

Projekt

Tidlig og målrettet indsats.

Ringsted Kommune
Pr. 7. december 2009.

Indholdsfortegnelse.

1. Projektets baggrund.	3
2. Organisering / metode.	3
3. Budget.	4
4. Projektets formål, mål og del-mål.	5
5. Succeskriterier.	7
6. Målgrupper og visitationskriterier.	8
6. 1. Personale.	8
6. 2. Borgere	8
7. Visitation.	10
8. Undervisning.	12
9. Intervention.	13
10. Opfølgning.	17

Projektbeskrivelse til ”Projekt tidlig og målrettet indsats”.

1. Projektets baggrund.

I forbindelse med finanslovsaftalen for 2007 blev der afsat 2 x 100 mio. kr. til den såkaldte ”Pulje til udvikling af bedre ældrepleje” (UBÆP) under Socialministeriet. Formålet med puljen var at skabe muligheder for en bred vifte af aktiviteter og initiativer med henblik på at forbedre ældreplejen.

Den 27. september 2007 indsendte ansøgningsgruppen under ledelse af Birgit Frederiksen en ansøgning til UBÆP med projekttitlen ”Tidlig og målrettet indsats”. Projektet skulle løbe over to år, og det ansøgte beløb svarede til kr. 2.035.000.

Den 19. december 2007 meddelte Socialministeriet, at projekt ”Tidlig og målrettet indsats” var blevet bevilget et tilskud på i alt kr. 1.017.500, dvs. nøjagtig halvdelen af det ansøgte.

2. Organisering / metode.

Der er nedsat 2 arbejdsgrupper, henholdsvis en styregruppe og en daglig projektgruppe:

Styregruppen består af Voksen-Seniorchef Anne Dorte Greve Madsen, sundhedschef Birgit Wehlast, Myndighedsenhedens teamleder med souschef-funktion Hanne Nielsen, leder af Træningsfunktionen Pia Kragh og udviklingskonsulent John Vestergaard.

Styregruppen mødes ca. en gang hver tredje måned og har til opgave at sikre den overordnede koordinering, afklare de overordnede spørgsmål og problemstillinger osv.

Den daglige projektgruppe består af Pia Kragh, projektterapeut Dorit Pilegaard og John Vestergaard.

Projektgruppen mødes i den indledende fase en gang om ugen, herefter efter behov ca. hver halvanden måned. Projektgruppen har til opgave at udarbejde det til projektet nødvendige materiale, afvikle og evaluere projektet samt løbende og afsluttende at afrapportere til styregruppen og ministeriet.

Alt materiale som dagsordener, referater, projektmateriale osv. placeres i en mappe på K-drevet ved navn "Projekt tidlig og målrettet indsats JBV".

I organiseringen indgår også det plejepersonale, der skal opkvalificeres i (sammen med borgeren) at levere en målrettet aktiverende indsats i forbindelse med leveringen af de "almindelige" ydelser som praktisk hjælp og personlig pleje. Her er det aftalt, at personale fra Hjemmeplejen (team 2 og team 5) deltager i projektet.

3. Budget.

Som nævnt i afsnit 1 blev projekt "Tidlig og målrettet indsats" bevilget et tilskud på i alt kr. 1.017.500, dvs. nøjagtig halvdelen af det ansøgte. På baggrund heraf har det været nødvendigt at kigge på vores budget igen, så aktiviteterne falder inden for tilskuddets rammer.

Bemærk: projektet skulle oprindeligt løbe fra 1. januar 2008 til 31. december 2009. Da projektet reelt først blev opstartet 1. april 2008, er projektperioden (efter godkendelse hertil fra Tilskudsadministrationen) blevet forlænget til 30. september 2010 – derfor overskrifterne i skemaet.

