

# Fra pleje og omsorg til rehabilitering

Erfaringer fra Fredericia Kommune

Pia Kürstein Kjellberg · Rikke Ibsen · Jakob Kjellberg

**PUBLIKATION SEPTEMBER 2011**

DSI

**Dansk Sundhedsinstitut**

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)



Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut  
Dampfærgevej 27-29  
Postboks 2595  
2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00  
Fax +45 35 29 84 99  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-682-2 (elektronisk version)  
DSI projekt 3106

Design: DSI



## Forord

Der bliver flere ældre og færre til at passe og pleje dem. Fremskrivninger fra FOA Fag og Arbejde har vist, at der vil mangle op mod 70.000 medarbejdere i hjemmeplejen i år 2020, hvis de ældre skal have samme servicetilbud som i dag. Kommunernes økonomi er samtidig presset. Der tales om nedskæringer på vigtige vel-færdsområder som skoler, ældre og børn.

Spørgsmålet er, om dagens servicetilbud er tilpasset fremtidens ældre. Erfaringer fra Fredericia Kommune har vist, at det er muligt at udvikle den kommunale ældreservice, så de ældre opnår en højere kvalitet, *samtidig med* at der bruges færre ressourcer, og medarbejderne opnår en højere arbejds-tilfredshed. Fysio- og ergoterapeuter gives en ny og fremtrædende rolle i ældrearbejdet, som bliver aktivt rehabiliterende med fokus på, at borgeren videst muligt skal kunne klare hverdagen selv.

Denne rapport indeholder DSI's dokumentation og analyse af udviklingsarbejdet i Fredericia Kommune i perioden 2008-2010. Målgruppen er alle, der interesserer sig for Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering, og herunder især kommuner der er i gang med eller overvejer at igangsætte lignende projekter.

Rapporten er finansieret af AUA-midler fra FOA Fag og Arbejde, Sundhedskartellet og Kommunernes Landsforening. Fredericia Kommune har bidraget med hjælp til at tilrettelægge dataindsamlingen samt ved at stille medarbejdere og ledere til rådighed for observation og interview.

Tak til FOA, Sundhedskartellet og KL for jeres interesse for projektet! Tak til interviewpersonerne for gode og engagerede interview. Tak til projektleder Helle Aavild Juhl fra Fredericia Kommune for hjælp med at arrangere interview og observation. Tak til Fredericia Kommune for jeres store åbenhed og vilje til at lade andre lære af jeres erfaringer.

*Jes Søgaard*  
Direktør, professor  
Dansk Sundhedsinstitut

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Introduktion</b> .....	<b>6</b>
Længst Muligt i Eget Liv .....	6
Hverdagsrehabilitering .....	6
Tidligere undersøgelser .....	7
Denne undersøgelse .....	7
Datagrundlag .....	7
Rapportens struktur .....	7
<b>2. Udviklingsarbejdet i Fredericia Kommune</b> .....	<b>8</b>
Længst Muligt i Eget Liv .....	8
Hverdagsrehabilitering .....	9
Trænende Hjemmehjælp .....	10
<b>3. Hverdagsrehabilitering i praksis</b> .....	<b>12</b>
Hverdagsrehabiliteringen anno 2008 .....	12
Hverdagsrehabiliteringen anno 2010 .....	15
Hverdagsrehabilitering i fremtiden .....	17
<b>4. Trænende Hjemmehjælp i praksis</b> .....	<b>19</b>
Almindelig hjemmepleje .....	19
Trænende Hjemmehjælp.....	21
Trænende Hjemmehjælp i fremtiden .....	28
<b>5. Økonomi og arbejdsmarked</b> .....	<b>30</b>
Regionale sundhedsomkostninger .....	30
Medarbejdernes sygefravær før/efter .....	30
Sygefravær i forskellige faggrupper .....	33
Anbefalinger til fremtidige analyser .....	35
<b>6. Konklusion</b> .....	<b>36</b>
Hverdagsrehabilitering vs. hjemmepleje .....	36
Hvad omstillingen har krævet .....	37
Fordele for kommune og medarbejdere .....	38
Personalepolitiske konsekvenser .....	39
Anbefalinger til andre kommuner .....	39
<b>Litteratur</b> .....	<b>41</b>
<b>Bilag A: Kvalitative data</b> .....	<b>42</b>

## Resumé

Hverdagsrehabilitering adskiller sig fra almindelig hjemmepleje ved sit stringent rehabiliterende fokus. Indsatsen er tværfaglig, og kvaliteten skabes i velfungerende borgerteams med én ansvarlig visitator, én ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige hjemmetrænere (social- og sundhedshjælpere og/eller social- og sundhedsassistenter).

I hjemmeplejen er der både økonomiske og holdningsmæssige barrierer for at arbejde rehabiliterende. Derfor kan det være en god idé at oprette en ny specialiseret hjemmeplejeenhed, der udelukkende arbejder med rehabilitering af borgere med rehabiliteringspotentiale. Overvejes en udbredelse til den almindelige hjemmepleje er det vigtigt at sikre, at den økonomiske incitamentsstruktur understøtter det rehabiliterende (og dermed afsluttende) arbejde. Endvidere er det vigtigt at sikre forankring i veldefinerede borgerteams med én ansvarlig visitator, én ansvarlig terapeut og 1-2 (helst 2) ansvarlige social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter.

DSI & iTracks har opgjort den potentielle økonomiske besparelse ved Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering til ca. 13 mio. kr. i perioden 2007/2008 – 2009/2010. Det svarer til en besparelse på 13,9 % pr. borger i hjemmeplejen.

Der har hverken kunnet konstateres et fald i regionale sundhedsydelse eller medarbejdernes sygefravær som følge af projektet.

## Anbefalinger

Anbefalinger til andre kommuner, som overvejer at igangsætte projekter, der minder om Fredericia Kommunes projekt, er:

- at afsætte de nødvendige midler up front – både økonomisk og ledelsesmæssigt
- at fastholde, at der er tale om et kvalitetsprojekt, der skal skabe positive resultater for både borgere, medarbejdere og kommuneøkonomi
- at tilrettelægge projektet som et udviklingsprojekt med
  - trinvis udvikling
  - mulighed for læring
  - systematisk dokumentation af positive resultater
- at forankre det rehabiliterende arbejde i veldefinerede borgerteams med én ansvarlig visitator, én ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige social- og sundhedsassistenter/social- og sundhedshjælpere
- at understøtte disse borgerteams med gode fysiske rammer, kompetent arbejdstilrettelæggelse og tydelig ledelse hele vejen op gennem det organisatoriske hierarki. ■

# 1 Introduktion

Det danske samfund er udfordret af den demografiske udvikling. Hvor der siden 1950'erne har været én person at forsørge for hver person i den erhvervsaktive alder, stiger antallet til 2,5 i år 2030. Det lægger pres på det danske velfærdssamfund for at tænke nyt og anderledes. Et eksempel på nytænkning er arbejdet med Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.

## Længst Muligt i Eget Liv

Længst Muligt i Eget Liv vil indstifte et paradigmeskifte i ældreomsorgen, hvor borgerne styrkes i at klare sig selv. Hermed er det potentielt set muligt at udskyde det tidspunkt, hvor de ældre får behov for offentlig hjælp og støtte – uden at der skæres i hjælpen til de borgere, der fortsat har behov, jf. figur 1 nedenfor.

I 1970'erne dannede parolen "Længst Muligt i Eget Hjem" udgangspunkt for en omfattende omlægning af ældreomsorgen, som gik fra hovedsageligt at være baseret på plejehjem til hovedsageligt at være baseret på hjemmepleje (1). Den bærende idé var, at det både var til borgerens og samfundets fordel, at borgeren kunne blive i eget hjem. For borgeren var der tale om en mere værdig ældretilværelse, og for samfundet var der tale om et billigere alternativ til en plejehjemsplads. Med Længst Muligt i Eget Liv er tanken den samme: Hvis de ældre kan styrkes, så de er i stand til at klare hverdagen selv i en længere periode, vil det både være til fordel for den ældre – som bevarer kontrollen over egen tilværelse – og for samfundet, som sparer ressourcer til ældreomsorg.

Ideen om at borgerne skulle fra "Længst Muligt i Eget Hjem" til "Længst Muligt i eget Liv" blev lanceret på FOA's Ældretopmøde i 2007 (2). Tre år senere, i en rundspørge foretaget af FOA, anfører 92 % af de kommunale ældrechefer, at de i 2011 vil udvikle ældreområdet til at arbejde ud fra en rehabiliteringstankegang fx som i Fredericia (3).

## Hverdagsrehabilitering

Fredericia Kommune var blandt de første, der gik i gang med at arbejde med Længst Muligt i Eget Liv. Kommunen organiserede arbejdet som et udviklingsprojekt med fem forskellige delprojekter, hvoraf Hverdagsrehabilitering var det første. Hverdagsrehabilitering er samtidig det delprojekt, der har tiltrukket størst ekstern opmærksomhed.

Formålet med Fredericia Kommunes projekt Hverdagsrehabilitering var og er at udskyde entreen i plejen ved et intensivt tilbud om hverdagsrehabilitering efter inspiration fra Östersund (4).

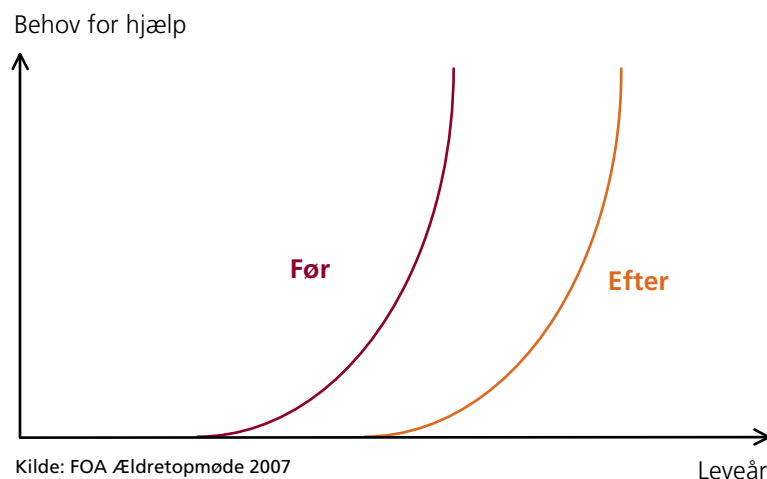
Den svenske by Östersund er blevet kendt for sit arbejde med "hemrehabilitering" – som på dansk almindeligvis oversættes til hverdagsrehabilitering. Der findes ingen videnskabelige undersøgelser af "hemrehabilitering", men ergoterapeuten Marita Månsson fra Östersund har skrevet en bog, hvor hun fremhæver de elementer, som hun mener, er centrale (4). Det fremgår heraf, at:

- Hemrehabilitering er en indsats, der bedrives i borgerens hjem og nærmiljø med det formål, at borgeren skal kunne udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af sine funktioner og evner.
- Hemrehabilitering tager afsæt i hjemmeplejen, fordi størstedelen af de borgere, der er målgruppe for indsatsen, på forhånd modtager hjemmepleje.
- Hemrehabilitering har hjemmeplejens personale som basis, terapeuter som motor og sygeplejersker/hjemmeplejens ledere som samarbejdspartnere.

Definitionen fra Östersund har indtil videre vist sig operationel som en samlebetegnelse for de aktiviteter, der er rettet mod at indføre en mere rehabiliterende tilgang i ældreplejen, og som vi har valgt at kalde hverdagsrehabilitering. Den adskiller hverdagsrehabilitering fra den ensidigt terapeutfaglige indsats, der også kan anvendes til at forsinke entreen i plejen, og

**Figur 1. Længst Muligt i Eget Liv**

Udskyde og forkorte behovet for hjælp – uden at nogen lades i stikken



Kilde: FOA Ældretopmøde 2007

som i et vist omfang må ses som alternativ til hverdagsrehabilitering i arbejdet med at realisere den overordnede målsætning om, at borgeren skal blive længst muligt i eget liv. Fokus er med hverdagsrehabilitering på den indsats, der leveres af *plejen*. Det handler om at udvikle ældreplejen til i højere grad at arbejde ud fra et rehabiliteringsfokus – med henblik på at gøre borgerne selvhjulpne.

### Tidligere undersøgelser

DSI har tidligere offentliggjort to undersøgelser om Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune (5, 6). Den første undersøgelse (6) er en kvalitativ del-evaluering af Hverdagsrehabilitering, som DSI foretog på opdrag af Fredericia Kommune i december 2008, halvanden måned efter det daværende "Pilotprojekt Hverdagsrehabilitering" havde modtaget sin første borger. Den anden undersøgelse (5) er en økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv, som DSI & iTracks foretog på opdrag af Fredericia Kommune i januar 2010 efter ét års forsøgsperiode.

Væsentlige pointer fra disse undersøgelser er a) de radikale forskelle mellem den indsats, der blev leveret af plejepersonalet i "Projekt Hverdagsrehabilitering" og den indsats, der blev leveret af deres kolleger i den almindelige hjemmepleje (6), b) borgernes tilfredshed (6), c) personalets åbenbare tilfredshed med deres arbejde (6), samt d) det anslåede kommunale besparelsespotentialer på 13 mio. kr. årligt, svarende til et gennemsnit på 13,9 % pr. borger tilknyttet hjemmeplejen (5).

### Denne undersøgelse

Denne undersøgelse følger op på DSI's foregående undersøgelser med nye analyser af arbejdet med Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. Vi har undersøgt:

- hvordan arbejdet med hverdagsrehabilitering anno 2010 skiller sig fra arbejdet i den almindelige hjemmepleje samt i den almindelige fysio-/ergoterapi
- hvad omstillingen til hverdagsrehabilitering har krævet økonomisk, organisatorisk, ledelsesmæssigt og kompetenceudviklingsmæssigt
- om arbejdet med hverdagsrehabilitering er forbundet med fordele i form af kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere
- om arbejdet med hverdagsrehabilitering har personalepolitiske konsekvenser for fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, herunder hvilken betydning arbejdet har for arbejdsglæde, engagement og faglige kompetencer
- anbefalinger til andre kommuner, som vil iværksætte projekter, der minder om Fredericia Kommunes projekt.

Da Fredericia Kommune på undersøgelsestidspunktet (i efteråret 2010) er i gang med at udbrede Hverdagsrehabilitering til

den almindelige hjemmepleje ved hjælp af et nyt projekt: Trænende Hjemmehjælp, inkluderer vi dette i undersøgelsen.

Undersøgelsen er finansieret af AUA-midler fra FOA, Sundhedskartellet og KL, og til projektet har været nedsat en følgegruppe med nøglepersoner fra KL, FOA, Sundhedskartellet, Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen.

### Datagrundlag

Undersøgelsen er baseret på en kombination af kvalitative og kvantitative data. Kvalitative data omfatter skriftligt materiale vedrørende Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemme-hjælp, interview med nøglepersoner i Fredericia Kommune, samt sammenlignelige observations- og interviewstudier i

- "Hverdagsrehabiliteringen" – den specialiserede enhed under plejen, der siden 2008 har arbejdet med hverdagsrehabilitering af nye borgere med rehabiliteringspotentialer
- "Distrikt A" – det udekørende kommunale hjemmeplejedistrikt, der i en periode på fire måneder har pilotafprøvet den model for Trænende Hjemmehjælp, der skal udbrede hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmepleje
- "Distrikt B" – et almindeligt udekørende kommunalt hjemmeplejedistrikt, der endnu ikke er involveret i arbejdet med hverdagsrehabilitering, samt det kommunale Genoptræningscenter.

Kvantitative data omfatter data om borgernes forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser før/efter Længst Muligt i Eget Liv samt data om medarbejdernes sygefravær i perioden 2008-2010.

### Rapportens struktur

Rapporten er opdelt i syv kapitler med følgende hovedindhold:

*Kapitel 2. Udviklingsarbejdet i Fredericia Kommune.* Her findes en beskrivelse af Fredericia Kommunes arbejde med Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp baseret på skriftligt materiale og interview med nøglepersoner.

*Kapitel 3. Hverdagsrehabilitering i praksis.* Her findes DSI's analyse af arbejdet med hverdagsrehabilitering i den specialiserede hjemmeplejegruppe, der blev oprettet som forsøg i oktober 2008, og som siden januar 2010 har været permanent.

*Kapitel 4. Trænende Hjemmehjælp i praksis.* Her findes DSI's analyse af arbejdet i den almindelige hjemmepleje samt i det hjemmeplejedistrikt, der siden foråret 2010 har pilotafprøvet Trænende Hjemmehjælp.

*Kapitel 5. Økonomi og arbejdsmarkedsdata.* Her findes DSI & iTracks' analyse af regionale sundhedsudgifter samt medarbejdernes sygefravær før/efter Længst Muligt i Eget Liv.

