilket fysioterapeuten vurderer som korrekt da borgeren fremstår forvirret og gentager udtalelser under træning (måske kognitivt skadet).
6. Har mere ondt end før, og borgeren skal kontakte en anden fysioterapeut for konkret behandling.
7. Borgeren er klar over, at hun skal holde sig i gang, men føler ikke hun magter de tunge rengøringsopgaver og ønsker ikke at "betale prisen" med smerter og et øget medicinforbrug.
8. Borgeren meddeler, at han ikke længere er interesseret (har fået afslag på hjælp til rengøring fra visitationen, men træning var mhp. forebyggelse af nedsat niveau i fremtiden).
9. Borgeren vil i første omgang have gavn af fysioterapeutisk genoptræning, da knæproblematikken fylder meget, og borgeren vil have nok at gøre med dette rent ressourcemæssigt. Fysioterapeuten vil senere søge en træningspakke til hende.
10. Var ikke interesseret i projektet alligevel og angiver, at hun kan varetage rengøring selv. Virkede afvisende, og terapeuterne talte kun med hende på trappen uden mulighed for afklaring af hverdagsproblemer og/eller hjælpemidler.
11. Borgeren er i behandlingsforløb med kiropraktor pga. rygproblemer og ergoterapeuten vurderer, at yderligere træning kan give yderligere smerter og bevæge indskrænkning. Borgeren er så aktiv som muligt generelt og forventer selv, at hun snart er selvhjulpent med alt igen.

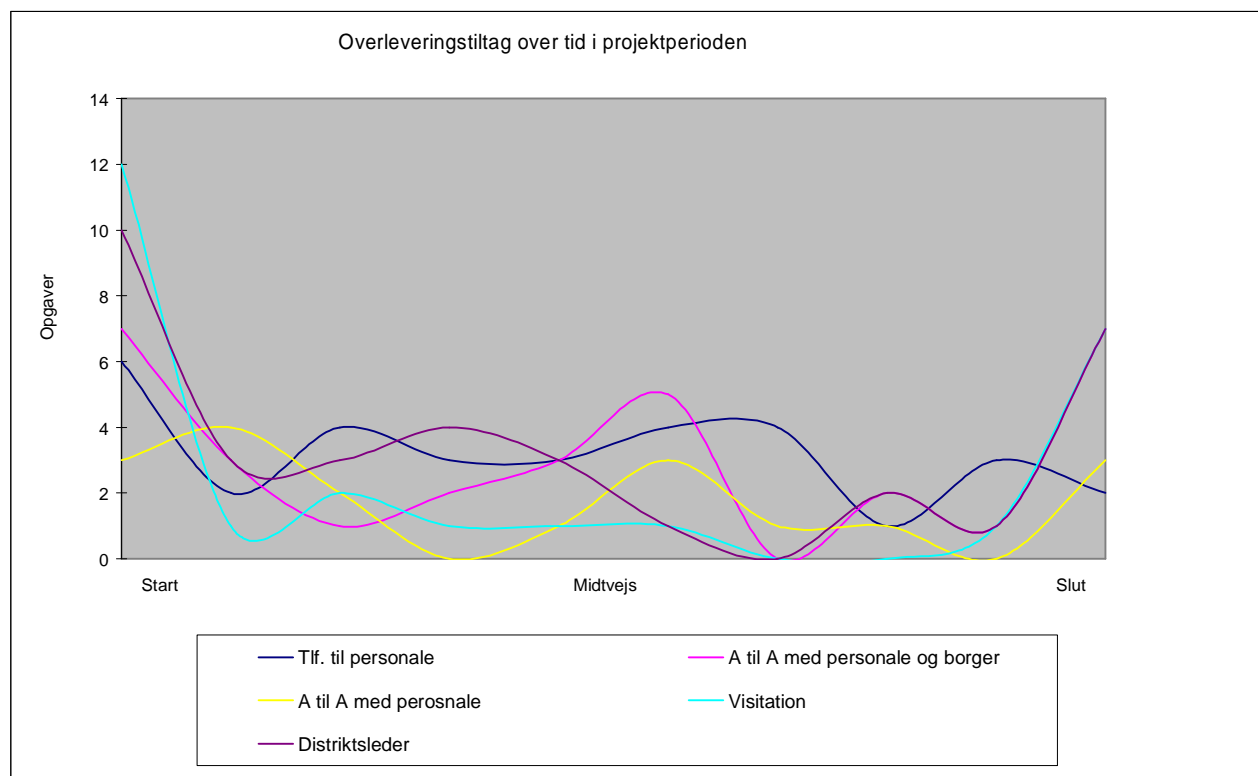
Konklusion:

11 ud af 45 borgere fejlvisiteres, medfølgende at ergo – og fysioterapeut bruger tid på udredning af relevans for deltagelse i et træningsforløb, selvom de efterfølgende ekskluderes.

11 ud af 35 borgere (ca. 1/3) deltog ikke på trods af relevans. 3 valgte det selv fra, 4 overgår til eller er i gang med anden træning eller behandling, 5 er akut syge eller ikke i stand til at indgå i træningsforløb. Valget om borgerne skal indgå i projektet, influeres meget af den terapeutfaglige vurdering på baggrund af de muligheder og barrierer de ser for et træningsforløb.

Overdragelsestiltag – kontakt mellem terapeuter og øvrige personaler.

Denne registrering handler om ergo – og fysioterapeuternes kontakt til det øvrige personale i forbindelse med borgerens deltagelse i projektet.



Konklusion på baggrund af graferne over de forskellige kontakter.

Der er gennem hele forløbet mange kontakter mellem terapeuterne og de øvrige personalegrupper.

Ved et forløbs opstart har terapeuterne kontakt med både visitationen, distriktsleder og SOSU personalet. Kontakten med SOSU personalet foregår både som ansigt til ansigt kontakt og som telefonisk kontakt.

Der er en øgning i kontakten med distriktslederen lige inden overdragelsen, som sker midt i forløbet eller lige derefter.

Ved overdragelsen er der meget ansigt til ansigt kontakt med borger og plejepersonale.

Et forløb afsluttes med meget kontakt til visitationen og distriktsleder.

Der er meget telefonisk kontakt mellem terapeuter og SOSU personale jævnt fordelt gennem hele forløbet. Ansigt til ansigt kontakten mellem terapeut, SOSU personale og borger er ligeledes stor, men mere vekslende gennem forløbet.

Borgerne inkluderes ikke udelukkende via visitationen; henvendelsen kommer også via SOSU personalet og distriktslederne, hvorefter terapeuterne selv retter henvendelse til visitationen for at få borgeren registreret som deltagende i projektet.

Opmærksomhedspunkter

Samlet ses, at det er vigtigt at være opmærksom på, at den indledende kontakt går gennem både SOSU personale og distriktsleder og ikke kun visitationen. Ved indførelsen af BUM-modellen på terapeutområdet, kan der være risiko for, at nogle borgere med træningsbehov ikke bliver opdaget.

Det er vigtigt, at SOSU personalet og terapeuterne har let tilgang til telefonisk kontakt, når borgerne overdrages til SOSU personalet, og at terapeuterne har mulighed for at tage med ud til den enkelte borger sammen med SOSU personalet.

Bilag 7. Tværgående analyse af interviews.

Relevant målgruppe.

Terapeuters udtalelser:

- Motivationen er altafgørende for, om et træningsforløb lykkes. Terapeuterne oplevede at de nogle gange gik ”omveje”, hvor de ved at fokusere direkte på borgerens mål i stedet for visitationens mål (om eksempelvis at tage bad), var med til at fremme motivationen hos borgeren.
- Hos ældre svage borgere med generel muskelsvaghed er der et træningspotentiale. Her vil der ofte være tale om et længere træningsforløb, som er egnet til overdragelse til SOSU personale.
- Borgere med mange og forskelligartede problemer ”problembørn”. Disse vil ofte have tendens til at falde gennem systemets standarder. Denne type borgere er svære at overdrage til SOSU.