	2008 / 2009	2009 / 2010
Ansættelse af træningsterapeut (heraf overhead på kr. 25.000).	375.000	375.000
Undervisning af plejepersonale og visitatorer af en uges varighed (undervisning, lokale, forplejning osv.).	25.000	
Afløsning af plejepersonale under uddannelse	65.000	
Statusmøder hver anden måned for træningsteamet á 2 timer (kr. 168 pr. time x 2 timer x 40 personer x 6 gange årligt), inkl. forplejning ca. 15.000.	95.000	95.000
Koordinering og administration	60.000	60.000
I alt	620.000	530.000
Total hele perioden		1.150.000

4. Projektets formål, mål og del-mål.

Formålet med projekt "Tidlig og målrettet indsats" er at styrke ældres evne til at klare sig selv på en værdig måde. Tanken er at opkvalificere plejepersonalet til at se trænings- og udviklingskompetencer hos borgeren, hvorved borgeren (hvor muligt) skal tage større del i løsningen af de opgaver, som borgeren er visiteret til. Plejepersonalet skal således ikke f.eks. klare støvsugningen for borgeren, men hvor muligt lade borgeren tage del i denne opgave. Efterfølgende skal effekten af den aktiverende indsats afdækkes.

Projektet har således følgende formål:

At styrke ældres evne til at klare sig selv på en værdig måde.

Projektet har følgende mål og del-mål:

Mål	Del-mål
1. At øge fagligheden blandt personalet.	<ul style="list-style-type: none">• Visitator styrkes i forhold til at vurdere borgerens trænings- og udviklingspotentiale.• Plejepersonalet styrkes i at arbejde målrettet.• Plejepersonalet styrkes i at øge graden af refleksioner.• Plejepersonalet styrkes i kommunikation og motivation i forhold til borgeren.
2. At skabe mere sammenhæng i plejen (at samtænke ydelse og træning: at levere praktisk hjælp / personlig pleje sammen med den målrettede træning). At borgeren er aktiv, hvor livet leves.	<ul style="list-style-type: none">• At der er tydelige og kendte mål for alle borgerens ydelser for plejepersonalet.• At borgeren kan se et formål med indsatsen og er tilfreds med forløbet.
3. At øge graden af selvhjulpenhed for borgeren.	<ul style="list-style-type: none">• Borgeren scorer højere i tests.• At borger har behov for færre ydelser / mindre visiteret tid efter projektføreløbet.

5. Succeskriterier.

Projektet har som succeskriterium, at målene og del-målene bliver opfyldt:

- **5.1. At øge fagligheden blandt personalet.**

5.1.1 Antallet af midlertidige og tidsbegrænsede visitationer er øget med 15 %. Der sammenlignes kvartalsvis fra 1. kvartal 2008 og gennem hele projektperioden.

5.1.2 Plejepersonalet oplever at have de nødvendige faglige redskaber i dagligdagen til at yde den aktiverende pleje. Måles via spørgeskema før projektstart, efter 6 måneder og efter projektets afslutning – og fokusgruppeinterview efter 6 måneder og efter projektets afslutning.

5.1.3 Teamledere oplever, at plejepersonalet har de nødvendige faglige redskaber i dagligdagen til at yde den aktiverende pleje. Måles via interview af teamledere efter 6 måneder og efter projektets afslutning.

5.1.4 Gennem interview med stikprøveudvalgte borgere afklare i hvilket omfang plejepersonalet inddrager borgeren i forhold til princippet om "hjælp-til-selvhjælp".

- **5.2. At skabe mere sammenhæng i plejen.**

5.2.1. Plejepersonalet oplever, at der er tydelige kendte mål for alle borgerens ydelser, og at borgeren er aktiv, der hvor livet leves. Måles via spørgeskema før projektstart, efter 6 måneder og efter projektets afslutning.

5.2.2. Borgeren oplever, at kunne se et formål med indsatsen, og er tilfreds med forløbet. Det måles ved at visitator ved revurdering spørger borger via et spørgeskema. Der forventes 90 % tilfredshed.

- **5.3. At øge graden af selvhjulpethed.**

5.3.1. Borger har opnået et højere funktionsniveau. Måles via senior fitness test og FIM test før og efter projektforløbet.

5.3.2. Borger har behov for mindre visiteret tid efter projektforløbet. Den visiterede tid måles ved indvisitering, dvs. projektopstart for borgeren, og ved borgerens afslutning i projektet. Derudover måles den visiterede tid efter 3, 6 og 12 måneder.

6. Målgrupper og visitationskriterier.

Da projektet har som mål at øge fagligheden blandt plejepersonalet samt øge graden af borgernes selvhjulpethed, er der tale om to målgrupper:

6. 1. Personale.

Det er plejepersonale fra Hjemmeplejen (team 2 og team 5) i Ringsted Kommune, der deltager i projektet.

6. 2. Borgere

Det tilstræbes, at maksimalt 50 borgere er involveret i projektet ad gangen.