*Kapitel 6. Tværgående analyse og konklusion.* Her findes DSI's tværgående analyse og konklusion på undersøgelsens fem hovedspørgsmål. ■

# 2 Udviklingsarbejdet i Fredericia Kommune

I dette kapitel beskrives Fredericia Kommunes udviklingsprojekter: Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp. Datagrundlaget er skriftligt materiale samt interview med nøglepersoner (se bilag A).

## Længst Muligt i Eget Liv

Fredericia Kommune traf i forbindelse med budgetforhandlingerne 2008 beslutning om at igangsætte det overordnede udviklingsprojekt: Længst Muligt i Eget Liv. Projektets formål var og er at "udvikle den kompenserende og plejende hjælp til en rehabiliterende indsats med fokus på, at den ældre borger styrkes i at mestre sit eget liv" (projektbeskrivelsen, s. 1).

Baggrunden for den politiske beslutning var økonomiske fremskrivninger, der viste, at Fredericia Kommune frem til 2020 ville få 2.000 flere ældre over 65 år og opleve en markant stigning i antallet af borgere over 80 år. Denne udvikling var en "økonomisk udfordring", der i 2020 ville "betyde en årlig merudgift på ældreområdet på 46 mio. kr. om året" – hvorfor der var "god anledning til at gentænke samspillet mellem borger og kommune" (projektbeskrivelsen, s. 1).

Den idé, der blev fremstillet i projektbeskrivelsen, var en idé om, at det er muligt at udvikle den kommunale ældreindsats, så den i højere grad understøttede den ældre borger i at leve et liv med en høj egenomsorg så længe som muligt. Hvis den ældres fysiske, sociale og kognitive evner kunne fastholdes og styrkes, så kunne den aldersbetingede svækkelse komme til at ske i et langsommere tempo – og så kunne det tidspunkt, hvor den ældre havde brug for kompenserende hjælp og pleje, forsinkes.

Den langsigtede økonomiske konsekvens af udviklingsprojektet ville i henhold til projektbeskrivelsen være, at andelen af ældre med brug for kompenserende hjælp og pleje kunne nedbringes. Hermed ville den økonomiske udgiftsstigning kunne dæmpes i forhold til den udvikling, der ellers kunne forventes – *"også selv om målet er at opretholde et uændret serviceniveau overfor de borgere, der på grund af aldersbetinget svækkelse har brug for kompenserende hjælp og pleje"* (projektbeskrivelsen, s. 2, kursiv tilføjet).

Den kortsigtede økonomiske konsekvens var, at der skulle investeres i udvikling og implementering af et nyt samspil mellem borger og kommune. Helt konkret ønskede og fik Pleje og Sundhed en tillægsbevilling på 1,5 mio. kr. i 2008. Som tilbagebetaling blev det aftalt, at kommunekassen skulle have det formodede besparelsespotentiale: 800.000 kr. i 2009, 1,7 mio. kr. i 2010 og 2,7 mio. kr. pr. år herefter.

## Delprojekter

Projekt Længst Muligt i Eget Liv er rettet mod omlægning af den samlede kommunale ældreindsats og omfatter følgende fem delprojekter:

- Hverdagsrehabilitering/Trænende Hjemmehjælp
- Tidlig opsporing og forebyggelse af akut sygdom
- Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse
- Ny teknologi
- Forebyggelse og Sundhedsfremme til +65-årige.

DSI fokuserer i denne evaluering alene på delprojekt 1: Hverdagsrehabilitering/Trænende Hjemmehjælp. I forhold til at realisere den overordnede vision om, at borgeren skal blive længst Muligt i Eget Liv, er det imidlertid en væsentlig pointe, at dette kun er ét projekt blandt mange.

## Tidslinje

Figur 2 (næste side) tegner ved hjælp af en tidslinje hovedelementer i arbejdet med realisering af projekt Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Farvekoderne markerer, om arbejdet relaterer sig til det overordnede projektprogram (grøn), Hverdagsrehabilitering (pink) eller Trænende Hjemmehjælp (gul).

Det fremgår af figuren, at arbejdet med forberedelse af projekt Længst Muligt i Eget Liv startede i foråret 2007. Direktøren og lederen af Pleje og Sundhed deltog på FOA's Ældretopmøde i april 2007, hvor ideen om at indstifte et paradigmeskifte fra "Længst muligt i eget hjem" til "Længst muligt i eget liv" blev lanceret. Hjemme fulgte et arbejde med at etablere det lokale beslutningsgrundlag, der førte til politisk vedtagelse af projektet i byrådet i oktober 2007.

Arbejdet med realisering af Projekt Længst Muligt i Eget Liv tog fart, da der i marts 2008 blev ansat en rehabiliteringschef (ny stilling), hvis hovedopgave det var at lede projektet. Der blev arrangeret en studietur til Östersund (fælles tur for Social og Sundhed) og der blev engageret eksterne konsulenter (DSI) til at hjælpe med at konkretisere den overordnede projektide og forberede evalueringen. Samtidig kom den formelle projektorganisation på plads med styregruppe, følgegruppe og borgerinvolveringsgruppe.

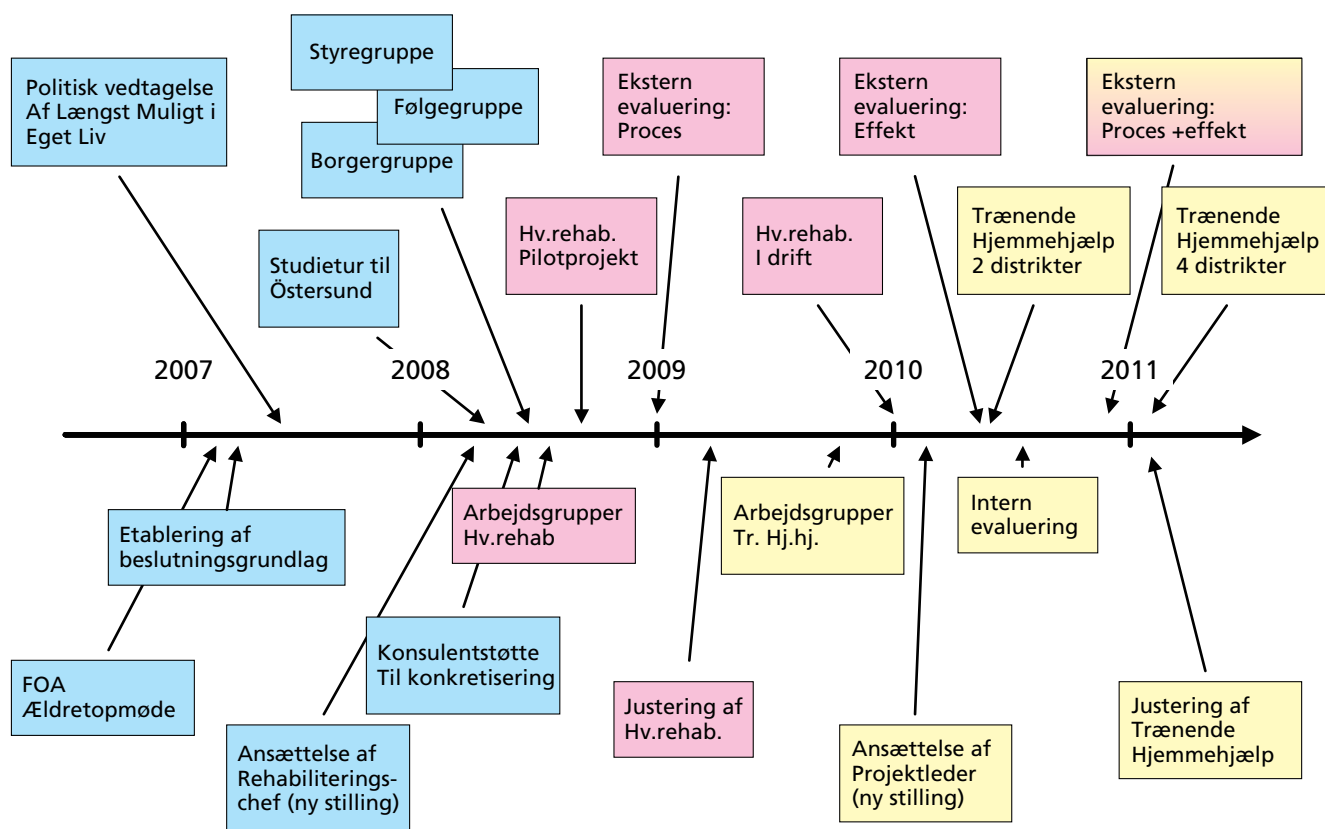
Delprojekt Hverdagsrehabilitering var inspireret af studieturen til Östersund. Rehabiliteringschefen fortæller ved interview, at de oprindeligt havde planlagt en mere traditionel tilgang til rehabilitering, hvor terapeuter alene havde ansvaret for det rehabiliterende arbejde. Erfaringerne fra Östersund, hvor arbejdet med rehabilitering var forankret i hjemmeplejen, inspirerede imidlertid, og det blev i stedet besluttet at igangsætte et projekt, der skulle udvikle afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering efter inspiration fra Östersund.

Det konkrete arbejde med realisering af projekt Hverdagsrehabilitering foregik i arbejdsgrupper med deltagelse af ledere og medarbejdere fra Visitationen, Genoptræningscentret og Plejen. Den ny rehabiliteringschef var projektleder. I løbet af sommeren 2008 skitserede de rammerne for et pilotprojekt, som blev afprøvet i perioden oktober 2008 – december 2009. Pilotprojektet blev justeret og tilpasset i flere omgange. Der blev foretaget to eksterne evalueringer: En procesevaluering i december 2008 (6) og en effektevaluering ved udgangen af 2009 (5).

Delprojekt Trænende Hjemmehjælp udsprang direkte af delprojekt Hverdagsrehabilitering som det delprojekt, der skulle implementere hverdagsrehabilitering i den almindelige hjemmepleje. Det konkrete projektarbejde er foregået i arbejdsgrupper med deltagelse af ledere og medarbejdere fra



Figur 2. Udviklingsprojektet i Fredericia



Visitationen, Genoptræningscenteret og Plejen. Desuden er der ansat en projektleder til implementering af projektet. Projektlederen er i første omgang finansieret af en projektbevilling fra Socialministeriet på 900.000 kr., der udover løn til projektlederen i projektperioden dækker udgifter til kompetenceudvikling af personalet.

Trænende Hjemmehjælp er på tidspunktet for denne analyse (efteråret 2010) pilotafprøvet i et kommunalt hjemmehjælpdistrikt (et udedistrikt). Der er gennemført en intern evaluering (7), og DSI har bidraget med anbefalinger på baggrund af denne rapport. Konceptet for Trænende Hjemmehjælp skal herefter justeres, inden det rulles ud i nye distrikter.

## Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er det delprojekt under projekt Længst Muligt i Eget Liv, hvis formål ligger tættest på projektets overordnede målsætninger.

*Formålet* med Projekt Hverdagsrehabilitering er således at "forsinke entreen i plejen" ved at gå "fra kompenserende hjælp til rehabilitering".

*Målgruppen* for projektet var i starten "borgere over 65 år, der ikke modtager hjemmehjælp i forvejen", "ved første henvendelse til kommunen" eller "overgang fra midlertidige til varige hjælpemidler". Målgruppen blev dog ret hurtigt ændret til at gælde alle borgere, der anmoder om og findes berettiget til hjemmehjælp, og som vurderes at have rehabiliteringspotentiale.

*Hovedopgaven* bestod i at "udvikle, afprøve og implementere en model for hverdagsrehabilitering, som mindsker og/eller udskyder behovet for kompenserende hjælp", og som er "inspireret af Östersund".

Den model for Hverdagsrehabilitering, som er udviklet, afprøvet og evalueret, er baseret på følgende principper:

- Borgere, der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet, visiteres til Hverdagsrehabilitering (§ 86) frem for almindelige hjemmehjælp (§ 83)
- Tilbuddet gives af en nyetableret gruppe under Plejen kaldet "Hverdagsrehabiliteringen", som i runde tal består af:
  - en leder
  - en planlægger
  - tre terapeuter (en fysioterapeut, to ergoterapeuter)<sup>1</sup>
  - en sygeplejerske
  - tolv "hjemmetrænere" (seks social- og sundhedsassistenter, seks social- og sundhedshjælpere)
- Tilbuddet tilrettelægges ud fra en rehabiliteringsplan med mål, handlinger og evalueringer:

<sup>1</sup> I starten var der kun to terapeuter, en ergoterapeut og en fysioterapeut. Efter få måneder blev terapeutgruppen imidlertid udvidet, så den nu består af tre terapeuter, to ergoterapeuter og en fysioterapeut, på i alt 100 timer/uge.

- Mål opstilles af en ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) med afsæt i COPM<sup>2</sup>
- Handlinger opstilles af en ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) med afsæt i COPM
- Evalueringer udarbejdes af den ansvarlige terapeut og/eller hjemmetræner
- Tilbuddet udmøntes af 1-2 ansvarlige hjemmetrænere i samarbejde med en ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske)
- Tilbuddet gives, så længe borgerne vurderes at have nytte af det. Herefter afsluttes de enten til ingen hjælp, mindre hjælp eller samme hjælp, som de alligevel ville have fået i den almindelige hjemmepleje (§ 83).

Tilbuddet om Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune koster 6,5 mio. kr. årligt, og enheden har ca. 35-45 borgere tilknyttet ad gangen. Interne opgørelser fra februar 2011 viser, at enheden efter godt 2 år har afsluttet 404 borgere. Heraf er 181 (45 %) afsluttet til ingen hjælp, mens 161 (40 %) er afsluttet til mindre hjælp, end de ellers ville have fået. 62 (15 %) er afsluttet til samme hjælp, som de ellers ville have fået i den almindelige hjemmepleje.

DSI & iTracks' økonomiske evaluering sammenligner forbruget af hjemmeplejedydelser i en periode før Længst Muligt i Eget Liv (vinteren 2007-2008) med en periode, hvor Hverdagsrehabilitering er fuldt indfaset (vinteren 2009-2010) og tager højde for en gennemført spareplan (5). Den finder, at kommunen bruger 13,9 % færre hjemmeplejedydelser i efterperioden, svarende til et mindreforbrug på 13 mio. kroner. Se også kapitel 5, Økonomi og Arbejdsmarked.

Det redskab, der anvendes som afsæt for udarbejdelse af rehabiliteringsplaner for borgerne i Hverdagsrehabiliteringen (COPM), er et standardiseret ergoterapeutisk arbejdsredskab, der anvendes til at identificere behov for rehabilitering og dokumentere effekter af den indsats, der gennemføres. For en nærmere beskrivelse, se Tabel 1 nedenfor.

### Trænende Hjemmehjælp

Trænende Hjemmehjælp er det delprojekt under Projekt Længst Muligt i Eget Liv, der skal "implementere hverdagsrehabilitering i plejen" (projektkommissariatet).

*Formålet* med projektet er således "i delelementer" at "udbrede" den model for Hverdagsrehabilitering, som Fredericia Kommune har udviklet til "hele plejeområdet i Fredericia Kommune" (projektbeskrivelsen).

Hensigten er ved udgangen af 2011, at:

- alle medarbejdere i Plejen arbejder ud fra "den rehabiliterende tilgang"
- der er knyttet et Tværfagligt Team til hvert distrikt, som støtter og vejleder medarbejderne i den rehabiliterende arbejdsmetode

Tværfagligt Team består i henhold til de formelle projektbeskrivelser af en visitator, en ergoterapeut, en fysioterapeut og to sygeplejersker. I det første forsøgsdistrikt har visitator dog kun været løst tilknyttet teamet, og den ene af de to sygeplejersker er erstattet af en social- og sundhedsassistent.

**Tabel 1. Oversigt over indhold og metoder i COPM (Canadian Occupational Performance Measure)**

	Overordnet beskrivelse	Anvendelse i praksis
Definition og formål	Et ergoterapeutisk arbejdsredskab der anvendes til at identificere behov for rehabilitering og dokumentere effekten af den indsats, der gennemføres for borgere med funktions-nedsættelse.	Redskabet består af en struktureret interviewguide, som anvendes til at strukturere samspillet mellem borger og terapeut.
Målsætninger/værdier	Redskabet skal medvirke til, at borgeren inddrages i formulering og prioritering af vigtigste aktivitetsproblematikker med henblik på at sikre relevans og motivation.	Via individuel dialog mellem borger, evt. pårørende, evt. plejepersonale og den ansvarlige terapeut.
Aktivitetsområder	<b>Egenomsorg</b> – forstået som evnen til at tage vare på sig selv. <b>Arbejdsevne</b> – forstået som evnen til at udføre husligt arbejde. <b>Fritidsaktiviteter</b> – forstået som evnen til at have hobbyer og opretholde sociale netværk.	I forhold til hvert aktivitetsområde gennemføres a) en identifikation af problemområder, b) en prioritering og c) en vurdering af sværhedsgraden af de oplevede problemer.
Dokumentation	Effekterne af indsatsen dokumenteres som motivationsredskab for borgeren og fagligt dokumentationsredskab i forhold til den leverede indsats.	Borgerens vurdering af aktivitetsproblematikker vurderes via a) objektive kategorier og b) en overordnet selvoplevet helbreds-vurdering. Begge dele scores før og efter rehabiliteringsforløbet, hvorefter de sammenlignes.