SOSU personalets udtalelser:

- Ældre med gamle funktionsnedsættelser kunne også have gavn af træning.
- Mange af dem der får hjælp til eksempelvis hårvask kunne trænes op til at gøre dette selv.

Samarbejdsrelationer – Terapeuters udtalelser.

Visitationen:

Terapeuterne oplever stor velvillighed fra visitationens side, da der har været afsat tid og penge til projektet. Men samtidig oplever terapeuterne, at de ikke har så meget fokus på træning, og ikke er så skarpe til at se behovet for træning.

”velvilje havde de som sådan alle sammen, fordi det er en ekstra gevinst for visitationen, men de er stadigvæk ikke særlig...der er forskel på fokus stadigvæk fra deres side, hvor gode de er til at se behovene for træning”

Det er ikke altid, at det der er bevilliget hjælp til fra visitationens side, stemmer overens med den målsætning, terapeuter og borger sætter i fællesskab. Dette mener terapeuterne skyldes, at de har mere tid til at få afdækket borgerens behov, og at de har en anden faglighed, når de indgår i den proces.

Det viste sig også, at der ikke altid blev trænet direkte i forhold til målsætningen, men at det var nødvendigt at formulere nogle meget konkrete og opnåelige delmål - dels for at motivere borgeren, og dels fordi det viste sig, at målet for borgeren ændrede sig, når man var kommet i gang med træningen.

Terapeuterne oplevede stor selvbestemmelse i forhold til visitationen ved overdragelsen til SOSU personalet. Her havde terapeuterne mulighed for at bestemme hvornår og hvor meget, SOSU personalet skulle træne med den enkelte borger. Dette mener terapeuterne har stor betydning for kvaliteten i projektet, og ser gerne at denne samarbejdsform kunne fortsætte.

”jeg synes det vil være en god ide, for jeg mener at vi har en bedre fornemmelse af tingene, fordi vi er kommet i hjemmet i længere tid og vi har det der samarbejde, så der synes jeg virkelig vi har nogle kompetencer til at beslutte det”

Dog peger de på, at det kan være nødvendigt at sætte en øvre grænse for en træningsydelses omfang.

Desuden mere terapeuterne, at det vil være gavnligt med et samarbejde og en dialog mellem terapeuter og visitationen, når borgeren afslutter et træningsforløb, og det skal vurderes hvor meget hjælp, de efterfølgende har behov for.

Distriktslederne:

I terapeuternes samarbejde med distriktslederne blev det tydeligt, at der både var noget rent organisatorisk-ressourcemæssigt og også noget personlig-ressourcemæssigt. Nogle distriktsledere var meget hurtige til at svare på terapeuternes henvendelser og kunne fint finde en egnet SOSU personale til opgaven, og andre skulle de presse lidt og henvende sig til flere gange. Dette hang både sammen med arbejdsbelastningen i området og distriktslederens interesse for projektet.

Her påpeger terapeuterne, at det personlige møde og kommunikationen med de enkelte SOSU grupper i distriktet er meget vigtigt; både for at få fortalt om projektet og for at få indtryk af, hvem der er interesseret i at træne med borgerne.

”der var dem som var pressede hvor det ikke virkede. Det var tydeligt at mærke når man kom til de områder, at de virkede til ikke at have overskud. Modsat andre områder, de kunne sige,” vi bruger næsten ikke vikarer, vi klarer det selv, dem fik vi promte svar fra”

Terapeuterne påpeger, at hvis projektets arbejdsform skal implementeres i hele Herning kommune, vil samarbejdet og kommunikationen til distriktslederne blive enklere og dermed bedre, da man kun vil have et område at samarbejde med, og ikke som i projektet hvor de skulle have kontakt til 3 områder. Dette vil gøre, at de kan deltage til møderne i grupperne og derved få en øget personlig kontakt og fremme kommunikationen.

”det her er lidt et urealistisk billede, fordi vi kom så mange steder og det gjorde at man ikke synes, at man kunne involvere sig så meget, så bliver overskuddet ikke så stort til det”

SOSU personalet:

I samarbejdet med SOSU mener terapeuterne, at det havde betydning, hvor motiverede disse var for at indgå i projektet, men at de ikke direkte stillede krav om dette til distriktslederne, da det hos dem ofte handlede om at få arbejdsdagen til at hænge sammen.