Styregruppen har overordnet besluttet, at der ikke tages udgangspunkt i borgerens funktionsniveau, men i at borgeren har udviklings- og træningspotentiale.

I forbindelse med visitators besøg hos borgeren tages der stilling til, hvorvidt borgeren kan ses i forhold til projektets formål og mål. Til brug herfor er der udarbejdet en række visitationskriterier:

6.2.1 Inklusionskriterier:

- Borgeren er tilknyttet Ringsted Kommunes Hjemmepleje (team 2 eller team 5) i forhold til ydelsen, som indsatsen omhandler. Borgeren kan således godt modtage hjælp fra andre leverandører til andre ydelser, men den pågældende ydelse, som indsatsen omhandler, skal løses af de førnævnte leverandører.
- Borgeren har et vurderet udviklingspotentiale og kan på et til flere områder øge graden af selvhjulpenhed.
- Mål skal (som udgangspunkt) kunne nås inden for 3 måneder.
- Der er særlig opmærksomhed ved førstegangs-henvendelser – men også opmærksomhed ved revurderinger.
- Ved yderligere midlertidigt tab af funktionsevne (f.eks. lungebetændelse) skal det vurderes, om en indsats kan bedre borgerens funktionsniveau.
- Psykisk funktionsevne på nødvendigt niveau:
 - o I stand til at lære.
 - o I stand til at bruge det lærte / omsætte det lærte til handling.

6.2.2. Eksklusionskriterier:

- Borgere med komplekse problemstillinger.
- Borgere i terminalstadiet.
- Plejecenterbeboere.
- Borgere, der ikke ønsker at deltage.

7. Visitation.

Når visitator bevilger ydelser til borgeren, sker dette på normal vis: med udgangspunkt i en funktionsvurdering bevilges de pakker, der imødekommer borgerens behov. Desuden opstilles formål og mål for indsatsen, f.eks. at borgeren vurderes at være i stand til at varetage støvsugningen selv eller med mindre støtte fra plejepersonalet inden for 3 måneder.

Der kan ikke bevilges ydelser, der ikke indgår i de eksisterende pakker eller er definerede enkeltydelser.

På de områder, hvor visitator vurderer, at der er udviklingspotentialer, skal visitator udover pakken / ydelsen bevilge tid til indsatsen. Dette beskrives nærmere i den følgende arbejdsgang:

7. 1. Arbejdsgang – borger, visitation, terapeut og plejepersonale.

- I forbindelse med visitators besøg hos borgeren (førstegangshenvendelse eller revisitation) afklarer visitator, om borgeren opfylder visitationskriterierne i forhold til projektet. Plejepersonalet, evt. i samråd med teamleder, kan dog også rette henvendelse til visitator i form af en beskrivelse af ændringerne i borgerens funktionsniveau, hvis de vurderer, at borgeren med indsats kan opnå et højere funktionsniveau.
- Vurderer visitator, at borgeren opfylder kriterierne for at indgå i projektet, informeres borgeren om projektet. Der tages udgangspunkt i de forhold, der er omtalt i denne projektbeskrivelse og som har relevans for den pågældende borger. Der skal dog være særlig opmærksomhed omkring følgende forhold:
 - Ydelsen (f.eks. rengøring såvel som indsats) leveres i en midlertidig eller tidsafgrænset periode.
 - Ydelsen kræver borgerens aktive deltagelse (er grundlaget for, at borgeren får hjælpen). Siger borgeren nej til at deltage aktivt i udførelsen af ydelsen, skal borgeren have afslag på hjælp til den pågældende ydelse. Dette gælder såvel nye henvendelser om hjælp samt borgere, der er indvisiteret, hvor deres funktionsniveau er bedret og visitator vurderer et udviklingspotentialer.
 - I forbindelse med plejepersonalets besøg i borgerens hjem deltager også projektterapeuten i forskelligt omfang.
 - Borgeren kan på et tidspunkt blive stikprøveudvalgt til interview med projektterapeut, hvor formålet er at afdække borgerens oplevelse og kvaliteten af hjælpen.