2 Canadian Occupational Performance Measure, se Tabel 1 for nærmere forklaring.

Den model for Trænende Hjemmehjælp, som hen over sommeren 2010 har været afprøvet i Fredericia Kommune, er baseret på følgende principper:

- Eksisterende brugere af den kommunale hjemmepleje *re-vurderes* af Visitationen og visiteres til Trænende Hjemmehjælp (nye § 83-pakker) og/eller Støttende Hjemmehjælp (eksisterende § 83-pakker).
- Tilbuddet gives af de eksisterende kommunale hjemmeplejedistrikter, hvortil der tilknyttes 32 terapeuttimer/uge – og som hermed i grove træk kommer til at bestå af:
  - en leder
  - to planlæggere
  - seks sygeplejersker
  - to deltidsterapeuter (en fysioterapeut, en ergoterapeut)
  - seks social- og sundhedsassistenter
  - tredive social- og sundhedshjælpere.
- Tilbuddet tilrettelægges ud fra en borgerplan med mål, handlinger og evalueringer
  - Målene opstilles af en ansvarlig visitator med afsæt i Fællessprog II
  - Handlingerne opstilles af en ansvarlig social- og sundhedshjælper (borgerens kontaktperson) med mulighed for sparring fra terapeut, sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent
  - Evalueringerne udarbejdes af en ansvarlig social- og sundhedshjælper (borgerens kontaktperson) med mulighed for sparring fra terapeut, sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.
- Tilbuddet udmøntes af en ansvarlig social- og sundhedshjælper (borgerens kontaktperson) med tilbud om sparring fra terapeut, sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

Til implementering er endvidere anvendt:

- Et "rejsehold", hvor to social- og sundhedshjælpere fra distriktet i en periode på 2-3 måneder er udvekslet med to hjemmetrænere (social- og sundhedsassistenter) fra Hverdagsrehabiliteringen
- "Kompetenceudvikling" af social- og sundhedshjælperne svarende til "2 dages teoriundervisning" og herefter "læring på jobbet i form af sidemandsoplæring fra rejseholdet"
- Et 4 ugers AMU-kursus med hovedvægt på rehabilitering og dokumentation, hvori der deltager 1-2 social- og sundhedshjælpere fra distriktet ad gangen.

Tilbuddet om Trænende Hjemmehjælp er finansieret ved et lån (fra kommunen) på 4 mio. kr., der skal tilbagebetales over en årrække. Hertil er der givet en bevilling på 900.000 kr. fra Socialministeriet, som dækker ansættelsen af en projektleder i projektperioden samt den teoribaserede kompetenceudvikling.

Fredericia Kommune har foretaget en intern evaluering af Trænende Hjemmehjælp efter 4½ måneds forsøgsperiode (7). Det fremgår her, at 47/139 borgere i forsøgsdistriktet har fået tilbud om Trænende Hjemmehjælp, og at 20/47 er afslut-

tet fra deres trænende pakker. Blandt de 20 borgere, der er afsluttet fra deres trænende pakker, er 5 borgere afsluttet som selvhjulpne, mens 9 er afsluttet med "betydelig mindre hjælp", end før projektet startede. 2 borgere får mere hjælp, og 4 er ekskluderet fra opgørelsen.

Der er ikke foretaget en ekstern økonomisk evaluering, der omfatter projekt Trænende Hjemmehjælp. ■

# 3 Hverdagsrehabilitering i praksis

I dette kapitel findes DSI's analyse af arbejdet med hverdagsrehabilitering i den specialiserede hjemmeplejegruppe kaldet "Hverdagsrehabiliteringen", som blev oprettet i oktober 2008 som et forsøg, og som siden januar 2010 har været permanent.

DSI har studeret arbejdet med hverdagsrehabilitering i Hverdagsrehabiliteringen på to forskellige tidspunkter: i november/december 2008, halvanden måned efter Hverdagsrehabiliteringen havde modtaget sin første borger – og i august/oktober 2010, små 400 borgere senere.

I dette kapitel beskriver vi, hvordan samarbejdet om hverdagsrehabilitering i praksis fungerede i hver af de to perioder. Herefter diskuterer vi med afsæt i samme beskrivelser, hvordan samarbejdet kan forbedres i fremtiden.

Datagrundlaget er observation og interview som beskrevet i bilag A.

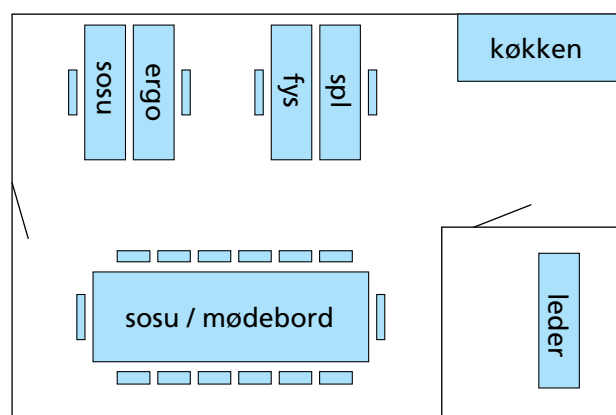
## Hverdagsrehabiliteringen anno 2008

Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune er som tidligere nævnt et tilbud under Servicelovens § 86, der leveres af en selvstændig organisatorisk enhed kaldet Hverdagsrehabiliteringen. I det følgende beskrives samarbejdet om hverdagsrehabilitering, som det udspilles internt i denne enhed samt eksternt i relationen til Visitationen. Som afsæt gives en illustration af den fysiske placering af medarbejderne i Hverdagsrehabiliteringen, da den fysiske placering har vist sig at have stor betydning for samarbejdet i praksis.

### Medarbejdernes fysiske placering

Da DSI for første gang besøgte og studerede arbejdet med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, havde "Hverdagsrehabiliteringen" til huse i et ca. 40 m<sup>2</sup> stort lokale på et af byens fire pleje- og rehabiliteringscentre. De terapeuter, sygeplejersker og hjemmetrænere (social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter), der var ansat i projektet, sad sammen i det samme rum, og lederen af Hverdagsrehabiliteringen var placeret i et mindre kontor med direkte udgang til dette fællesrum<sup>3</sup>.

Figur 3. Hverdagsrehabiliteringens lokaler 2008



Hverdagsrehabiliteringen lå samtidig ca. 5 km fra Visitationen, hvor de to tilknyttede visitatorer arbejdede.

### Samarbejde

Det fremgik ved interview og observation, at der i december 2008 var et meget tæt samarbejde mellem medarbejderne i Hverdagsrehabiliteringen. For hver borger, der blev tilknyttet enheden, blev der udpeget en ansvarlig terapeut (evt. en sygeplejerske) samt to ansvarlige hjemmetrænere (en 1'er og en 2'er). Dette "borgerteam" sparrede løbende om den enkelte borger, og de delte deres erfaringer med kollegerne i Hverdagsrehabiliteringen (terapeuter, sygeplejersker, hjemmetrænere) ved det daglige fællesmøde. Lederen af hverdagsrehabiliteringen mødte ind sammen med hjemmetrænerne om morgenen, ledte de daglige fællesmøder og foretog størstedelen af planlægningsarbejdet i samarbejde med sygeplejersken. Hun fulgte systematisk op på de borgerresultater, der blev skabt, og alle positive borgerresultater blev fremhævet og fejret i fællesskabet.

DSI diskuterede i forbindelse med sin første devaluering, at der var et skisma mellem på den ene side de formelle beskrivelser af samarbejdet om hverdagsrehabilitering og på den anden side det reelle samarbejde.

*I henhold til de formelle beskrivelser* skulle et "tværfagligt team" bestående af visitator, terapeut og sygeplejersker udarbejde en "tværfaglig rehabiliteringsplan", som efterfølgende skulle udmøntes af en "hjemmetrænergruppe" under ledelse af en gruppeleder.

*I praksis* var der snarere tale om, at visitator visiterede borgerne til Hverdagsrehabilitering, hvorefter en ansvarlig terapeut eller sygeplejerske udarbejdede en rehabiliteringsplan med afsæt i COPM. Den ansvarlige terapeut eller sygeplejerske bestilte herefter rehabiliteringspakker i visitationen med tid til hjemmetrænerne, der arbejder rehabiliterende med afsæt i rehabiliteringsplanen under løbende sparring fra den ansvarlige terapeut eller sygeplejerske. Samarbejdet havde karakter af et samarbejde mellem to organisationer – Visitationen, der rent fysisk havde til huse i midtbyen, og som i projektet var repræsenteret ved to konkrete visitatorer – og Hverdagsrehabiliteringen, der rent fysisk havde til huse i en mindre forstad og fungerede som en velintegreret organisation med ét fælles mål.

### Samarbejdet mellem Hverdagsrehabiliteringen og Visitationen

Samarbejdet mellem Hverdagsrehabiliteringen og Visitationen var i december 2008 umiddelbart velfungerede. Der var en fast mødestruktur, der sikrede, at terapeuter, sygeplejersker og gruppelederen fra Hverdagsrehabiliteringen hver 14. dag holdt møder med visitatorerne og diskuterede konkrete

3 Der var på dette tidspunkt endnu ikke ansat en planlægger i gruppen. Planlægningen blev i stedet varetaget i samarbejde mellem sygeplejerske og leder.

borgersager. På denne baggrund udvikledes over tid en fælles forståelse af, hvilke borgere det var relevant at visitere til Hverdagsrehabilitering – og hvem der ikke var. Der udvikledes ligeledes den faste rutine, at var visitator i tvivl, så visiterede hun til en vurdering ved terapeuterne, der på baggrund af et hjemmebesøg foretog den endelige afgørelse af, om projektet kunne gøre noget for den aktuelle borger, eller om vedkommende skulle afsluttes til almindelig hjemmehjælp.

Selv om samarbejdet var velfungerende, var det ikke uden knaster. Visitatorerne havde i noget omfang den oplevelse, at de visiterede borgerne til hverdagsrehabiliteringen – og så visiterede terapeuterne dem ud igen. De to terapeuter, der var ansat i Hverdagsrehabiliteringen, var stærke fortalere for det synspunkt, at Hverdagsrehabiliteringen kun skulle beskæftige sig med borgere med *rehabiliteringspotentiale* – konkret operationaliseret som borgere, de kunne gøre en forskel for. Hvad der nærmere bestemt lå i dette ord, var visitatorer og terapeuter imidlertid ikke nødvendigvis altid helt enige om. Generelt var der en tendens til, at visitatorerne vurderede, at flere borgere havde rehabiliteringspotentiale, end terapeuterne gjorde.

Et andet forhold, som visitatorerne måtte vænne sig til under indkøringen af Hverdagsrehabilitering, var, at visitation til Hverdagsrehabilitering var en "åben visitation", hvor det var op til terapeuterne at bestemme, hvilke ydelser borgerne skulle have. Det var udfordrende, fordi borgerne fik tilbud om ydelser (fx gåture), som lå udenfor Servicelovens bestemmelser, og fordi borgerne samtidig ikke nødvendigvis fik tilbud om støtte til det, de jf. Serviceloven var berettiget til (fx hjælp til personlig pleje). Visitatorerne fremhævede på interviewtidspunktet i 2008 deres fulde støtte til projektet, men anførte samtidig, at den åbne visitation havde været en "hård nød at sluge", fordi det hermed i større omfang blev brugerdefineret, hvilket tilbud borgeren skulle have. Når de havde accepteret den åbne visitation, var det dels, fordi terapeuterne fastlagde ydelserne med afsæt i COPM, dvs. der således var grænser for, hvilke former for ydelser borgerne kunne få, dels fordi det var muligt at afslutte borgerne med henvisning til, at kunne de selv klare at gå tur, så kunne de også selv klare at vaske sig.

### Terapeuternes arbejde

De to terapeuter, der på det første undersøgelsestidspunkt arbejdede i Hverdagsrehabiliteringen, var rekrutteret til opgaven via interne opslag i kommunen. Den ene af de to (ergoterapeuten) havde deltaget i en af de arbejdsgrupper, der havde arbejdet med at forberede pilotprojektet. Den anden (fysioterapeuten) var blevet opfordret af ergoterapeuten til at søge, fordi de kendte hinanden fra tidligere, og ergoterapeuten vidste, at fysioterapeuten var god til det tværfaglige samarbejde.

I Hverdagsrehabiliteringen havde de to terapeuter et tæt samarbejde, hvor de fordelte borgerne mellem sig efter kompetence og foretog hjemmebesøg, hvor de i dialog med borgerne og med afsæt i COPM opstillede 1-5 mål for det rehabiliterende arbejde. Målene omsatte de herefter til hand-

linger i en rehabiliteringsplan, og de spærrede løbende med hjemmetrænerne (og hinanden) om borgernes fremdrift og potentiale for afslutning.

Terapeuterne gav ved interview udtryk for, at de var meget tilfredse med arbejdet i Hverdagsrehabiliteringen. De oplevede, at de skabte gode resultater for borgerne, og at samarbejdet internt i gruppen var rigtig godt. Inden pilotprojektet havde det været deres ønske at referere til den ledende terapeut i kommunen. Nu syntes de, det ville være mere naturligt at referere til lederen af Hverdagsrehabiliteringen, som jo var den leder, de dagligt arbejdede sammen med.

### Hjemmetrænerens arbejde

De tolv hjemmetrænere, der arbejdede i Hverdagsrehabiliteringen, var ligesom terapeuterne rekrutteret via interne opslag i kommunen. Stillingerne havde ikke været specielt eftertragtede, og flere af de medarbejdere, der var endt med at søge dem, havde gjort det efter opfordring. Det var et tilfælde, at der endte med at være seks social- og sundhedshjælpere og seks social- og sundhedsassistenter i gruppen. Andelen af social- og sundhedsassistenter er imidlertid markant højere end i en almindelig plejegruppe.

I Hverdagsrehabiliteringen havde de tolv hjemmetrænere et meget tæt samarbejde, både med hinanden, terapeuterne og den øvrige gruppe. For hver borger blev der udarbejdet to ansvarlige hjemmetrænere (en 1'er og en 2'er), som løbende spærrede med hinanden om borgerens fremskridt og problemstillinger. Efter hvert besøg rapporterede den af de to hjemmetrænere, der havde besøgt borgeren, endvidere borgerens status, fremskridt og problemstillinger til den ansvarlige terapeut og diskuterede den fremtidige strategi overfor borgeren med terapeuten. Ofte bidrog flere til diskussionen, og mange lyttede. Alle kendte alle borgere, for der var endnu kun få borgere at arbejde med, og hjemmetrænerne havde generelt mere tid, end de havde brug for.

DSI foretog i forbindelse med sin første interview- og observationsrunde et sammenlignende studie af, hvordan ydelserne Hverdagsrehabilitering *i praksis* adskilte sig fra ydelserne Hjemmepleje. Baggrunden var en undren eller skeptisk holdning til, om det nu var så særligt, det hjemmetrænerne i Hverdagsrehabiliteringen leverede – set i forhold til, at de tolv social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, der nu var ansat som hjemmetrænere, få måneder tilbage og mange år bagud i tiden havde været ansat som almindeligt plejepersonale i den almindelige hjemmepleje. DSI's observationer og interview viste, at der *i høj grad* var forskel, og at forskellen både relaterede sig til fokus, tid og mål:

- *Fokus.* Hvor hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering var optaget af at sætte borgerne i stand til selv at varetage opgaverne, var plejepersonalet i den almindelige hjemmepleje optaget af at løse opgaverne for borgerne.
- *Tid.* Hvor hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering havde meget tid til rådighed i starten af et forløb, men målrettet arbejdede på at nedsætte tidsforbruget og til sidst helt at afslutte borgeren, arbejdede plejepersonalet i

den almindelige hjemmepleje med afsæt et fast og vedvarende tidsforbrug.

- *Mål.* Hvor hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering arbejdede med afsæt i de mål, der var opstillet på baggrund af COPM, arbejdede plejepersonalet med afsæt i de mål, der havde dannet baggrund for visitation til hjemmeplejen.

Samtidig var der på tidspunktet for DSI's første evaluering en markant mindre arbejdsbelastning for hjemmetrænerne i projekt hverdagsrehabilitering, end der var for plejepersonalet i den almindelige hjemmepleje.