”jeg gik heller ikke så meget ind i at sige, at nu er det vigtigt at I finder nogle gode, fordi for dem var det meget at få hverdagen til at hænge sammen, så det synes de ikke helt de havde mulighed for”

I selve overdragelsen til SOSU personalet var det vigtigt, at terapeuterne havde fokus på både at give borgeren og SOSU personalet tryghed og troen på, at det nok skulle fungere på et fagligt forsvarligt niveau.

”vi var meget bevidste om at give dem tryghed, for at det her kunne de godt, og at det var forsvarligt, og det var de gode til. Og give borgerne tryghed til at dem vi havde overdraget til, det var forsvarligt, og det blev ikke ringere fordi de kom. De kunne være trygge, fordi vi slap dem ikke, vi fulgte dem og de var i gode hænder”

Den direkte ansigt til ansigt kontakt mellem terapeut og SOSU personalet var meget vigtig. Overdragelsen skete direkte ude ved den enkelte borger, og der var en fast aftale om, hvornår terapeuten kom igen for at følge op på træningen.

”for hvis jeg skulle spørge om de havde brug for at jeg kom igen, jamen... ”nej, det går da vist meget godt”. Men de vidste heller ikke hvad der kunne gå godt eller ikke godt. Det var bedre når jeg sagde, at jeg kommer igen om en uge eller to”

Et andet vigtigt element i kvaliteten af overdragelse var processen hvor terapeut, SOSU personale og borger i fællesskab fastsatte målene for den videre træning ved SOSU personalet. Dette gav tydelighed i formålet og virkede fremmende for ansvarligheden hos SOSU personalet.

”det er jo der man prøver at gøre det konkret, så SOSU erne også kan se det er det her vi skal arbejde hen imod, så de ligesom også får billedet inde i hovedet”

Terapeuternes mobiltelefoner og SOSU personalets PDA'er var meget vigtige redskaber i den daglige kommunikation og dermed vigtige for samarbejdet. Disse gjorde, at det var lettere at koordinere både i forhold til borgerne og til SOSU personalet.

”så hurtig man får et forløb med en hjælper eller assistent, så er det bare med at have den direkte vej, fordi det er det hurtigste og bedste”

I forhold til en fremtidig implementering af projektet, så ser terapeuterne det som en god mulighed, hvis de kunne komme med ind i afklaringen af træningspotentialer hos en borger, når denne starter op i plejen. Derved kunne man gøre nogle borgere helt selvhjulpne og give plejen et træningsfokus fra starten.

”hver gang der kommer nye borgere til et distrikt, så synes jeg, at de skulle tænke om det er relevant, at vi kom på banen. For så helt fra starten af et forløb at skabe en kultur; jamen her der arbejder vi på at folk skal blive så selvhjulpne som muligt”

Samarbejdsrelationer – SOSU personalets udtalelser.

Terapeuter:

I samarbejdet med terapeuterne omkring overdragelsen siger SOSU personalet, at det er meget vigtigt, at de tager ud til borgeren sammen, og at de får præcise informationer om hvorfor og hvordan, og afprøver træningen med borgeren mens terapeuten er der. Det konkrete og personlige er mere vigtig end en masse nedskrevet på papir.

”vi var med ude at besøge borgeren og det var guld værd, at man kommer med ud og ser hvordan arbejder de sammen, ... i stedet for at man skal prøve det ud fra papir”

Det er også vigtigt at terapeuten støtter og opmuntrer SOSU personalet i deres arbejde med træningen af borgeren, så de tror på at de kan klare det.

”terapeuten var god til at sige til mig, jeg tror at du kommer til at gøre det godt, fordi du kan godt skubbe på hende”

SOSU personalet efterlyser, at de deltager i den afsluttende vurdering af borgerens målopfyldelse, når denne stopper med træningen. Dette giver dem argumenter og motivation til fortsat at have træningsfokus i deres arbejde med borgeren efter afslutning i projektet.