- Visitator bevilger ydelser / pakker som normalt. Visitator skal dog være opmærksom på, hvilke ydelser fra pakken, der vurderes at være i relation til indsatsen. Hvis f.eks. alene støvsugning er et område, hvor visitator vurderer et udviklingspotentiale, noteres dette i bemærkningsfeltet, så projektterapeut og plejepersonalet er opmærksomme på dette.
- Desuden skal visitator bevilge ydelsen "Projekt tidlig og målrettet indsats" i Vitae. Denne ydelse anvendes alene til at synliggøre (og efterfølgende til at trække statistik på), at borgeren er tilknyttet projektet.
- Hertil kommer tid til den målrettede indsats, der vælges udover de bevilgede ydelser / pakker. Efter henvendelse fra projektterapeut kan visitator bevilge 5, 10, 15 eller 20 minutter. Når projektterapeuten ikke længere kommer i borgerens hjem, skal plejepersonalet (som normalt) rette henvendelse til visitator. I Vitae registreres tiden til indsatsen således:
 - 5 minutter hedder "Projekt målrettet indsats 1".
 - 10 minutter hedder "Projekt målrettet indsats 2".
 - 15 minutter hedder "Projekt målrettet indsats 3".
 - 20 minutter hedder "Projekt målrettet indsats 4".
- Samtidig laver visitator formål og mål for ydelsen.
- Visitator sender afgørelse til borger.
- Visitator sender avis til træningsenheden (projektterapeuten) om, at den pågældende borger kan opstartes i projektet – samt avis til leverandøren om, at hjælpen opstartes.
- Projektterapeuten besøger borgeren forud for igangsættelse af de bevilgede ydelser eller snarest derefter med henblik på test.
- Det tilstræbes, at test og opstart prioriteres at finde sted i uge 1 efter indvisitering. Hvis der ikke er planlagt besøg af leverandøren i denne uge, kan der bevilges et ekstra besøg (der medfølger ikke tid til leverandøren, da besøget er omfattet af tiden, der følger med ydelsen).
- Leverandøren (disponent / teamleder) giver besked til projektterapeuten om, hvornår hjælpen leveres. På baggrund heraf kan projektterapeuten planlægge et besøg hos borgeren sammen med leverandørens personale.
- Terapeut skal i samarbejde med borger og plejepersonale vurdere tidspunkterne for levering af ydelsen; der må således, af hensyn til kontinuiteten i indsatsen, ikke gå for lang tid mellem besøgene i hjemmet. Er borgeren eks. bevilget rengøring A på 40 minutter hver 3. uge

samt 20 minutters indsats-tid, i alt 60 minutter hver 3. uge, kan leveringen splittes op på 1 besøg hver uge af 20 minutters varighed. Ved efterfølgende justeringer: er bevillingen af ydelser uændret, justerer projektterapeuten leveringen efter behov – hvis bevillingen skal ændres, retter projektterapeuten henvendelse til visitator.

- På baggrund af formål og mål, som visitator har formuleret for indsatsen, skal projektterapeut og plejepersonale udarbejde delmål.
- Projektterapeuten skriver informationer fra afgørelsen (ydelser + tid) i et hertil oprettet dokument for at kunne følge den enkelte borger.
- Projektterapeuten følger op på borgerens sag efter 3, 6 og 12 måneder.
- Projektterapeuten kan anbefale at stoppe den aktiverende indsats, såfremt hun finder, at borgeren ikke falder inden for målgruppen. Dette drøftes med visitator, hvor visitator tager den endelige beslutning og formelt afslutter indsatsen / ydelserne.
- Ved væsentlige ændringer i borgerens funktionsniveau, retter plejepersonalet (evt. i samråd med teamleder) henvendelse til visitator med en beskrivelse af ændringerne i borgerens funktionsniveau. Visitator foretager på baggrund heraf en revurdering som normalt, evt. administrativt.

Det er hensigten, at maksimalt 50 borgere er involveret ad gangen. Når dette tal nås, er projektterapeuten tovholder i forhold til at informere visitatorerne om stop for indvisitering – samt genoptag, når borgere blandt de 50 stopper i projektet.

8. Undervisning.

Plejepersonalet vil modtage undervisning ved opstart af projektet samt vejledning under projektforsløbet af projektterapeuten.

Mål for undervisning af hjemmeplejens personale:

- At kursusedtageren kan indgå i et tværfagligt samarbejde og medvirke ved tilrettelæggelse af dagliglivet sammen med borgeren, herunder henvise til støttemuligheder, ligesom deltageren ud fra relevante genoptræningsprincipper kan samarbejde med borgeren og det tværfaglige team om borgerens almindelige livsførelse.