Hjemmetrænerne i Hverdagsrehabiliteringen tilkendegav ved interview, at de i høj grad var tilfredse med deres arbejde i Hverdagsrehabiliteringen. De oplevede at få et ansvar og blive taget seriøst på en måde, som de ikke tidligere havde været ude for. Samtidig oplevede de det som meget tilfredsstillende at have tid til at give borgerne en god og professionel service. Dette så de som modsætning til deres tidligere arbejde, hvor de ofte oplevede, at de havde for travlt til at gøre arbejdet ordentligt, og hvor de ofte kom stressede hjem.

### Kompetenceudvikling

Der har ikke været en formel kompetenceudvikling af medarbejderne i Hverdagsrehabiliteringen - hverken af lederen, terapeuterne, sygeplejersken eller hjemmetrænerne.

Der er sket det, at medarbejderne blev ansat forskudt med en uges mellemrum, således at lederen, terapeuterne og sygeplejersken startede sammen med visitatorerne i uge 1,

og de tolv hjemmetrænerne startede i uge 2. I uge 3 kom de første borgere, og enheden fyldtes langsomt op i det tempo, som nye borgere henvendte sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet.

Den første uge brugte terapeuter, visitatorer og sygeplejersker på at forberede undervisning af hjemmetrænerne i uge 2. Imens ordnede lederen af Hverdagsrehabiliteringen praktiske detaljer (skaffe computere, borde, telefoner mm.). Den anden uge blev hjemmetrænerne undervist af terapeuterne, visitatorerne og sygeplejersken. Tabel 2 viser ugeplanen for hjemmetrænerne.

Det fremgår af Tabel 2 nedenfor, at indholdet i undervisningen først og fremmest har været praktisk og med fokus på arbejdsgange og procedurer i Hverdagsrehabiliteringen. Hertil har der været to sessioner med mere faglige oplæg om omsorg/egenomsorg, ressourcer og mestring (ved sygeplejersken) samt rehabilitering og værdighed (ved terapeuterne).

Samtlige medarbejdere i Hverdagsrehabiliteringen vurderer, at denne interne undervisning har været tilstrækkelig som forberedelse af arbejdet, og at den væsentlige oplæring har ligget i den efterfølgende sparring i og mellem faggrupper. Den eneste ting, som lederen af Hverdagsrehabiliteringen ville gøre anderledes, var, at hun selv ville deltage i den første uges forberedelse af undervisningen. Det, at hun var nødt til at prioritere sin tid på praktiske detaljer, gjorde, at hun ikke fra starten blev inddraget i det daglige samarbejde. Det havde været en fordel, hvis computere og skriveborde havde været på plads, inden Hverdagsrehabiliteringen startede.

**Tabel 2. Ugeplan for hjemmetrænerne i Hverdagsrehabiliteringen**

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
<b>Kl. 8-9</b> Velkomst med morgenbord v. lederen af Hverdagsrehabiliteringen. Kort præsentationsrunde. Overordnet introduktion til projektet ved lederen af Pleje og Sundhed.	<b>Kl. 8-11</b> Visitatorerne fortæller om visitators rolle i projektet og underviser i visitators arbejdsredskaber.	<b>Kl. 8-10</b> Forberedelsestid til at læse materiale i forhold til undervisning på Dag 4.	<b>Kl. 8-12</b> Oplæg fra sygeplejersken om omsorg/egenomsorg, ressourcer og mestring samt arbejde med mindmap.	<b>Kl. 8-12</b> Vagtplaner, telefonlister, praktiske oplysninger ved lederen af Hverdagsrehabiliteringen.
<b>Kl. 9-10</b> Introduktion ved lederen af Hverdagsrehabiliteringen. Hver fagperson fortæller om sin rolle i projektet.	<b>Kl. 11-15</b> Vagtplaner, telefonlister og PDA-numre ved lederen af Hverdagsrehabiliteringen.	<b>Kl. 10-12</b> Præsentation af systemopsætning i Care: "Samlede rehabiliteringsteam" ved ekstern fagperson.	<b>Kl. 12.30-15</b> Forberedelsestid til at læse materiale i forhold til undervisning på Dag 5.	<b>Kl. 12-15</b> Oplæg fra terapeuterne om rehabilitering og værdighed samt gennemgang af procedurer for handleplaner.
<b>Kl. 10-10.15</b> Pause		<b>Kl. 12.30-15</b> Forberedelsestid til at læse materiale i forhold til undervisning på Dag 4.		
<b>Kl. 10.15-15</b> Rundvisning på det lokale pleje- og rehabiliteringscenter og praktiske oplysninger mm. ved lederen af Hverdagsrehabiliteringen.				

## Hverdagsrehabiliteringen anno 2010

Da DSI for anden gang besøgte og studerede arbejdet med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, var flere ting ændret. I visitationen var det nu alle medarbejderne, der visiterede til Hverdagsrehabilitering, og i Hverdagsrehabiliteringen var lederen, terapeuterne, sygeplejersken og hjemmetrænerne splittet op, så de havde hver deres lokaler. Der var ansat en planlægger (to deltidsplanlæggere), der sad sammen med hjemmetrænerne og forestod størstedelen af den daglige planlægning, og der var knyttet en ekstra terapeut til projektet, så der nu i alt var 100 terapeuttimer pr. uge fordelt på tre terapeuter (to ergoterapeuter og en fysioterapeut).

Angående udskiftninger i medarbejdergruppen havde den sygeplejerske og den fysioterapeut, der oprindeligt havde været tilknyttet projektet, sagt op og var erstattet af nye. To hjemmetrænere var stoppet, og der lå en orlovsanmodning fra den ergoterapeut, der havde været med til at starte pro-

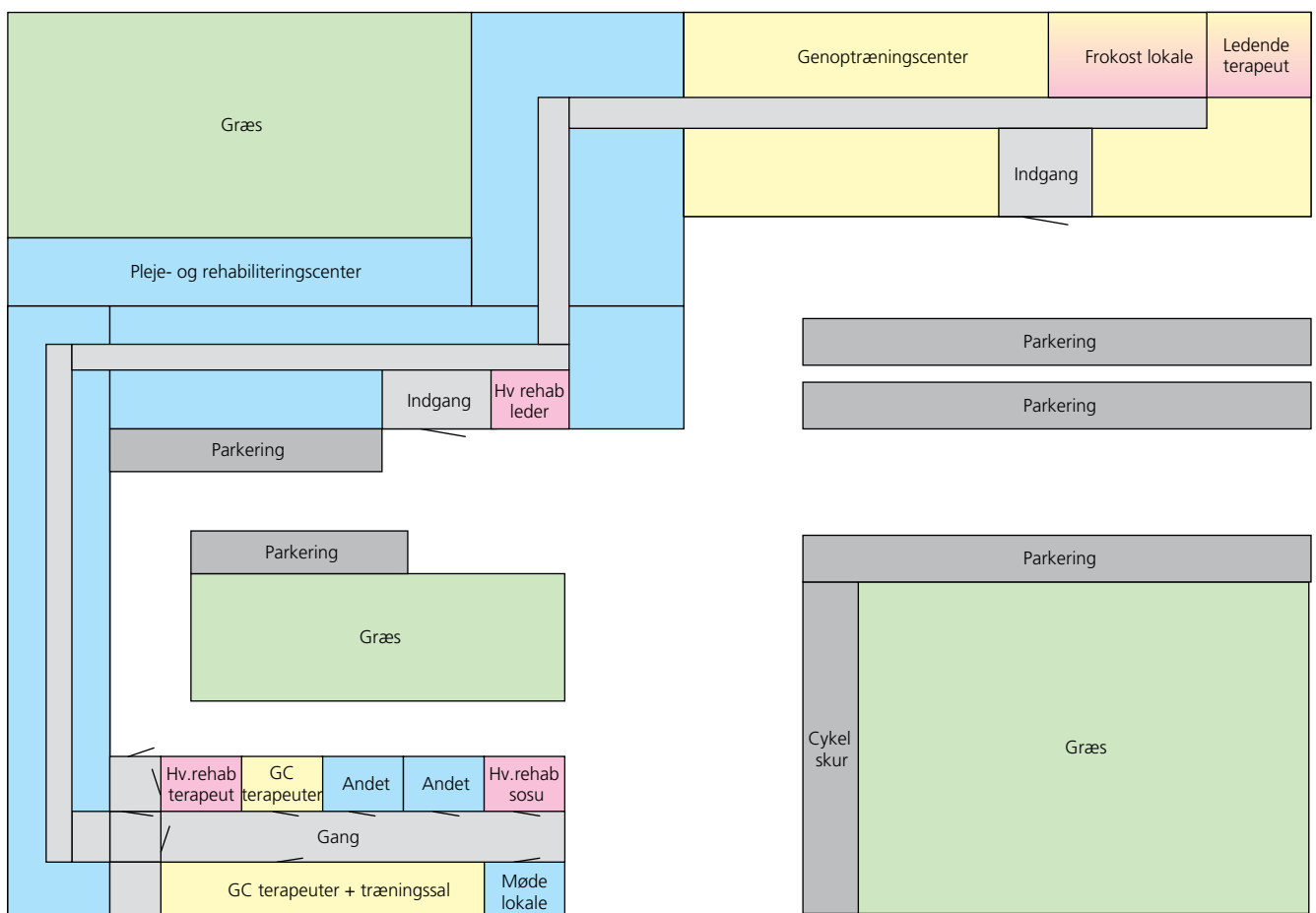
jektet. Den nye ergoterapeut var på deltidsbasis udlånt til Trænende Hjemmehjælp, og en vikar var midlertidigt ansat. Gruppen stod overfor at skulle finde en ny ergoterapeut.

### Fysisk placering af medarbejderne

Hverdagsrehabiliteringen var i starten af 2010 flyttet lokaler, så de nu havde til huse i et ejendomskompleks, der foruden medarbejderne fra Hverdagsrehabiliteringen bl.a. husede Fredericia Kommunes Genoptræningscenter samt et lokalt Pleje- og Rehabiliteringscenter.

Figur 4 illustrerer, hvordan Hverdagsrehabiliteringens nye lokaler (pink) ligger tæt integreret med det lokale Pleje- og Rehabiliteringscenter (grøn), hvor lederen af Hverdagsrehabiliteringen har kontor, samt kommunens Genoptræningscenter (gul), hvor den ledende terapeut har kontor, og hvor terapeuterne fra Hverdagsrehabiliteringen hver dag spiser deres frokost.

Figur 4. Hverdagsrehabiliteringens lokaler 2010



Figur 4 viser samtidig, hvordan hjemmetrænerens grupperum, som de deler med sygeplejersken og plan-læggeren, er placeret i en bygning overfor Pleje- og Rehabiliteringscenteret med udsigt til lederen af Hverdagsrehabiliterings kontor.

De tre terapeuter, der er tilknyttet Hverdagsrehabiliteringen, har kontor i samme bygning som hjemme-trænerne, men i den anden ende. For at komme ned til hjemmetrænerens grupperum skal de gennem tre fordelingsgange. For at komme over til Genoptræningscenteret skal de udenfor og over en parkeringsplads.

Hverdagsrehabiliteringens nye lokaler ligger tættere på Visitationen end tidligere, men der er fortsat 2-3 km mellem de to organisationer.

### Samarbejdet til Visitationen

Samarbejdet mellem Hverdagsrehabiliteringen og Visitationen fungerer på undersøgelsestidspunktet ikke så godt, som det har gjort. Årsagen skal meget direkte findes i, at det ikke længere er de samme to visitatorer, der oprindeligt var tilknyttet projektet, der visiterer til Hverdagsrehabilitering. Umiddelbart inden DSI foretager sine observationer, er opgaven overgået til samtlige medarbejdere i Visitationen. Terapeuter og hjemmetrænere i Hverdagsrehabiliteringen oplever som følge heraf, at de bliver tildelt borgere, som ikke er relevante. De fortæller, at det dræner dem for ressourcer, fordi de skal bruge tid på almindelige plejeopgaver uden rehabiliterende sigte. De fremhæver, at de fortsat rehabiliterer borgere og viser flotte resultater. Men det er deres klare opfattelse, at rehabiliteringen strækker sig over længere tid, fordi de ikke på ugeplan kan give et lige så intensivt tilbud.

### Samarbejdet i Hverdagsrehabiliteringen

Samarbejdet internt i Hverdagsrehabiliteringen har ligeledes ændret karakter i perioden mellem DSI's observationer.

I 2010 er der ikke på samme måde som i 2008 tale om et tæt teamsamarbejde mellem en ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) og to ansvarlige hjemmetrænere, der deler deres erfaringer i en samlet gruppe af terapeuter, sygeplejersker og hjemmetrænere. Det fremgår ved interview og observation, at terapeuter og sygeplejerske har fået hver deres opgaver, og samarbejdet mellem terapeuter og hjemmetrænere på en række afgørende punkter har ændret karakter.

Betragtes først *sygeplejerskens* opgaver, fremgår det ved observation, at sygeplejersken ikke længere udarbejder rehabiliteringsplaner, men alene beskæftiger sig med plejeopgaver. Hun har for lidt at lave og siger op, mens undersøgelsen pågår. Det fremgår ved interview med de øvrige medarbejdere i Hverdagsrehabiliteringen, at det er den anden sygeplejerske, der siger op, og at det nu er blevet besluttet at gøre forsøg med ikke at have en fast sygeplejerske i Hverdagsrehabiliteringen. Hjemmetrænerne skal samarbejde med sygeplejerskerne i distrikterne, men oplever det som svært, fordi de ikke deltager i gruppens møder. Hjemmetrænerne foreslår derfor en ny løsning, hvor Hverdagsrehabiliteringen deler sygeplejerske med det lokale pleje- og rehabiliteringscenter.

Hvad angår *terapeuterne*, består deres arbejde fortsat i at udarbejde rehabiliteringsplaner for borgerne med afsæt i COPM. De har fået deres eget lokale og strukturerer deres møder med hjemmetrænerne sådan, at én deltager i gruppemødet mandag, en anden i gruppemødet tirsdag, en tredje i gruppemødet torsdag, og alle i gruppemødet fredag. Lederen af Hverdagsrehabiliteringen har anmodet terapeuterne om at spise deres frokost sammen med hjemmetrænerne, men terapeuterne har sagt nej, "fordi hjemmetrænerne spiser så tidligt". Terapeuterne spiser i stedet sammen med deres terapeutkolleger i Genoptræningscenteret. De deltager også i møder i Genoptræningscenteret og har opgaver som Care superbrugere og ansvarlige for individuelle patienter/holdtræning i dette regi.

Terapeuterne fremhæver skriftligt som kommentar til rapporten, at de ser store fordele ved det tætte samarbejde med Genoptræningscenteret. Bl.a. fremhæver de, at nogle genoptræningsopgaver kan klares i Hverdagsrehabiliteringen, hvor terapeuterne qua deres tætte sparring med kollegerne i Genoptræningscenteret er i stand til at levere en høj faglig kvalitet. Hermed kan de både sætte ind på det specifikke (træningsmæssigt) og det generelle (hverdagsrehabiliteringen) og få det koordineret, så borgerne oplever et koordineret og sammenhængende forløb. Terapeuterne fremhæver samtidig, at det er en fordel, at de bliver fagligt opdateret ved at være en del af Genoptræningscenteret.

I forhold til hjemmetrænerne fortæller terapeuterne imidlertid ved interview, at det tit er svært for dem at følge med i, hvordan det går med borgerne i Hverdagsrehabiliteringen. Det er svært, fordi det ikke er alle hjemmetrænere, der er lige gode til at skrive [dvs. dokumentere via computeren, hvilke fremskridt og udfordringer der er med borgeren, red.]. Når terapeuterne spørger i gruppen, hvem der er ansvarlig for en given borger, er det desuden ikke altid, at nogen ved det. Terapeuterne kan få svar som: "Jeg er kontaktperson, men jeg har ikke været der i en uge", eller: "Jeg var der i dag, men det var første gang". Det er terapeuternes opfattelse, at nogle af hjemmetrænerne er rigtig gode til at komme forbi og fortælle, hvordan det går, og at det typisk er de samme hjemmetrænere, som er gode til at skrive. Andre er det imidlertid ikke, og det er et problem for terapeuterne, når de skal følge op på deres borgere.

*Hjemmetrænerne* oplever omvendt, at samarbejdet med terapeuterne fungerer udmærket. De betragter det ikke som et problem, at terapeuterne har fået deres eget lokale, fordi de [hjemmetrænerne] jo bare kan ringe eller gå forbi terapeuterne, når de har brug for det. I hjemmetrænergruppen er der altid en fast kontaktperson til en borger, men det er klart, at kontaktpersonen ikke altid kan være på arbejde, hvorfor det nødvendigvis må være sådan, at andre kommer hos borgeren. Hjemmetrænerne anfører, at det var en fordel, dengang der var en fast 2'er. Dengang var der én at sparre med, og én der vidste, hvor langt borgeren var nået. Desuden fremhæver de, at arbejdet med hverdagsrehabilitering kræver viden om, hvor langt borgeren er nået, og hvordan borgeren kan triggere. Når der kommer en ny hjemmetræner ud til bor-



geren, forsøger borgeren ofte at snyde ved fx at sige, at den normale hjemmetræner "plejer at tage opvasken".