SOSU personalet vil også gerne have mere samarbejde med terapeuterne, og se dem mere ude i grupperne. Så kunne de tage konkrete problemstillinger op om den enkelte borger, og eventuelt prøve nogle ting af med borgeren i fællesskab med terapeuterne.

”det kunne være skønt med mere samarbejde med terapeuterne, nu har vi været så heldige med det her projekt, at vi har set lidt mere til dem, men ellers er det jo blevet skåret væk”

Distriktsleder:

SOSU personalet oplever, at distriktslederne har bakket op om deres arbejde i projektet. Det har været let at få den tid, der var brug for, og det var enkelt at få en afløser fra gruppen til at afløse ved ferie.

”det har været ganske nemt at få den tid der skulle til”

Dagsdisponent:

Ifølge SOSU personalet har samarbejdet med dagsdisponenten forløbet let; der er blevet afsat den tid til borgeren der var brug for, og aftaler med terapeuterne om bestemte tidspunkter blev respekteret.

”det har fungeret godt, for når man har skrevet det på at man skulle have den tid, det har man også fået”

SOSU – gruppen:

SOSU personalet påpeger, at det er vigtigt i samarbejdet i gruppen, at der er mulighed for, at den der skal overtage ved ferie, kan komme med ud til borgeren inden overtagelsen for at se, hvordan der skal trænes.

” hende der skulle overtage når jeg har fri, hun fik lov til at tage med derud en dag....det var vigtigt fordi hun så blev tryk”

SOSU personalet siger, at det ville være godt, hvis de prioriterede at tale om projektet og eventuelt præsenterede, hvad de lavede med en borger, på deres gruppemøder, men at det var svært at få tid til.

I forhold til at starte nye borgere op ville SOSU personalet gerne være med i den første målsætning sammen med visitator.

”med en ny klient, så får vi fra visitator at borgeren skal have hjælp til det og det, og der er den tid til det. Det kunne jo godt være det kunne ses med andre øjne end visitators, så kunne man smøre maden i fællesskab, så tager det måske lige 5 min. mere, men på sigt er det givet godt ud”

Konsekvenser for arbejdssituationen

- **Faglighed**
- **Arbejdsglæde**

Faglighed:

Terapeuterne oplever, at deres faglighed bliver udvidet og udfordret ved at indgå i projektets arbejdsform. De bliver mere bevidste om de forskellige tilgange som henholdsvis ergoterapeuter og fysioterapeuter har til træning.

”ja, og ud over sine faggrænser, nogle gange er man nødt til at lave noget som ligger ud over det man plejer” (ergoterapeuten)

”jeg træner sådan nogle øvelser hvor de skal klø sig selv på ryggen, for at kunne vaske sig selv” (fysioterapeuten)

En anden udvidelse af fagligheden handler ifølge terapeuterne om at påtage sig et ansvar for mere sygeplejefaglige problemstillinger i forhold til den enkelte borger og reagere på dette, da de var de eneste fagpersoner, der kom hos borgeren.

”jeg måtte ringe efter en sygeplejerske og sikre mig at der kom nogen og tog sig af ham, netop som du siger, man var den eneste fagperson. Han havde det dårligt, så jeg tænkte: ”hvad gør jeg her”

Terapeuterne bruger en del af deres arbejdstid på administrative og koordinerende opgaver. Men dette ser de som absolut nødvendigt, hvis ikke de skal komme til at spilde tid og køre forgæves ud til borgerne. Her var mobiltelefonen og PDA'en uundværlige.

”hvis ikke vi brugte tid på at koordinere, jamen så ville der ske fejl, så ville der ske dobbeltarbejde, hvor man går fejl af hinanden”

Den megen tid på det administrative ser terapeuterne vil blive mindre, hvis projektet blev implementeret i hele kommunen. Både fordi man nu har udviklet nogle arbejdsgange, så man undgår ”børnesygdommene”, og fordi terapeuterne så kun skal forholde sig til ét område, modsat nu hvor der er tale om 3 områder.

SOSU personalet oplever, at de ved deres deltagelse i projektet er blevet mere opmærksomme på at tage udgangspunkt i den enkelte borgers behov, og at fokusere på hvor denne har sine ressourcer. Dette er med til at give dem en øget faglighed.