- At kursUSDeltageren endvidere kan handle hensigtsmæssigt i forhold til reaktioner, denne møder hos borgeren, samt ud fra en rehabiliteringstænkning medvirke til at skabe rammerne for et selvstændigt og meningsfuldt liv for borgeren.
- At kursUSDeltageren kan bidrage til en målrettet rehabiliteringsindsats for borgeren, forstår individuelle rehabiliteringsplaner, kender lovgrundlaget for rehabiliteringsindsatsen samt kan handle i overensstemmelse med centrale værdier og elementer i rehabilitering.
- At kursUSDeltageren endvidere kan på baggrund af sin viden om rehabilitering som arbejdsform medvirke til at forebygge begrænsninger i borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne og meningsfulde liv

Desuden informeres visitatorerne om projektet (herunder målgruppe, visitationskriterier og arbejdsgange) på et møde mellem projektgruppen og visitatorerne.

9. Intervention.

Rehabilitering.

I projektet arbejdes med rehabilitering. I rehabiliteringsprocessen sættes fokus på menneskets hverdagsliv, de personlige aktiviteter samt deltagelsen i hverdagslivet. Indsatsen rettet mod at inddrage mennesket i aktiveringen i egne omgivelser i samspil med den faglige indsats. Koordinering af den faglige indsats tilpasses det enkelte menneskes mulige niveau for aktivitet og deltagelse.

Definition af rehabilitering.

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

(fra hvidbog om rehabiliteringsbegrebet)

Referenceramme for interventionen.

Anvendes som overordnet begrebsramme vil CMOP (Canadian Model of Occupational Performance) eller på dansk - at fremme menneskelig aktivitet.

CMOP er en dynamisk model, der beskriver samspillet mellem mennesker, aktivitet, omgivelser som resulterer i aktivitetsudøvelse.

Modellen omhandler at fremme menneskelig aktivitet. Modellen skal betragtes som dynamisk, der bygger på systemteoretiske principper og på en bestemt opfattelse af aktivitetsudøvelse:

1. Mennesket er igennem aktivitet forbundet med omgivelserne. Forandringer i en del af modellen får konsekvens for andre dele.
2. Aktivitetsudøvelse er resultatet af dynamisk samspil mellem personen, omgivelserne og aktivitet i livet.
3. Aktivitetsudøvelse er evnen til at vælge, organisere og på tilfredsstillende måde at udføre meningsfuld aktivitet, som er kulturelt defineret og alderssvarende med henblik på at klare sig selv, glæde sig ved livet og bidrage til samfundet.

Denne model er en 7 trins indsats model, som danner ramme for den måde, at få en proces i gang, der involvere de nødvendige medspillere til borgeren og med indsatsen/træningen i meningsfulde aktiviteter set med borger øjne.

Interventionens 7 trin.

1. Formulere, vurdere og prioritere aktivitetsproblematikker.

I visitationen vurderes om der er tale om en borger i målgruppen for projektet. Afdække om der er tale om en ydelse med en problematik for aktiverende målrettet indsats. Ydelsen rettes mod et indsatsområde, hvor der ses potentiale for udvikling af færdigheder, der muliggør opnåelse af opsatte mål.

Visitor henvender sig til projekterapeut for iværksættelse af målrettet aktiverende indsats.

2. Vælge teoretisk grundlag.

Projektterapeuten tager kontakt til borger for hjemmebesøg indeholdende interview, undersøgelse og vurdering af borger med fokus på aktivitetsproblemer i hverdagslivet. Komme hele vejen rundt om borgeren.

3. Identificere komponenter i aktivitetsudøvelsen og i omgivelserne.

Undersøge fysiske, kognitive og følelsesmæssige ressourcer og begrænsninger samt forhold i omgivelserne (kliniske fund og observationer).

Tests: FIM test og Senior Fitness test.

FIM testen giver let overskueligt samlet billede af ressourcer og begrænsninger i hverdagslivet.

Senior Fitness test belyser den fysiske formåen.

Det gør det muligt i tværfagligt samarbejde let at synliggøre:

- Hvilke aktiviteter borgeren selv kan og vægter at kunne.
- Hvilke områder der ses behov for kompensering
- Hvordan målrettet aktiverende indsats kan indgå i daglige aktiviteter.