Hjemmetrænerne har samtidig fået travlt på en helt anden måde, end de havde i 2008. Dagligdagen ligner nu i langt højere grad dagligdagen i den almindelige hjemmepleje, hvor plejepersonalet møder ind, tjekker dagens køreliste, opdaterer beskeder og koordinerer dagens arbejde, inden de kører ud til hver deres borgere og returnerer til gruppe-lokalet kl. 11-11.15 for at deltage i det daglige frokostmøde. Arbejdet i hverdagsrehabiliteringen adskiller sig dog fortsat fra arbejdet i den almindelige hjemmepleje ved sine målsætninger, der er afledt af COPM, samt ved sit vedvarende og konsekvente fokus på at lære borgeren selv at klare opgaverne, så de kan afsluttes til mindst mulig hjælp.

### Medarbejdertilfredshed

Det fremgår af interview med medarbejderne i Hverdagsrehabiliteringen, at tilfredsheden med arbejdet ikke er så stor, som den var i starten, da projektet lige var begyndt.

Terapeuterne oplever og taler meget om, at arbejdet med Hverdagsrehabilitering tærer på dem. Det fremgår, at det er nyt for dem at skulle træne *gennem andre*, og at det er et afsavn for dem kun i mindre grad at have den direkte borgerrelaterede kontakt.

I Hverdagsrehabiliteringen har terapeuterne selv nogen direkte borgerkontakt, idet de løbende holder individuelle møder med borgerne, hvor målene for den rehabiliterende indsats opstilles og evalueres. Samtidig har de mulighed for at bevilge træning ved dem selv til de borgere, hvor de skønner det relevant og nødvendigt. Flere af terapeuterne oplever imidlertid at savne direkte borgerkontakt ud over det, de oplever i Hverdagsrehabiliteringen. Derfor har flere af dem beholdt et enkelt ansvarsområde i Genoptræningscenteret, fx patienter med senhjerneskader.

Udfordringerne ved at skulle træne gennem andre handler imidlertid ikke kun om det afsavn, terapeuterne oplever, når de ikke selv har det direkte arbejde med borgerne. Det handler også om det, at terapeuterne skal samarbejde med, og arbejde igennem, en anden faggruppe, som er meget anderledes end dem selv.

Terapeuterne fortæller ved interview, at der er store forskelle mellem fx at træne gennem en studerende og træne gennem hjemmetrænerne. Terapeuterne fremhæver, at mange af hjemmetrænerne er (mindst) lige så dygtige som de terapeutstuderende. Men det er et problem i forhold til kontinuiteten, at det ikke altid er den samme hjemmetræner, der kommer hos borgeren.

Terapeuterne fremhæver samtidig, at der er megen "støj" omkring gruppen af hjemmetrænere, som ikke er fagligt relevant, men forstyrrer terapeuternes arbejde og følelse af at befinde sig vel i samarbejdet. Det handler om diverse problemer omkring vagtplanlægning, og konkret i Hverdagsrehabiliteringen har der desuden på undersøgelsestidspunktet været nogle kontroverser mellem leder og medarbejdere, som har fyldt meget. Terapeuterne oplever, at kulturen i gruppen af hjemmetrænere er anderledes end kulturen i gruppen

af terapeuter. Og når de har valget, foretrækker de at spise frokost blandt terapeuterne på Genoptræningscenteret.

Det fremgår ved interview, at terapeuterne efterspørger redskaber til supervision som en del af deres efteruddannelse. De efterspørger endvidere faglige kurser i hverdagsrehabilitering som metode. Det er noget, de har talt om: at de som terapeuter i Hverdagsrehabiliteringen bliver set som en væsentlig ressource – som nogen, der skal *bidrage og medvirke til* at arbejdet ændres. For at de kan give, og blive ved med at give, er det imidlertid vigtigt, at de også får noget. Det fremgår, at der er tale om et behov, der er opstået undervejs i projektet. Terapeuterne oplevede ikke behov for kurser og efteruddannelse i starten, men de gør det nu, hvis de skal holde gejsten oppe.

Hvad angår *hjemmetrænerne*, finder de arbejdet og arbejdsformen akkurat lige så motiverende og spændende, som de gjorde i 2008 – og de ville til enhver tid vælge et arbejde, hvor de skulle arbejde med hverdagsrehabilitering, frem for et, hvor de ikke skulle. Selv hvis de fik et arbejde i den almindelige hjemmepleje, fremhæver de, vil de ikke kunne lade være med at arbejde rehabiliterende.

Hvad angår hjemmetrænerens kompetencer er der desuden en klar bevidsthed i gruppen om, at de i løbet af de to år, der er gået, har oparbejdet stærke og forholdsvis unikke kompetencer indenfor hverdagsrehabilitering. De efterspørger anerkendelse og brug af disse kompetencer, fx i forbindelse med oplæring af nye medarbejdere. DSI's interviewer spørger, om det er noget, de er parate til, når de – som de lige har beskrevet – står i en presset situation med stress og travlhed. Svaret er klart ja: Det er noget, de gerne vil bidrage til, også selv om de i øvrigt er pressede.

### Hverdagsrehabilitering i fremtiden

Fredericia Kommune har i forskellige sammenhænge overvejet, om "Hverdagsrehabiliteringen" skulle opløses og arbejdet med hverdagsrehabilitering af nye borgere overføres til den almindelige hjemmepleje. Det var sådan, projektet oprindeligt var tænkt: "Hverdagsrehabiliteringen" blev etableret for at udvikle og afprøve nye arbejdsmetoder og samarbejdsformer – ikke for at skabe en permanent anderledes indgang til hjemmeplejen.

I efteråret 2010 er status, at Hverdagsrehabiliteringen er blevet del af den daglige drift som Fredericia Kommunes tilbud til de borgere, der søger hjemmehjælp og vurderes at have rehabiliteringspotentiale. Samtidig arbejdes der i forbindelse med projekt Trænende Hjemmehjælp med implementering af en justeret model for hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmepleje. DSI spørger ved interview ind til medarbejdere og ledes holdninger til den model, hvor alle nye borgere med rehabiliteringspotentiale visiteres til et specialiseret tilbud om Hverdagsrehabilitering udført af Hverdagsrehabiliteringen – set i forhold til den mulige fremtidige model, hvor tilbuddet om Hverdagsrehabilitering af nye borgere leveres af den almindelige hjemmepleje.

Det er den samlede tilbagemelding, at der er så store fordele ved den nuværende model, at den ønskes opretholdt.

Den specialisering, der er opnået i Hverdagsrehabiliteringen, forventes ikke kunne blive leveret i den almindelige hjemmepleje. Samtidig anses det for at være en fordel og løftestang for arbejdet med Trænende Hjemmehjælp, at der er og findes en specialiseret enhed.

DSI har ved samtlige interview spurgt ind til, hvordan den overordnede model for Hverdagsrehabilitering, der anvendes i Fredericia Kommune, fungerer. Det er lederes og medarbejderes samlede oplevelse, at "Fredericia Modellen" – hvor en specialiseret enhed bestående af 3 terapeuter og 12 hjemmetrænere arbejder med rehabilitering af nye borgere med rehabiliteringspotentiale – fungerer godt. De mener samtidig, at den nuværende enhed har en størrelse og bemanding, der passer godt til en kommune som Fredericia.

Medarbejdere og ledere er også enige om, at det standardiserede ergoterapeutiske evalueringsredskab COPM er et godt og funktionelt udgangspunkt for arbejdet med hverdagsrehabilitering. De fremhæver det som en væsentlig pointe, at borgeren er med til at vælge og opstille de mål, der skal arbejdes efter. Det sikrer opbakning og velvilje fra borgernes side – og medarbejdere såvel som ledere oplever, at det er et *godt tilbud*, borgerne får.

Den overordnede udformning af Fredericia Modellen for Hverdagsrehabilitering vurderes på denne baggrund som vel fungerende. De udfordringer, der er, knytter sig til kontroverserne mellem leder og medarbejder i Hverdagsrehabiliteringen, samarbejdet mellem Hverdagsrehabiliteringen og Visitationen, samt til samarbejdet mellem terapeuter og hjemmetrænere i Hverdagsrehabiliteringen.

Angående kontroverserne i Hverdagsrehabiliteringen fremgår det, at medarbejderne er frustrerede og oplever en lav arbejdstilfredshed. Der er sygemeldinger, og planlægningen fungerer ikke så effektivt, som den gør i andre distrikter. For at

sikre et effektivt arbejde med hverdagsrehabilitering i fremtiden er det vigtigt, at der findes en løsning på de lokale problemer. De har intet med Hverdagsrehabilitering at gøre, men konkret på undersøgelsestidspunktet fungerer de som barrierer for realisering af det potentiale, der ellers er i konceptet. Det er svært for medarbejderne at finde overskud til at rehabiliterer, når de er frustrerede over de organisatoriske problemstillinger.

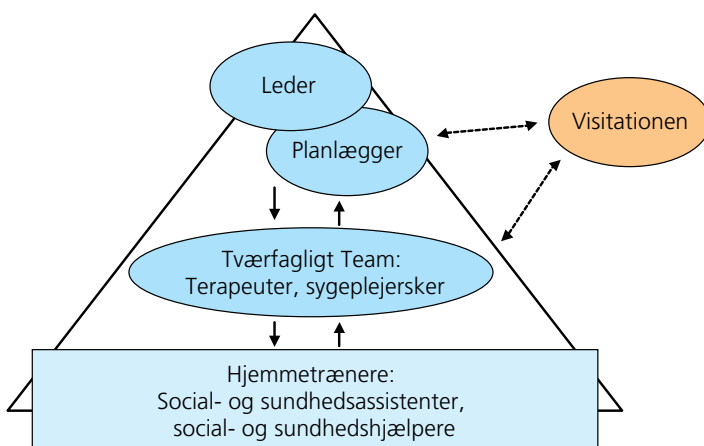
Omkring samarbejdet med visitationen fremgår det, at der bør arbejdes på at reetablere en fælles forståelse mellem visitatorer og terapeuter/hjemmetrænere om, hvilke borgere det er relevant at visiterer til hverdagsrehabilitering. Omlægningerne i visitationen har haft konsekvenser for samarbejdet, og det gode og velinstitutionaliserede samarbejde, der sås inden omlægningerne, bør reetableres gennem struktureret dialog om, hvilke borgere der bør visiteres til hverdagsrehabilitering – og hvilke borgere der ikke bør.

Angående samarbejdet mellem terapeuter og hjemmetrænere og mellem hjemmetrænere indbyrdes fremgår det, at der med fordel kan arbejdes på at reetablere de veldefinerede og velfungerende borgerteams, der fandtes i projektets opstartsfasen, og hvor én ansvarlig terapeut (evt. sygeplejerske) samt 1-2 ansvarlige hjemmetrænere (helst 2) løbende diskuterer, hvordan arbejdet hos den enkelte borger bedst tilrettelægges. De overordnede fysiske og organisatoriske rammer bør understøtte dette samarbejde ved dagligt lokale- og ledelsesfællesskab samt ved god og effektiv planlægning af hjemmetrænerens arbejde. Det er en fordel, at terapeuterne har et eget kontor med en dør at lukke. Men det er ikke en fordel for samarbejdet om hverdagsrehabilitering, at de er del af det lokale Genoptræningscenter.

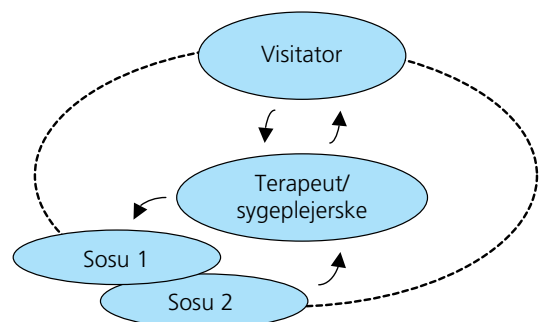
Figur 5 tegner den anbefalede organisationsstruktur.

Figur 5. Anbefalet organisationsstruktur

### Driftsorganisationen



### Borgerteamet



# 4 Trænende Hjemmehjælp i praksis

Når Hverdagsrehabilitering ved hjælp af projekt Trænende Hjemmehjælp skal udbredes til den almindelige hjemmehjælp, så skal det fra § 86 (uden krav om frit valg) til § 83 (med krav om frit valg). Det skal fra nye borgere med rehabiliteringspotentiale til borgere, der i årevis har modtaget hjemmehjælp – og det skal fra en ny organisation med nyansatte medarbejdere til en gammel organisation med fasttømrede rutiner og incitamentssystemer.

I dette kapitel giver vi først en generel analyse af den almindelige hjemmehjælp på baggrund af observation og interview. Bagefter stilles skarpt på de ændringer, der er indført i forbindelse med projekt Trænende Hjemmehjælp – og den betydning de har haft i praksis. Endelig diskuteres det, hvordan der i fremtiden kan arbejdes med at udbrede hverdagsrehabilitering til den almindelige hjemmehjælp.

## Almindelig hjemmehjælp

DSI har i forbindelse med sine evalueringer af arbejdet med Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune studeret social- og sundhedshjælpernes og social- og sundhedsassistenternes arbejde i en række forskellige hjemmehjælpedistrikter. I dette afsnit beskriver vi hjemmehjælpejens organisering, arbejdstilrettelæggelse og økonomi på baggrund af disse observationer og interview. Beskrivelserne giver væsentligt indblik i hjemmehjælpejens arbejdskultur og incitamentsstruktur – og dermed for den kontekst, som Trænende Hjemmehjælp skal implementeres i.

## Hjemmehjælpejens organisering

Hjemmehjælpejen i Fredericia Kommune er organiseret med afsæt i en bestiller/udfører model, hvor det er Visitationen, der afgør, om en given borger er berettiget til at modtage hjælp i hjemmet – og hvor hjælpen alt efter borgerens ønske både kan leveres af offentlige og private udbydere.

DSI har besøgt to kommunale hjemmehjælpedistrikter i Fredericia Kommune i forbindelse med denne evaluering. Begge er udedistrikter og består af en distriktsleder, to planlæggere, ca. seks sygeplejersker, ca. seks social- og sundhedsassistenter og ca. tredive social- og sundhedshjælperne.

*I det ene distrikt* er social- og sundhedsassistenterne del af sygeplejerskegruppen, og de to planlæggere har ansvar for henholdsvis sygeplejegruppen og hjælpergruppen. Distriktet er samtidig opdelt i tre geografisk definerede undergrupper med to sygeplejersker, to social- og sundhedsassistenter og ca. ti social- og sundhedshjælperne i hver.

*I det andet distrikt* er social- og sundhedsassistenterne del af hjælpergruppen, og sygeplejerskerne har reference ud af huset (til lederen af aften/nat). De to planlæggere har ansvaret for hver sin geografisk definerede undergruppe af social- og sundhedshjælperne/social- og sundhedsassistenter, og der er faste sygeplejersker tilknyttet hver gruppe.

Begge distrikter har ansvaret for levering af personlig hjælp (§ 83) i dagtiden til de borgere, der er bosat i distriktet, og som har ønsket at anvende den kommunale hjemmehjælp.

Praktisk hjælp er centraliseret under egen ledelse, og det samme er aften/nat.

## Arbejdstilrettelæggelsen i hjemmehjælpejen – fra pakke til praksis

Den proces, der går i gang, når en borger henvender sig til Fredericia Kommune med anmodning om personlig eller praktisk hjælp i hjemmet, er, at der udpeges en ansvarlig visitator, som foretager en vurdering af, hvilken form for hjælp borgeren er berettiget til.

Hjælpen bestilles herefter i den offentlige eller private hjemmehjælp i form af en "pakke" – en sammenkobling af opgave og tid, fx "personlig pleje ½ time/dag" eller "bad ½ time/uge".

Det, der sker, når Visitationen sender besked til et givet distrikt om, at en borger er tildelt den og den ser-vicepakke er, at planlægger "pakker pakken op". Hermed forstås, at planlægger læser og forholder sig til, hvilken type af borger, der er tale om, og afsætter en given mængde tid i en hjælpers køreliste til at løse opgaven.

*Kørelisten* er alt bestemmende for social- og sundhedshjælpernes arbejde i den forstand, at den præciserer, hvilke opgaver der skal løses i løbet af en dag. Tabel 3 (næste side) viser et eksempel på en køreliste hentet fra et af de distrikter, hvor DSI foretog observation (den almindelige hjemmehjælp).

Det fremgår af tabellen, at NN navngiven medarbejder på DD navngiven dag skal besøge XX navngivne borgere. Hver borger er allokeret et specifikt tidspunkt, fx kl. 09:15-09:40, samt en given ydelse, fx C2 Pleje 2, hvortil der typisk er knyttet en bemærkning, fx "OBS ring ankomsttidspunkt. Hjælp til bad, påklædning og morgenmad".