”det ville være en kæmpe tilfredsstillelse for mit arbejde, hvis der var noget mere samarbejde, jeg ville blive dygtigere og ville sikkert også få et indblik i nogle ting”

”med en ny klient, så får vi fra visitator at borgeren skal have hjælp til det og det, og der er den tid til det. Det kunne jo godt være det kunne ses med andre øjne end visitators, så kunne man smøre maden i fællesskab, så tager det måske lige 5 min. mere, men på sigt er det givet godt ud”

SOSU personalet nævner, at arbejdsformen med at opstille mål for træningen i fællesskab med terapeuterne og borgeren er meget vigtig for, at de føler retning i træningen, når de overtager denne. Desuden virker målene også som vigtige motivationsfaktorer for både borger og SOSU personalet:

”i det samarbejde fik vi lov til at gå videre, og jeg synes at vi også fik opfyldt de mål, så vi lavede nogle nye mål og det var dejligt”

At der indenfor plejeområder bliver mulighed for at arbejde ud fra et træningsfokus, ser SOSU personalet som en mulighed for at højne fagets status og evt. tiltrække flere til uddannelserne og arbejdsfeltet.

”hvis man får lov til at træne og udnytte borgernes ressourcer, det er også med til at højne vores status,...og det kunne være med til at flere kunne tænke sig at komme ind i faget”

Arbejdsglæde:

I forhold til arbejdsglæden, påpeger terapeuterne at det er vigtigt, at man har lyst til denne arbejdsform, hvor du skal træne med borgerne i eget hjem, og hvor det handler om at samarbejde med andre faggrupper.

”ligesom det er vigtigt at SOSU har motivationen, så er det også vigtigt at man selv har motivationen og at man synes, at det her er fedt”

SOSU personalet påpeger, at det har øget deres arbejdsglæde og arbejdstilfredshed, at være med i projektet. Det har været dejligt at se, at det har øget borgernes funktionsniveau, og at borgerne har været glade for at få lov til at træne. De har derfor følt, at de har gjort en forskel.

”jeg glæder mig sådan til at komme ned til hende, fordi så skal vi træne, og jeg tror også, at hun synes at det gav hende noget”

”det var en glæde når borgeren var blevet selvhjulpen og derfor kunne frasige sig vores besøg... og se glæden i borgerens øjne den dag målene er nået, og vi afslutter forløbet. Det gør for mig, at jeg synes at jeg har gjort mit arbejde godt”

Krav til medarbejder - Kompetencer

Kompetencer - terapeuter:

Terapeuterne oplever, at deres faglige kompetencer til at vurdere borgernes behov er centrale for at kunne motivere borgere til at træne frem for at modtage pleje. Borgere er ikke altid indstillet på at træne det, som visitationen har henvist til, men med terapeuternes faglighed ændredes indsatsen til et andet fokusområde for at øge motivationen.

”vi fik tingene vendt på hovedet, hvor de troede vi kom for en ting og så startede vi et helt andet sted. Det var bare en kæmpe god oplevelse for dem at vi kiggede på dem som mennesker og sagde, hvad er det de har lyst til, hvad er det for nogle behov i har. Lad os starte der, så tager vi det andet lidt hen af vejen”

De oplever, at det er centralt at tage ud sammen ved opstart af borgeren, da en opgave ofte ændrer sig i forhold til visitationens papirer med hensyn til, hvilken faggruppe der skal på.

Terapeuterne oplever, at de har koordinator rollen, og det kræver specielt evner til at organisere og strukturere et forløb, indgåelse og fastholdelse af aftaler med samarbejdspartnere samt gode kommunikative evner især i samarbejdet med SOSU personalet.

”at kunne gøre sig forståelig, være nede på jorden, kunne rumme dem, kunne få dem til at føle sig trygge, det er også en vigtig evne at have. Indfølelse eller hvad man kalder det”.

De føler sig klædt på til dette gennem deres uddannelse og erfaring.