4. Identificere styrker hos borgeren og ressourcer i omgivelserne.

Kortlægning af borgerens mestrings-strategi, motivation for deltagelse i beslutninger og i aktivitetsudøvelse (at deltage som aktiv medspiller i eget liv), samtidig hvilken støtte og forståelse der er til stede i nærmiljøet.

Hvordan indgår de fysiske rammer samt økonomi på borgerniveau og organisatorisk (hjælpe midler, ekstra tid)?

Tværfagligt samarbejde, hvilke ressourcer fordrer det hos de fagpersoner, der udfører indsatsen (faglige samt personlige fysisk og psykiske ressourcer)?

1– 4 danner grundlag for indsatsen – den aktiverende udvikling af aktivitetsformåen.

5. Forhandle mål for indsatsen, udvikle handleplan.

På baggrund af 1-4 beskrives hvilke aktiviteter borgeren vil være i stand til at udføre og på hvilket niveau ved målrettet aktiverende indsats. Opsætte realistiske og målbare mål i samspil med borgeren.

Projektterapeut udfører praktisk afprøvning af den målrettede aktiverende indsats, herved tilpasses og tilrettelægges den målrettede aktiverende indsats med henblik på, at nøgleperson i plejen, pårørende eller borgeren selv kan fortsætte på egen hånd, med supervision fra projektterapeuten.

2 – 4 gange afprøves indsatsområdet af projektterapeut eller sammen med - derefter instruktion, vejledning efter behov.

Der udarbejdes en handleplan i samarbejde (ergoterapeut – nøglepersoner) for målrettet aktiverende indsats mål / målene.

Handleplanen vil indeholde kort beskrivelse af: mål, ansvarsfordeling, tidsramme samt dokumentation for dagligdagens udførelse af den aktiverende indsats.

Daglig dokumentation i form af 4 niveauer smileys med dato og afkrydsning.

Afkrydsning foregår dagligt efter hver målrettet aktiverende indsats af borgeren og/eller hjælper for indsatsen. Beskrivelse af hvor mange krydser, der skal til for kontakt til projektterapeut med henblik på ændring af mål.

6. Implementere handlingsplan ved hjælp af aktiviteter.

Selve udførelsen af den aktiverende indsats i hverdagslivet jf. handleplan for den målrettede aktiverende indsats. Fungerer indsatsen efter hensigten og mod målet?

Der vil/kan i den dynamiske proces ske løbende tilpasning og graduering evt. ændring af mål, fysiske rammer, strategi, hjælpemidler, miljø m.m.

Ansaret for ændringen afhænger af problemstillingens kompleksitet (projektterapeut / teamleder / nøgleperson).

Være i løbende dialog med implicite rehabiliteringspartnere (såsom hjemmepleje, sygeplejerske, læge, træningsterapeut m.m.).

Dokumentation af indsatsforløbet på indsatsarket i Vitae (teamleder / nøgleperson).

Opfølgningssamtale med borger midt i forløbet samt efter behov.

Møde mellem projektterapeut og nøglepersoner for på den måde at tillære brugen af hinanden. Mødes to gange årligt ca. to timer, hvor emnet er målrettet aktiverende indsats (se bilag).

7. Evaluerer resultater og aktivitets udøvelse.

Er målet for den aktiverende indsats nået? Evaluering af indsatsen.

Tests fra start udføres igen:

FIM testen scores for synliggørelse af hvilke af dagligdagens aktiviteter, der på nuværende tidspunkt kan udføres ved egen hjælp.

Senior fitness test for synliggørelse af ændringer i den fysiske formåen.

Refleksion med relevante parter - borger, nøglepersoner / hjemmeplejen, (teamleder / kontaktperson), pårørende m.m. – vigtigst: borgeren.

Projektterapeutens refleksioner omhandlende hele indsatsen for denne borger. Resultater videregives løbende for opsamling af det skriftlige materiale til projektkonsulent.

10. Opfølgning.

Der er i projektets regi en høj grad af opfølgning: dels på den forventede øgede faglighed hos plejepersonalet – dels den forventede bedring i borgerens funktionsniveau.

Omfanget af ydelser registreres efter 3, 6 og 12 måneder i forhold til målopfyldelsen.

Efter en periode på 6 og 12 måneder vil stikprøveudvalgte borgere blive kontaktet af projektterapeut for at afklare, om hjælpen fortsat leveres efter princippet om "hjælp-til-selvhelp".