Det, der sker, når social- og sundhedshjælperne møder ind om morgenen kl. 07.00, er, at de hurtigt scanner deres kørelister (hvis de ikke allerede har gjort det hjemmefra via deres håndholdte computere) og danner sig overblik over, hvilke opgaver der skal løses. Planlæggeren fremlægger dagens beskeder, fx at bøger XX skal være klar til at blive hentet kl. 08.00 eller at borger YY skal til lægen kl. 10.00 – og er en social- og sundhedshjælper syg, fordeles denne hjælpers opgaver på de øvrige hjælpers lister.

I de grupper, DSI har deltaget i, er det er meget forskelligt, hvor meget social- og sundhedshjælperne bytter borgere. En holdning fra flere planlæggeres side er, at de ikke gider, at social- og sundhedshjælperne bytter, når de nu har brugt så stort et arbejde på at lave kørelisterne. Nogen bytning sker imidlertid. Dels for at tilpasse kørelisten til dagens beskeder og udfordringer, dels for at håndtere de uforudsete hændelser, der sker i løbet af en dag, og hvor en social- og sundhedshjælper fx kan blive så meget forsinket hos den enkelte borger, at hun ikke kan nå de resterende borgere på sin liste. Her er det afgørende, at andre social- og sundhedshjælperne, der hurtigt har kunnet klare deres besøg, kan træde til og dække ind.

**Tabel 3. Eksempel på en køreliste fra distriktet uden Trænende Hjemmehjælp**

Navn	Tidspunkt	Ydelse	Tid	Bemærkninger
A	07.05-07.35	C3 Pleje – 3	30 min	Hjælp til forflytninger. Bruger stålift, 2 personer på besøget. Skal på daghjem. Færdig 08.15
B	07.45-07.50	06.10 Medicingivning	5 min.	Kom 5 stk. Bendoal i seksløber – gives derefter til B på sengekanten, hvor han får 1 sug.
	07-50-08.15	C2 Pleje – 2	25 min.	OBS skal på dagcenter 08.45. Nedre hygiejne i sengen, støttes med resten på badeværelset, barberes i køkkenet. Der lægges nattøj + pants frem på sengen.
C	09.15-09.40	C2 Pleje – 2	25 min.	OBS ring ankomsttidspunkt. Hjælp til bad, påklædning og morgenmad.
D (gift m E)	09.45-10.30	C4 Pleje – 4	45 min.	Nedre pleje i sengen. Smøre ben. Øvre pleje på badeværelset. Hårvask + fodbad efter ønske/behov. Morgenmad: en portion yoghurt, lave 4 kopper kaffe. Medicinæske stilles i køkken og stue.
E (gift m D)	10.35-11.10	C2 Pleje – 2	20 min.	Morgenmad: 1 portion yoghurt. Medicin. Frisk væske i stue og i køkken. Smøre frokost til begge. Opvask affald.
		C2 Pleje – 2	15 min.	BAD
F	12.05-12.50			Hjælp til bad og påklædning på Othello. Badetid fra kl. 12.15-13.15. F er på daghjemmet.
I alt	Borgerrelateret tid: 4.45	Administrativ tid: 0.00	Total varighed: 4.45	

Det fremgår af interview og observation, at de borgere, der figurerer på en given køreliste, får besøg. Den social- og sundhedshjælper, der på sin køreliste har en given borger stående, er entydigt ansvarlig for, at borgeren bliver givet det aktuelle besøg. Det kan og vil hyppigt hænde, at besøget foregår på et andet tidspunkt, end det fremgår af listen, eller at det er en anden social- og sundhedshjælper, der foretager besøget. Men kan hjælperen ikke selv tage et givent besøg, er det hendes klare opgave at sørge for, at en anden social- og sundhedshjælper gennemfører det, eller – i det omfang dette ikke er muligt – at give besked tilbage til planlægger.

Det fremgik ved observation, at social- og sundhedshjælperne kørte ud kl. ca. 07.10-07.30 og kom tilbage kl. ca. 11.00-11.20 – med mindre en borger havde et meget alvorligt, uforudset problem, som de var nødt til at løse på stedet. I perioden fra kl. ca. 11.00-12.00 samledes social- og sundhedshjælperne i grupperummet, hvor de evt. skrev på computeren eller diskuterede konkrete borgere med planlæggeren eller sygeplejersken. På nogle dage var der møder, og på alle dage var der frokost fra kl. ca. 11.30-12.00. Fra kl. 12.00-13.00 kørte social- og sundhedshjælperne ud på ny for at klare 1-4 middagsbesøg. Herefter havde de fleste fri. Enkelte havde dog besøg frem til kl. 15, hvorefter aften/nat tog over.

Det fremgik samtidig ved observation, at der er meget stor forskel på, hvor meget luft der er i den enkelte social- og sundhedshjælperes arbejdsdag – eller med andre ord: hvor travlt den enkelte social- og sundhedshjælper har. Luften opstår, når de opgaver, der fremgår af den justerede køreliste,

kan klares på kortere tid, end der er afsat. Hermed får den enkelte social- og sundhedshjælper tid til rådighed, som hun selv kan prioritere over – tid til at give sig god tid hos den enkelte borger, herunder til at sætte sig ned og drikke en kop kaffe og snakke med borgeren.

Den store forskel i arbejdsbelastningen er en væsentlig udfordring for planlæggeren, fordi de flittige piger – dem der ikke kan lade være med at tage ansvar – risikerer at påtage sig flere opgaver, end de kan holde til på den lange bane. Samtidig er der et potentiale, der i noget omfang kan realiseres, i den øvrige gruppe.

### Økonomi og incitamenter i hjemmeplejen

Noget af det interessante ved kørelisten er de tider, der fremgår. Når planlægger "pakker pakken ud", sker der det, at planlægger foretager en vurdering af, hvor lang tid det vil tage en given social- og sundhedshjælper at gennemføre den skitserede opgave. Det kan være samme mængde af tid, som er allokeret fra visitationen, men det behøver ikke være det. Ofte vil det jf. de interviewede planlæggere være lidt mindre, fx 20 minutter til personlig pleje, hvor pakken er på 30 – hvilket Fredericia Kommune er bevidste om, hvorfor de honorerer distriktet for *leveret tid* og ikke *visiteret tid*.

Den måde, hvorpå social- og sundhedshjælperne i praksis tilrettelægger deres arbejde, betyder imidlertid, at den *leverede tid* jf. kørelisten ikke nødvendigvis er den tid, medarbejderen rent faktisk bruger hos borgeren. Som tidligere nævnt styres social- og sundhedshjælperne i vid udstrækning af den samlede mængde opgaver på den samlede liste. De tager af

sted kl. ca. 07.10-07.30 og kommer tilbage kl. ca. 11.00-11.20 – og de gennemfører de besøg, der står på kørelisterne, hurtigere eller langsommere alt efter hvor travlt de har. Systemet fungerer godt, men det er en illusion at tro, at de tidspunkter, der figurerer i kørelisten, siger noget som helst om, hvornår hjælperen er hos borgeren<sup>4</sup>.

Spørgsmålet er, hvad tiderne så siger noget om. Her fremgår det ved interview, at tiderne i kørelisten er *forhandlede tider* mellem social- og sundhedshjælper og planlægger. Når planlægger sætter en given mængde tid af til en given borger, vil den pågældende social- og sundhedshjælper foretage et eller flere besøg, hvorefter hun vil vende tilbage til planlægger med en angivelse af, om den afsatte tid er realistisk. Nogle gange kommer reaktionen, allerede inden hjælperen har været ude ved borgeren. Typisk vil hun påpege, at der ikke er afsat tilstrækkelig transporttid i forhold til et tidligere besøg, idet det er en stående diskussion, om transporttid er inkluderet eller ekskluderet i de anførte tider. Planlæggeren vil i denne situation typisk respondere, at nu kan hjælperen prøve et par dage og så give en melding, om tiden er realistisk.

De tider, der over tid kommer til at fremgå af en køreliste, er således forhandlet mellem planlægger og plejepersonale. De tager afsæt i planlæggerens typisk noget konservative bud på, hvor meget tid der er behov for, og op- eller nedjusteres på baggrund af tilbagemeldinger fra plejepersonalet. Her er det klart, at plejepersonalet har større tilskyndelse til at forhandle tiderne *op* end til at forhandle dem *ned*, da det giver dem mest muligt frirum i dagligdagen.

DSI har ved interview forsøgt at spørge ind til, hvad plejepersonalet bruger dette frirum til. En væsentlig pointe er her, at en luftig liste er en fleksibel liste – dvs. en liste, der ikke så let vælter, når der sker uforudsete ting. Har en social- og sundhedshjælper en presset liste, er det klart, at der ikke skal meget til, før opgaverne ikke kan nås, og social- og sundhedshjælperen må løbe stærkt for at nå dem. Har social- og sundhedshjælperen en mere luftig liste, er der plads til uforudsete hændelser og til at hjælpe pressede kolleger, så de kan hjælpe hende/ham en anden dag.

En anden væsentlig pointe er, at en luftig liste giver social- og sundhedshjælperne mulighed for at *give omsorg*. Hermed forstås, at social- og sundhedshjælperne kan være der for de ældre og tage udgangspunkt i de ældres behov frem for den konkrete opgave, der skal løses. Social- og sundhedshjælperne fortæller, at hjemmeplejen tit er borgerens eneste kontakt med omverdenen. Det betyder meget for de

4 Det er bl.a. på denne baggrund, at Fredericia Kommune tidligere har gjort forsøg med registrering af direkte borgerrelateret tid ved hjælp af de håndholdte computere, som alle social- og sundhedshjælperne bærer på sig. Ideen var, at medarbejderne via computeren skulle angive, hvornår de gik ind hos en borger – og hvornår de gik ud igen. I praksis glemte medarbejderne tit at angive det eller huskede det midt i et besøg. Registreringerne var til stor irritation for medarbejderne, og de blev opgivet, da de alligevel ikke gav et realistisk billede af, hvornår medarbejderne havde været hos borgerne.

ensomme ældre, at plejepersonalet har tid til at sætte sig ned og snakke.

*Set fra planlæggerens perspektiv* består udfordringen i at fordele de opgaver, der er, på de medarbejdere der er til rådighed. Er der mange opgaver og få medarbejdere, kan det være nødvendigt at presse kørelisterne – hvilket kan gå til en vis grænse, men herefter skaber uro og brok. Færre opgaver til flere medarbejdere giver ro i gruppen og er muligt for planlægger at realisere, så længe leveret tid ikke overstiger visiteret tid. Planlægger er derfor omhyggelig med at sikre, at den tid, der afsættes i kørelisten, ikke overstiger den tid, som enheden honoreres for. Beder medarbejderne om mere tid, bedes de dokumentere, hvad tiden skal bruges til. Dokumentation bruger planlægger som afsæt for en forhandling med visitationen om mere tid – større pakker – om endnu en forhandling, hvor incitamentet *nedefra* er at sikre mest muligt råderum i form af størst mulige pakker, mens incitamentet *oppefra* er ikke at give mere, end det er nødvendigt. En standard frase i denne forhandling er fra visitationens side, at der "både er gynger og karruseller". Det betyder, at nogle borgere vil have behov for mere tid, end de er tildelt, mens andre vil have mindre. Det vigtige er, at det balancerer på sigt.

Antallet af medarbejdere bestemmes principielt set af *distriktslederen*. Distriktets økonomi har i princippet en klar indtægtsside i form af betaling for leveret tid (jf. ovenfor) og en klar udgiftsside i form af udgifter til lønninger. Distriktsleders opgave er at sørge for, at lønningerne ikke overskrider betalingerne for leveret tid – og derfor er det en udfordring, hvis et distrikt får færre opgaver, end de plejer. Det har distrikterne oplevet gennem de seneste år, hvor etableringen af Hverdagsrehabiliteringen samt et fortsat faldende antal borgere, der søger om hjælp og støtte, har betydet, at der måttet afskediges medarbejdere. Det er en konkret bekymring i forbindelse med indførelsen af Trænende Hjemmehjælp, at medarbejdere samt evt. distrikter vil skulle nedlægges. Kommunen har meldt ud, at der ikke skal fyres medarbejdere. Men distriktslederne er usikre på, hvordan det skal kunne lade sig gøre i praksis. De er jo fortsat ansvarlige for distriktets økonomi.

## Trænende Hjemmehjælp

Fredericia Kommune har i perioden 15. marts 2010 – 1. august 2010 afprøvet Trænende Hjemmehjælp i et kommunalt hjemmeplejedistrikt (et udedistrikt). DSI har studeret arbejdet i udedistriktet i august-september 2010, umiddelbart efter Trænende Hjemmehjælp formelt set er implementeret. I dette afsnit følger vi ændringerne i procedurerne fra bestillingen af ydelser i visitationen til det ændrede arbejdsindhold for social- og sundhedshjælperne. Bagefter diskuterer vi terapeuternes rolle og vanskelighederne for Tværfagligt Team.

Det skal indledningsvis bemærkes, at social- og sundhedsassistenterne på undersøgelsestidspunktet i august-september 2010 ikke har fået nye arbejdsopgaver som følge af projektet. De indgår i sygeplejegruppen, og der er endnu kun udpeget sygeplejersker til at deltage i Tværfagligt Team.

## Bestilling af ydelser

I forbindelse med denne undersøgelse har DSI ikke haft mulighed for at observere og interviewe medarbejderne i visitationen om deres arbejde med opstilling af mål i projekt Trænende Hjemmehjælp. Det fremgår imidlertid af interview med lederen af visitationen samt skriftligt materiale, at visitatorerne i forbindelse med projekt Trænende Hjemmehjælp foretager en *revurdering* af samtlige borgere i de medvirkende distrikter.

Revurderingen tager afsæt i et møde i borgerens hjem, hvor visitator i dialog med borgeren opstiller et antal *udviklende* eller *fastholdende* mål for hjælpen – og hvor:

- Et eksempel på et udviklende mål kan være, at borgeren selvstændigt klarer badet
- Et eksempel på fastholdende mål kan være, at borgeren forbliver selvhjulpnen i forbindelse med den personlige hygiejne.

Målene skriver visitator ind i "Borgerens Plan", der er et elektronisk printervenligt skema med tre søjler: mål, handlinger og evaluering – hvor tanken er, at visitator fylder mål ind, mens det er borgerens kontakt-person, der i samarbejde med tværfagligt team skal fylde handlinger på og løbende evaluere borgerens fremdrift.

Visitator bestiller samtidig *udviklende* og/eller *fastholdende* pakker svarende til de mål, der er opstillet i Borgerens Plan. De fastholdende pakker svarer til de pakker, der anvendes i den øvrige hjemmepleje. De udviklende pakker er nye og udviklet specifikt i forbindelse med projekt Trænende Hjemmehjælp. Tabel 4 viser fire eksempler på udviklende pakker.

Tabellen illustrerer, hvordan samtlige udviklende pakker er skåret over en fælles skabelon, i henhold til hvilken opgaven består i at træne borgeren op til at klare en opgave, som hjemmeplejepersonalet ellers skulle hjælpe borgeren med. Der skal i denne forbindelse arbejdes med, at borger inddrages

aktivt, trænes i at udføre opgaven selv, ses på behov for hjælpemidler/metoder til at blive mere selvhjulpnen og arbejdes ud fra målene i borgers plan.

Den mest væsentlige pointe er imidlertid, at de udviklende pakker er større end de almindelige fastholdende pakker. Generelt har det været holdningen, at der skulle gives al den tid, der var ønske om, til udvikling.

## Borgerens Plan

Det er i henhold til forløbsbeskrivelsen for Trænende Hjemmehjælp hjemmeplejepersonalets opgave at arbejde efter Borgerens Plan ved alle besøg i hjemmet. Besøgene udføres med afsæt i de pakker, der er bestilt – og som erstatter eksisterende pakker for de pågældende borgere.

I det distrikt, der har arbejdet med Trænende Hjemmehjælp, har det typisk været sådan, at de nye pakker er tildelt de social- og sundhedshjælpere, der på forhånd har haft en given borger. Det, der således er sket, er, at social- og sundhedshjælperen har fået at vide, at hendes borgere er blevet revurderet, og at hun derfor nu skriftligt skal opstille handlinger i samarbejde med det tværfaglige team og løbende skriftligt evaluere fremdrift i skemaet.

På det tidspunkt, hvor DSI foretager sine observationer (august/september 2010), har de fleste social- og sundhedshjælpere udarbejdet handlinger for deres borgere. Det kniber mere med de løbende evalueringer, som de har fået at vide, at de skal foretage en gang om ugen for de udviklende pakker. Ledere og medarbejdere fortæller ved interview, at det ikke er lige let for alle social- og sundhedshjælpere at skrive. Det at håndtere computeren og formulere sig på skrift kan være endog særdeles vanskeligt for en medarbejdergruppe, hvor flere er ordblinde og mange har valgt faget, fordi det var praktisk og ikke bogligt. Det, at social- og sundhedshjælperne skal lære at være skriftlige og hjælpe hinanden ved computeren, fylder en del ved interview.