Samtidig ser terapeuterne en værdi i at motivere og samarbejde ligeværdigt med SOSU personalet, idet de oplever, at SOSU personalet derved arbejder mere træningsorienteret. Dette understøttes af SOSU personalet, hvor én udtaler:

”jeg var med til at snakke om hvad vi kunne gøre videre for at holde X fast i det hun havde gang i. Hvordan og hvorledes hun kunne tage del i tingene i hjemmet, og det var også mig, ligeså vel som det var terapeuten, der sad og kom med noget der. Terapeuten bakkede mig op også, så det synes jeg var dejligt”.

Idet terapeuterne træner i borgerens eget hjem, kræves opfindsomhed og kreativ tankegang pga. manglende træningsredskaber, og ergoterapeuten oplever et øget ansvar i forhold til at holde øje med borgernes fysiske tilstand f.eks. et sår, hvis hun er den eneste der kommer i hjemmet.

Kompetencer – SOSU personalet.

Terapeuterne angiver stor vigtighed i, at de SOSU personaler der skal træne med borgeren, både har øje for mulighederne hos borgeren samtidig med, at de skal være engageret og interesseret i at træne.

”Der var nogle der var virkelig gode til at se det.....og det var dem som var gode til at reflektere over det, og at tænke, så kunne det også være at vi skulle øve det her, og så kunne man tænke det her ind, og så kunne de selv komme med nogle ideer”

De oplever stor forskel på, hvor åbne SOSU personalet er for at tænke på en ny måde i forhold til træning frem for pleje, men de har ikke oplevet forskel på den faglige udøvelse hos borgeren i forhold til om de trænende SOSU personaler er assistenter eller hjælpere.

SOSU personalet oplever nye roller, idet de nu fokuserer meget på at motivere borgeren til selv at udføre mest muligt.

”Jeg synes det er vigtigt at man ligesom får brugt de ressourcer som de har, ligesom finde ud af at leve med de belastninger som de har, det er vigtigt at opmuntre dem hele vejen”

De forsøger konstant at fastholde borgeren i det han/hun selv kan udføre, hvor en fælles holdning til hvordan tingene skal foregå, er central

”det er også vigtigt at man ligesom gør det samme hos borgeren, så man ikke gør det på 3 forskellige måder. Man får altid at vide at ”hende i går, hun var

bare så sød og gjorde sådan og sådan” ...det er vigtigt at man har nogle faste aftaler, hvad gør man lige der..”

SOSU personalet mener, at nogle SOSU personaler har svært ved at undgå at tage over, og at nogle borgere også har forventning om at de gør det.

”jeg tror da også at det er forskelligt fra kollega til kollega, hvor nogen er vant til at tage meget over”og hun fortsætter ”der er jo nogle kolleger der siger, at der er det jo nemmere at jeg lige selv gør det, det er jo meget nemmere”.

”vi har nogle rigtig gamle ræve i vores gruppe, som ... de har selvfølgelig en masse erfaring, men det kan jo somme tider være lidt svært at bokse imod... du kan jo godt have din mening, men man kan jo godt se på kropssproget atja”

SOSU personalet finder det anderledes og lidt mere krævende men ikke svært at træne på den måde, de har gjort i projektet

”jeg synes at jeg har været godt klædt på, for jeg har været sammen med terapeuten og jeg synes at det har været alle tiders. Jeg har ikke følt, at jeg har behøvet at skulle have mere end det, hun kunne fortælle om det”.

Fremtidsønsker.

Tid.

SOSU personalet mener, at mange flere borgere kan have nytte af træning, på den måde det er foregået i projektet, og de ønsker at projektet bliver forlænget. De har oplevet at kunne give borgerne et skub i dagligdagen, da træningen har haft et klart formål, og de mener at nogle borgere skal kunne tilbydes et forløb senere igen, da en del falder i funktionsevne, når der opstår akut sygdom.

”det er jo ikke sikker, at hvis hun en gang har fået en træningspakke, så skal hun have igen. Vi synes jo det er en ny situation, så det skal hun jo”

Terapeuterne ønsker, at projektet skal prøves af i yderligere et par år, for at alle involverede får erfaringer og rutiner med den model der er fundet. Dermed mener de, at en del administrativ tid samt ekstra tid til samarbejdsrelationer og samarbejdsformer kan mindskes, og de vil blive bedre til at spotte, hvilke borgere der primært kan profitere af træningsforløbet.

For SOSU personalet er det nødvendigt, at der er ekstra tid til at have træningsfokus hos borgeren, for at borgeren selv kan få lov at udføre mest muligt, og SOSU personalet kan stille krav om det overfor borgeren. Samtidig giver det borgeren mere selvbestemmelse, når de overtager føringen.

Visitation.

Både terapeuter og SOSU personaler anbefaler, at terapeuterne er medbestemmende på, hvor mange gange en borger skal træne og hvor længe, da de mener at de er kompetente til at vurdere behovet. Dette gælder både i forhold til når borgeren starter op, og når han/hun overdrages til SOSU personalet.

Terapeuterne foreslår, at der i samarbejde med visitationen kan sættes en realistisk øvre og nedre grænse for, hvor meget der kan bevilges, og det kan evalueres efter noget tid. De er overbevidste om, at terapeuter ikke vil træne længere end nødvendigt, da de er kompetente til at sætte mål og afslutte. De siger:

”vi vil også gerne have resultater, vi er sådant set ligeså resultatorienteret som alle andre er, men vi vil jo gerne have det gode forløb imellem”

Terapeuterne foreslår, at de tilkobles ved nye visiteringer af borgere

”for så helt fra starten af et forløb, hvis vi da kan få lov til at præge det, så skaber vi en kultur, hvor de ligesom siger ”jamen her, der arbejder vi på at folk skal blive mere og mere selvhjulpne så vidt det er muligt”. Og jo tidligere i forløbet de lærer det, så synes borgeren også at det er en god idé”

Tilknytningen kan være enten direkte under visitationen, eller efter visitator har tænkt, at træning måske er relevant.

Samarbejdsrelationer.

Terapeuterne anbefaler, at ergo – og fysioterapeut i videst muligt omfang tager det første møde med borgeren i samarbejde, da det giver et mere nuanceret billede af borgerens situation, end hvis de stod der alene. Der kan derved straks laves realistiske og relevante prioriteringer af træningsfokus med borgeren.

Tilsvarende bør terapeuterne have løbende kontakt, da borgerens fortløbende situation jævnligt medfører behov for ændret træningsfokus, og der skal ændres i faggruppen.

SOSU personalet ønsker at være med hos borgeren sammen med terapeuterne ved overdragelse af forløbet til SOSU personalet. Det giver borgeren mulighed for at se dem an, og samtidigt lærer SOSU personalet bedst ved at se tingene gjort frem for at læse sig til det.

Terapeuterne efterlyser en tæt og direkte kontakt med SOSU personalet, når borgeren skal overdrages og efterfølgende. Her angives telefonen og SOSU personalets PDA som central for, at de ikke bruger unødvendig tid på at lave aftaler samt køre forgæves eller skæv af hinanden.

Borgerne har ofte kontaktet terapeuterne gennem telefonen for at aflyse eller ændre en tid, hvilket også minimerer unødvendig kørsel samt administrativ tid.

SOSU personalet oplever at der bør være lettere tilgang til samarbejde med terapeuter, end der er i opbygningen i kommunen på nuværende tidspunkt. De kan sjældent benytte terapeuternes telefontid og de møder dem sjældent. En siger:

”jeg synes ikke vi kan bruge dem, fordi vi har ikke noget samarbejde med dem mere, vi ser dem aldrig mere”

Når der er kontakt, handler det oftest om hjælpemidler og forflytning, og de efterlyser helt konkret, at de kan dele erfaringer og viden med hinanden.

Af ovennævnte grunde bør både ergo – og fysioterapeut være tilstede i et område/distrikt.

Terapeuterne mener, der kan være forskel på, hvem i terapeutgrupperne der er mere eller mindre interesseret i at træne som i projektet. Tilsvarende tænker både SOSU personale og terapeuter om, hvilke SOSU personaler der er motiveret for og relevante til at give træningsopgaver.