**Tabel 4. Fire eksempler på udviklende pakker ( 83)**

Navn	Type	Emne	Tid	Interval	Beskrivelse
U1	Praktisk hjælp	Rengøring	45 min.	1 gang/uge	Optræning i at klare opgaverne omkring rengøring af hjemmet. Der arbejdes med, at borger inddrages aktivt, trænes i at udføre opgaven selv. Der ses på behov for hjælpemidler og metoder til at blive mere selvhjulpnen. Der arbejdes ud fra målene i borgers plan.
U2b	Praktisk hjælp	Tøjvask (fælles vaskeri)	40 min.	1 gang/uge	Optræning i at klare opgaverne omkring tøjvask i fælles vaskeri. Der arbejdes med, at borger inddrages aktivt, trænes i at udføre opgaven selv. Der ses på behov for hjælpemidler og metoder til at blive mere selvhjulpnen. Der arbejdes ud fra målene i borgers plan.
U5	Personlig pleje	Bad	30 min.	Op til 7 gange/uge	Optræning i at klare brusebadet selv. Der arbejdes med, at borger inddrages aktivt, trænes i at udføre opgaven selv. Der ses på behov for hjælpemidler og metoder til at blive mere selvhjulpnen. Der arbejdes ud fra målene i borgers plan.
U6	Personlig pleje	Daglig hjælp, 1 besøg	40 min.	Alle ugens dage	Optræning i at klare personlig pleje selv. Der arbejdes med, at borger inddrages aktivt i opgaverne omkring at blive vasket, få tøj af og på, at få anrettet måltider, at få tilstrækkeligt med væske og ernæring, at få ryddet væk efter måltider, at komme i og af sengen mv. Der ses på behov for hjælpemidler og metoder til at blive mere selvhjulpnen. Der arbejdes ud fra målene i borgers plan.

DSI har indhentet Borgerens Plan for de borgere, vi var med på besøg hos. Et eksempel er angivet i Tabel 5 til illustration.

**Tabel 5. Eksempel på en Borgerens Plan fra Distriktet med Trænende Hjemmehjælp**

Navn	Handling	Evaluering
7-5-2010 At NN selv bliver i stand til at tage bad.	17-5-2010 SSH køber en børster, vil støtte NN i selv at udføre ryggevasken.	19-5-2010 NN er selvhjulpen i badesituationen.
7-5-2010 At NN dagligt får støttestrømper på tidligt på dagen.	19-5-2010 Social- og sundhedshjælper med at give støttestrømper på.	11-6-2010 NN har ikke kræfter til selv at tage støttestrømper på.
7-5-2010 At NN får vasket tøj i vaskekælder.	19-5-2010 Social- og sundhedshjælper NN med at bære vasketøj ned. Hun vasker selv tøjet.	27-5-2010 NN har selv båret vasketøj ned. Det gik godt.
7-5-2010 At NN oplever, at hjemmet er rent.	1-6-2010 Rengøringsassistent kommer og gør rent hver 14. dag. NN deltager ikke i rengøringen.	
19-5-2010 At NN selv bliver i stand til at vaske tøjet i vaskekælder.	27-5-2010 Social- og sundhedshjælper NN med at lære vaskemaskinen i vaskehuset at kende. Hun skal lære at bruge vaskekortet.	11-6-2010 NN bærer selv vasketøj ned af trapperne. Hun har svært ved at finde ud af at bruge vaskemaskinen.
26-7-2010 Får støttestrømper på dagligt.	26-07-2010 Hun finder dem frem til os om morgenen og får hjælp til at få dem på. Får hjælp om aftenen til at få dem af.	
26-7-2010 At hun fortsat kan deltage i at vaske tøj sammen med os.	26-7-2010 NN bærer selv vasketøj ned af trapperne. Hun har svært ved at finde ud af at bruge vaskemaskinen i vaskehuset. Vi social- og sundhedshjælper hende med at bestille tid til næste gang og få maskinen i gang.	
26-7-2010 At NN selv tørrer støv af, vander blomster og andre små praktiske opgaver.	26-7-2010 Rengøringsassistent kommer og gør rent hver 14. dag. NN deltager ikke i rengøringen, og opfordres til at hjælpe med de små opgaver.	

Det fremgår Tabel 5, at de mål, visitator har opstillet for denne borger, handler om, at borgeren selv bliver i stand til at tage bad, at borgeren dagligt får støttestrømper på tidligt på dagen, at borgeren får vasket tøj i vaskekælderen, og at borgeren selv tørrer støv af, vander blomster og andre små praktiske opgaver og i øvrigt oplever, at hjemmet er rent.

De handlinger, som social- og sundhedshjælperen har sat på, er indkøb af hjælpemidler til bad og støtte af borgeren i selv at klare badet, hjælp til støttestrømper, hjælp med at bære vasketøjet ned (borger vasker selv tøjet) og opfordringer til selv at tørre støv af, idet rengøringsassistenter kommer og gør rent hver 14. dag.

Evalueringer er der forholdsvis få af, men det fremgår efter 14 dage til en måned, at borgeren er selvhjulpen i badesituationen, at borger ikke har kræfter til selv at tage støttestrømper på, samt at borger selv har båret vasketøj ned, og at det gik godt.

Herefter følger reviderede mål fra visitator om, at borger får støttestrømpe på dagligt, fortsat kan deltage i at vaske tøj sammen med hjemmehjælperne, selv tørrer støv af, vander blomster og andre små praktiske opgaver samt selv bliver i stand til at vaske vasketøjet i vaskekælder.

Nye handlinger er, at borger finder støttestrømperne frem til medarbejderne i hjemmeplejen om morgenen og får hjælp til at tage dem på (om morgenen) og tage dem af (om aftenen). Borgeren skal selv bære vasketøjet ned ad trapperne, men hun har svært ved at finde ud af at bruge vaskemaskinen, hvorfor de hjælper hende med at bestille tid til næste gang og få maskinen i gang.

Vedrørende målet "at få støttestrømper på dagligt" og handlingen "hun finder dem frem til os om morgenen og får hjælp til at få dem på – får hjælp om aftenen til at få dem af" har social- og sundhedshjælperne desuden anført, at det "klarer borger selv".





punkt, hvor visitator foretager sit besøg, ved hjælp af en rol-lator. Visitator har i samarbejde med borgeren opstillet mål om, at borgeren med let hjælp skal kunne klare den person-lige hygiejne, selv skal kunne gå ned med skraldeposen og selv skal kunne færdes i nærmiljøet. Da vi er der, går borgeren selv ud på badeværelset, hvor hun hurtigt ved hjælp af let rådgivning fra social- og sundhedshjælperen klarer den person-lige hygiejne. Hun har ikke energi til selv at gå helt ned med skraldespanden (de bor på 2. sal), men træner trapperne til postkassen. Social- og sundhedshjælperen forklarer, at bor-geren skal smertereguleres bedre, før den egentlige træning med affald og færden i nærmiljøet kan påbegyndes. Hun er imidlertid positivt forventningsfuld til de resultater, som bor-geren kan nå, fordi den ældre dame selv er meget stærkt indstillet på at genvinde sin evne til selv at kunne klare sig i hverdagen. Da vi går, beder damen os tage skraldet med ned – hvad social- og sundhedshjælperen gør, selv om damens mand er til stede i lejligheden og i princippet udmærket kun-ne bære skraldeposen ned ad trapperne.

Kvantitative opgørelser bekræfter, at projektet har gjort en forskel for en række borgere. Da projektet gik i gang, var der tvivl om, hvor meget det ville være muligt at opnå med borgere, der i længere tid havde været tilknyttet hjemmeple-jen. De foreløbige resultater har imidlertid været overrasken-de gode. En intern opgørelse (7) for perioden 15. marts 2008 – 1. august 2008 peger således på, at ca. 10 % af borgerne i prøvedistriktet efter 4½ måneds prøveperiode helt eller del-vist har kunnet afsluttes fra den almindelige hjemmepleje. Ca. 3,5 % er afsluttet til ingen hjælp, og ca. 6,5 % er afsluttet til mindre hjælp, end de ellers ville have fået.

### Stort fortsat potentiale

Samtidig med at der er nået flotte resultater i projektet, er det en væsentlig pointe, at der er et stort urealiseret potentiale, som kan høstes – forudsat at projektet ikke stopper, men fort-sætter som tydeligt indsatsområde.

Konklusionen om, at der er et stort urealiseret poten-tiale i projektet, som kan høstes i fremtiden, følger af, at den social- og sundhedshjælper, som DSI observerede, er særligt udvalgt til at fremvise projektets flotte resultater. Hun er en af de medarbejdere, som ikke bare har modtaget det to dages teorikursus, der blev givet til alle medarbejdere som opstart på projekt Trænende Hjemmehjælp, men også har deltaget i det fire uger lange AMU-kursus med fokus på rehabilitering, som blev givet til særligt udvalgte medarbejdere (2-4 fra hvert distrikt). Social- og sundhedshjælperen er samtidig eksempel på en medarbejder, der har mange borgere med udviklende pakker og gode resultater – og den pågældende dag fortæl-ler hun, at hun (til ære for DSI) fået flere borgere med udvik-lende pakker og gode resultater på kørelisten, end hun ellers ville have haft.

Det interessante er i denne kontekst det *potentiale*, der fortsat var hos de borgere, vi besøgte. Det gjaldt samtlige de borgere, der før er nævnt, og for hvem arbejdet med Træ-nende Hjemmehjælp ingenlunde var afsluttet. Der er således ingen tvivl om, at den ældre dame med støttestrømperne,

vasketøjet og rengøringen over tid vil blive i stand til at klare tøjvasken samt dele af rengøringen selv. Den ældre herre med rullestolen vil blive i stand til selv at rede sengen og smøre sin mad til frokost. Og den ældre dame med trappen, affaldspo-serne og den stillesiddende mand vil overtage stadig flere op-gaver i huset.

Mindst lige så interessant er imidlertid en anden gruppe af borgere, som ikke var tildelt udviklende pakker. Vi kom ud fra flere borgere og diskuterede, hvorfor de egentlig havde hjælp til opvask og morgenmad? Der kunne naturligvis være gode grunde, som vi ikke kunne vurdere. *Som vi så det*, var der imidlertid masser af potentiale til videre udvikling – særligt i tilfælde, hvor borgere i en periode havde været dårlige og på denne basis var blevet tildelt ekstra hjælp, men senere havde vist sig at blive bedre, hvorefter hjælpen var fortsat.

Opfattelsen af, at der fortsat er potentiale i Trænende Hjemmehjælp, deles af Tværfagligt Team, der bl.a. diskuterer, hvordan det vil være relevant at igangsætte en ny runde med revurdering af borgerne. For Tværfagligt Team er det vigtigt at finde metoder til at fastholde projektet, så det ikke bliver et projekt, der afsluttes, hvorefter hjemmeplejepersonalet siger "pyha, det var det" og alt vender tilbage til det gamle. Projek-tets fokus, der hele tiden analytisk vurderer, hvordan borgeren bedst kan hjælpes til at klare mest muligt selv og tilrettelægger hjælpen derefter, er nyt og radikalt anderledes for hjemmeple-jepersonalet, og uden vedvarende fastholdende drivkraft vil de gamle rutiner hurtigt tage over.

Som "barrierer" for realisering af dette udviklingspoten-tiale fremhæver Tværfagligt Team, at mange social- og sund-hedshjælpere er af den opfattelse, at det ikke er noget nyt, men det de allerede gør, samt at det er synd for borgerne at tage opgaver fra dem, som de har fået i længere tid. Disse opfattelser bekræftes ved interview med den brede gruppe af social- og sundhedshjælpere fra prøvedistriktet, som fortalte, at Trænende Hjemmehjælp ikke var noget nyt, men det, de altid havde gjort.

Samtidig fremgik det ved observation, at den social- og sundhedshjælper, der var særligt udvalgt til at vise projektets flotte resultater til DSI, dagligt redte seng hos en borger (fordi man ikke kunne tage det hele fra ham på én gang) og gav omsorg og samtale, der strakte sig langt ud over det bad, borgeren var visiteret til (fordi hun var så ensom og blev så glad, når man havde tid til at sætte sig ned). Social- og sund-hedshjælperen var dygtig og skabte flotte resultater, men hun var stadig bærer af den kultur, som Trænende Hjemmehjælp er oppe imod. For den er kerneydelsen omsorg, og der er in-gen tvivl om, at omsorg bliver efterspurgt. Udfordringen be-står i at komme om på den anden side – for social- og sund-hedshjælperen såvel som borgeren – og se, at det også kan give glæde at afslutte. Det havde denne social- og sundheds-hjælper oplevet, hvorfor hun også havde mod på at afslutte flere. Men hun var næppe repræsentativ for den samlede gruppe.

Det, at denne social- og sundhedsmedarbejder ikke er repræsentativ for den samlede gruppe, er særdeles interes-sant, fordi det indikerer, at der fortsat i Trænende Hjemme-

hjælp, er rum til at realisere flere resultater. Udviklingen er spændende – og kun lige begyndt.

### Terapeuternes arbejde

I det distrikt, der har gjort forsøg med Trænende Hjemmehjælp, er der tilknyttet to terapeuter (en fysioterapeut og en ergoterapeut) til "sparring" med social- og sundhedshjælperne og deltagelse i "tværfagligt team".

Det fremgår imidlertid, at de to terapeuter har haft vanskeligt ved at finde deres plads i projektet. De fortæller, at da de ankom til distriktet, var der ikke rigtig nogen, der vidste, hvad de skulle bruges til. De fik over tid og i samarbejde med planlægger udviklet et skema, hvor planlægger kunne sætte borgere, der var blevet revurderet, på, så terapeuterne kunne tage med hjemmeplejepersonalet ud til disse borgere og drøfte med dem, hvordan de kunne gribe det rehabiliterende arbejde an. Terapeuterne følte imidlertid, at hjemmeplejepersonalet oplevede det, som om de "kiggede dem over skuldrene" og gik ind og var kritiske overfor det arbejde, de udførte – og som de havde udført i mange år. Samtidig havde terapeuterne haft store diskussioner med nogle af social- og sundhedshjælperne, som "havde så store hjerter" og virkelig "syntes det var synd!", når terapeuterne fx pludselig ville lære borgeren selv at vaske op.

Terapeuterne fortalte, at det var blevet bedre over tid, men det var fortsat sådan, at den ene terapeut "ikke kunne få armene ned" en dag, hvor en social- og sundhedshjælper *frivilligt* kom og spurgte, om hun ville med ud til en borger.

Ved observationsstudierne i august-september 2010 var samtlige borgere revurderet, og trænende hjemmehjælp skulle overgå fra "implementering" til "almindelig drift". Terapeuterne diskuterede i denne forbindelse, hvad deres rolle i trænende hjemmehjælp fremadrettet skulle være. De var enige om, at de ville få behov for mindre tid og foreslog 9 timer pr. terapeut pr. uge (lederen af distriktet ville gerne have, at de var der mere, fordi hun mente, at de havde en positiv indvirkning på personalet, idet de mindede personalet om, at de skulle rehabiliteres). Samtidig diskuterede de, hvordan tværfagligt team kunne indarbejde nogle rutiner for opfølgning, så de besøgte og gjorde status på distriktets borgere. De var enige om, at der lå et stort (uoverskueligt) arbejde i at komme igennem samtlige borgere, men anså det for vigtigt at følge op, fordi hjemmeplejepersonalet hurtig faldt tilbage i gamle rutiner, og de havde hørt flere af dem snakke om, at "nu var projektet heldigvis snart slut".

DSI konfronterede ved interview terapeuterne med det dilemma, der lå i, at de på den ene side ønskede mindre tid og på den anden side oplevede, at de opgaver, der var relevante og vigtige, var uoverskuelige. Det kunne de godt se. Imidlertid var det klart for begge terapeuter, at de skulle ned i tid, hvis de skulle fortsætte arbejdet i distriktet. Den ene havde fået tilbud om en ny funktion, som krævede, at hun enten skar i sine timer i Trænende Hjemmehjælp eller Genoptræningscenteret – og da hun ikke var villig til at skære i sine timer i Genoptræningscenteret, blev det nødvendigvis Træ-

nende Hjemmehjælp, der måtte lægge for. Den anden orkede i et eller andet omfang bare ikke mere.

### Fremtiden for Tværfagligt Team – nye opgaver for social- og sundhedsassistenterne

Som løsning på den udfordring, at der på undersøgelsestidspunktet i august-oktober 2010 var flere opgaver for Tværfagligt Team, end terapeuterne oplevede at kunne løse, diskuterede de nye roller for social- og sundhedsassistenterne. I det distrikt, hvor der er gjort forsøg med Trænende Hjemmehjælp, havde der været etableret et Tværfagligt Team bestående af visitatorer, sygeplejersker og terapeuter – på linje med det Tværfaglige Team, der i år 2008 var etableret i hverdagsrehabiliteringen. Opgaven for teamet havde ikke været veldefineret, men det fremgik klart ved interview og observation, at teamet havde taget projektansvar og fx havde gennemgået samtlige borgere for at sikre, at social- og sundhedshjælperne havde udviklet handlingsplaner og evalueret.

På tidspunktet for evalueringen var det netop besluttet at skifte en af to sygeplejersker i teamet ud med en social- og sundhedsassistent. Det var samtidig besluttet, at teamet på ny skulle gennemgå samtlige borgere for at sikre, at der fortsat skete progression og udvikling. Teamet lavede en vagtplan, så der fire dage om ugen var en fra teamet (en fysioterapeut, en ergoterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent) til rådighed for social- og sundhedshjælperne, hvis de havde spørgsmål eller borgere, som de ønskede at have teamet med ud til.

Der var ikke på undersøgelsestidspunktet nogen konkrete erfaringer med at have social- og sundhedsassistenterne som del af Tværfagligt Team. Forventningen var imidlertid positiv fra alle sider, herunder både fra social- og sundhedsassistenterne selv og deres ledere og samarbejdspartnere (distriktsledere, sygeplejersker, terapeuter).

### Fokus i enheden

En særlig ting, DSI bemærkede i det distrikt, der havde indført Trænende Hjemmehjælp, var fokus på gruppens møder. DSI observerede dels de daglige morgen- og frokostmøder, dels et gruppemøde i én af de tre hjemmeplejegrupper, der var i distriktet. Her var det slående, hvor lidt dialogen handlede om rehabilitering. Der er ingen, der drøftede fremskridt og borgere, som kunne afsluttes. I stedet drøftedes medicin og borgere, der havde det bedre eller dårligere. Social- og sundhedshjælperne sparrede naturligt med sygeplejerskerne, når der var noget, de var i tvivl om – og på de ugentlige gruppemøder var det sygeplejerskerne samt planlæggeren, de refererede ind til. Der deltog en terapeut på mødet, og den dag, DSI var på besøg, forsøgte terapeuten at spørge ind til, hvordan det gik med et par konkrete borgere. Det var imidlertid ikke noget, der vakte større genklang i gruppen, og dialogen faldt hurtigt tilbage til spørgsmål og svar fra social- og sundhedshjælperne til gruppen/planlæggeren/sygeplejersken.

Ved interview med lederen af distriktet spurgte DSI, om de ikke fejrede succes og fremgang? Distriktslederen svarede nej, og at det var med vilje, fordi hun ikke havde ønsket, at

projektet skulle få karakter af et nedskæringsprojekt. Der havde blandt medarbejderne været stort fokus på, om projektet ville indebære nedskæringer – både overfor borgerne, for det syntes de var synd – og overfor medarbejderne. I princippet, når medarbejderne skar ned på ydelserne, gjorde de jo sig selv arbejdsløse! Lederen af distriktet fortalte, at det i den forbindelse havde været vigtigt, at lederen af Pleje og Sundhed havde været nede og deltage på et møde, hvor hun havde gjort det 100 % klart, at der ikke ville blive fyret medarbejdere som følge af projektet. Lederen vidste ikke, om det kunne lade sig gøre at undgå, men hun fortalte, at hun vil bestræbe sig på, at de nødvendige personalereduktioner ske i form af naturlig afgang eller ved at sende medarbejderne på kursus.

Vi diskuterede ved interview med lederne fra Hverdagsrehabiliteringen, distriktet med Trænende Hjemmehjælp og distriktet uden Trænende Hjemmehjælp, hvordan det var en væsentlig udfordring at håndtere medarbejdernes frygt for at gøre sig selv arbejdsløse som en del af projektet. Vi diskuterede også, hvordan det er vigtigt at sikre, at distriktslederen inddrages i projektets implementering og tager lederskab for såvel terapeuter som det samlede tværfaglige team. Oplevelsen er, at projektet i sin første pilotfase er blevet implementeret fra siden, ved siden af distriktslederen. Det opleves ikke som hensigtsmæssigt i det fremtidige arbejde.

### Kurser og sidemandsoplæring

Der har været to forskellige uddannelsesstilbud til social- og sundhedshjælperne i det distrikt, der har arbejdet med Trænende Hjemmehjælp. Dels er enkelte medarbejdere tilbudt et fire ugers AMU-kursus, dels er samtlige medarbejdere tilbudt et to dages introduktionskursus samt sidemandsoplæring ved et rejsehold bestående på to medarbejdere fra Hverdagsrehabiliteringen.

Alle de ledere og medarbejdere, vi interviewer, giver udtryk for, at det to dages introduktionskursus har været godt. Her har der dels været oplæg ved sundhedsdirektøren, der har fortalt om, hvorfor de skulle i gang med projektet, dels været oplæg ved medarbejderne fra Hverdagsrehabiliteringen, der har fortalt om deres arbejde. Om eftermiddagen på dag to havde de købt et tilbud om teamsamarbejde fra det lokale kursuscenter, men det havde vist sig at være for generelt, og i næste omgang vil de bruge tid på noget mere konkret, fx gennemgang af konkrete borgercases. Ideen med et to dages opstartskursus for alle medarbejdere vurderer de imidlertid har været god – og noget de vil gentage, blot har det været en skam, at medarbejderne efterfølgende skulle vente på, at borgerne blev revurderet. En anden gang vil det være en fordel, hvis de medarbejdere, der har været af sted på kursus, med det samme kan komme i gang med en revurderet borger.

Det fire ugers AMU-kursus er modtaget forskelligt af de medarbejdere, der har deltaget i det. Vi møder i alt tre medarbejdere, der har været af sted. Der synes at være en tendens til, at disse medarbejdere er mere indstillet på og gerne vil arbejde rehabiliterende end de øvrige – at de i større omfang

har "købt ideen" om den rehabiliterende tankegang. Omvendt er det imidlertid også klart, at udbyttet af kurset kunne have været større. En medarbejder, der både har deltaget på kurset og været udvekslet til Hverdagsrehabiliteringen, fortæller, at kurset da "var meget hyggeligt" og at de "lærte at danse Zumba", men at det ikke var meget konkret, de fik ud af det. Var det hende, der skulle bruge ressourcerne, ville hun langt hellere sende medarbejderne over i hverdagsrehabiliteringen og gå med som føl på hjemmetrænerne. Det var en øjenåbner og praktisk læring, som kunne bruges til noget.

Vi har ved interview samlet de fire medarbejdere, der har været udvekslet mellem Hverdagsrehabiliteringen og Trænende Hjemmehjælp. De fortæller, at der har været stor forskel på, hvordan de er blevet brugt.

*De to hjemmetrænere*, der har været i alt tre måneder i det distrikt, der skulle implementere trænende hjemmehjælp, fortæller, at planlæggeren i distriktet har været rigtig god til at holde dem fri, så de kunne tage med social- og sundhedshjælperne ud til deres borgere. Hvis der har været travlt, har de hjulpet og haft deres egne borgere, men i det omfang det har været muligt, har planlæggeren holdt dem fri, så de kunne tage med deres kolleger ud. Lederen har samtidig været rigtig god til at lancere dem som "eksperter" – sige til social- og sundhedshjælperne, at de skulle bruge dem, mens de var der. Og de føler, at de i stort omfang er blevet brugt. Når social- og sundhedshjælperne har været i tvivl om, hvad de skulle gøre med en given borger, har de spurgt om råd, og om de ikke kunne tage med ud og se. Det har fungeret godt – og de har syntes det var sjovt. Næste gang et andet distrikt skal implementere Trænende Hjemmehjælp, er de parate til at rykke ud og hjælpe igen.

*De to social- og sundhedshjælperne*, der har været i alt tre måneder i Hverdagsrehabiliteringen, fortæller, at de ikke har fået så meget ud af det, som de kunne have fået. Problemet var, at de fik deres egne borgere fra dag 1 – og så skulle de selv gætte sig til, hvad de skulle gøre. Det havde været bedre, hvis der havde været afsat tid til, at de kunne følges med en af hjemmetrænerne i en oplæringsperiode og så først langsomt derefter gives deres egne borgere. Set i forhold til det fire uger lange AMU-kursus er de to medarbejdere imidlertid ikke i tvivl om, hvad man får mest ud af. Det er den praktiske læring på jobbet, der batter. Det er deres forslag, at AMU-kurset standses, og medarbejderne i stedet gives en uge eller to i hverdagsrehabiliteringen, måske efterfulgt af en periode, hvor den hjemmetræner, de har fulgt med herude, tager med dem hjem og besøger deres borgere. Det ville som tilbud være langt mere værd, hvis den rehabiliterende tanke skulle implementeres.

DSI's interviewer spørger ved interview i Hverdagsrehabiliteringen, hvad medarbejderne ville sige til, at de på denne måde skulle have kolleger fra den almindelige hjemmepleje med som føl. Tilbagemeldingen er klar, at det vil de meget gerne – rigtig gerne – også selv om de på tidspunktet for interview er presset med travlhed. Det fremgår klart, at de er stolte af deres arbejde og kompetencer og meget gerne vil lære fra sig.

Da DSI vender ideen med lederne i Pleje og Sundhed, er det besluttet at standse AMU-kurset. Økonomisk er det imidlertid ikke lige simpelt at konvertere det til sidemandsoplæring med afsæt i Hverdagsrehabiliteringen, da der ikke gives statsligt tilskud til dette.

### Medarbejdertilfredshed

Det fremgår ved interview, at tilfredsheden med arbejdet som terapeut og social- og sundhedsmedarbejder i Trænende Hjemmehjælp ikke er højere, end den er i den almindelige hjemmepleje/på Genoptræningscenteret.

Hvad angår terapeuterne, har det vist sig svært at rekruttere til de nye distrikter, der skal i gang, via interne opslag i kommunen. Selv efter individuelle samtaler med samtlige terapeuter, hvor lederen af genoptræningscenteret har forsøgt at motivere til at gå i gang med arbejdet, har det været umuligt at finde frivillige. Det er sigende, at de to terapeuter, der arbejder med Trænende Hjemmehjælp, ønsker færre timer, *samtidig med* at de godt kan se, at opgaverne er store, hvis arbejdet skal fastholdes. Det fremgår, at perioden i Trænende Hjemmehjælp har været særdeles stressende for de to terapeuter.

DSI diskuterer ved interview med fysioterapeuter, ergo-terapeuter og lederen af Genoptræningscenteret, *hvorfor* arbejdet med Trænende Hjemmehjælp er så belastende, som det åbenbart er. Vi diskuterer det i forhold til Hverdagsrehabiliteringen, som det ikke er så svært at rekruttere terapeuter til.

Det nye ved Trænende Hjemmehjælp er jf. terapeuterne, at de ikke selv har nogen direkte borgerkontakt. Desuden har de oplevet, at social- og sundhedshjælperne har følt, at de blandede sig utidigt i deres arbejde. Det har ikke været klart, hvad deres opgave skulle være, og de er fanget i et krydspres mellem på den ene side uoverstigelige opgaver og på den anden side mangel på midler og metoder til at løse dem.

Hvad angår plejepersonalet, er de medarbejdere, vi har haft anledning til at interviewe, relativt indifferente. Der kan findes eksempler på social- og sundhedshjælperne, der synes, at alt det her med rehabilitering og længst muligt i eget liv er meget spændende. En del synes af princip, at det er spændende at arbejde med kvalitetsudvikling og nye tiltag. Men det overvejende indtryk er, at de føler deres dagligdag let forstyrret af et udviklingsprojekt, hvis formål de ikke helt er overbevist om, er anderledes end det, de allerede gør.

### Trænende hjemmehjælp i fremtiden

Fredericia Kommune står umiddelbart overfor at skulle afprøve Trænende Hjemmehjælp i nye distrikter. I den forbindelse anbefaler DSI lettere justeringer af modellen.

Det er DSI's vurdering, at arbejdet med opstilling af mål i visitationen fungerer udmærket på den måde at forstå, at de mål, der opstilles, overordnet set er operationelle og har et klart afsluttende sigte. Omvendt har det haft klar betydning for terapeuternes engagement og mulighed for at påvirke arbejdet med den enkelte borger, at terapeuten ikke forestår arbejdet med opstilling af mål. COPM har i forbindelse med

Hverdagsrehabiliteringen vist sig særdeles operationel som arbejdsredskab for terapeuterne. Samtidig er det en væsentlig pointe, at COPM i starten også blev brugt af sygeplejersken som udgangspunkt for udarbejdelse af en rehabiliteringsplan. COPM muliggjorde på dette tidspunkt involvering af en anden faggruppe – sygeplejerskerne – i det rehabiliterende arbejde. På sigt er det muligt, at redskabet også vil kunne bruges af andre faggrupper, fx social- og sundhedsassistenter.

Den model, hvor det er kontaktpersonen, der er ansvarlig for udarbejdelse af handlinger og evalueringer, og hvor kontaktpersonen – hvis hun vil – kan sparre med Tværfagligt Team, har haft flere konkrete udfordringer. For det første har det været vanskeligt for nogle social- og sundhedshjælpere at skrive. For det andet har terapeuterne været usikre på, hvad deres rolle i projektet var. Analysen viser klart, at der er brug for terapeuternes faglighed, hvis fokus i det rehabiliterende arbejde skal fastholdes, og hjemmeplejens rutiner og incitamenter ikke bare skal tage over. DSI foreslår derfor, at der arbejdes aktivt med etablering af borgerteams svarende til de borgerteams, der har været set i hverdagsrehabiliteringen, og hvor der for hver borger udpeges

- en ansvarlig visitator
- en ansvarlig terapeut
- 1-2 ansvarlige social- og sundhedshjælpere.

Det bør samtidig afklares, hvilke fordele/ulemper der er ved den model, hvor visitator opstiller mål på baggrund af Fællesprog II, hvorefter det er op til den ansvarlige terapeut at konkretisere målene – og den model, hvor visitator visiterer til Trænende Hjemmehjælp og herefter lader det være op til den ansvarlige terapeut at opstille målene, evt. på baggrund af COPM.

Uagtet hvilken model der vælges, vil det imidlertid være en væsentlig pointe, at det er den ansvarlige terapeuts opgave at opstille og revurdere de konkrete handlinger, der skal til for at sikre målenes opnåelse. Det er også terapeutens ansvar at sikre og følge op på de ansvarlige social- og sundhedshjælperes fremdrift i forhold til, om målene opnås, og borgeren ultimativt kan afsluttes.

En mulighed, der kan afprøves, er desuden at inddrage sygeplejer samt evt. social- og sundhedsassistenter som ansvarlige for borgerforløbet. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter udgør en ressource i forhold til projektet, der ikke fuldt er udnyttet. De tidlige erfaringer fra Hverdagsrehabiliteringen (2008) viser, at sygeplejersker udmærket kan varetage arbejdet som tovholdere i forhold til borgerens fremdrift – og det er muligt og værd at afprøve, om social- og sundhedsassistenter også kan det. Hermed kan findes ressourcer til etablering af velfungerende borgerteams, der fastholder fokus for hjælpen, og der kan forventes en positivt afsmittende effekt på sygeplejerskernes arbejde og det samlede fokus i enheden. Som en sygeplejerske fra distriktet uden Trænende Hjemmehjælp fremhæver, da vi løst snakker om projektet: Det er en ny måde at tænke på, som også er relevant for dem som faggruppe. Bare det at vi snakker om det,

får hende til at tænke, om den borger, hun besøgte samme morgen, måske selv kunne lære at tage sin medicin.

I forhold til den lokale organisation er det desuden en væsentlig pointe, at social- og sundhedshjælperen ikke som i det første forsøgsdistrikt fanges i et krydspres mellem:

- de sygeplejersker, der er ansvarlige for den sygeplejefaglige indsats og løbende følger op på og superviserer social- og sundhedshjælperne – og som ikke er del af projektet
- de terapeuter, der er fanget i et eget krydspres, idet de på den ene side føler sig som ansvarlige for hele den rehabiliterende indsats og på den anden side ikke har noget konkret borgerrelateret ansvar
- distriktsleder og planlægger, der har deres egen ledelsesmæssige dagsorden, og hvis store indflydelse på dagligdagens organisering konstruktivt bør udnyttes i projektets favør.

For at undgå dette vil det være en vigtig pointe, at projektet implementeres *gennem* og ikke *ved siden* af distriktsleder. Leder og planlægger er i høj grad med til at definere dagsordenen for social- og sundhedshjælpernes arbejde, og derfor er det også vigtigt, at de med ord og handlinger understøtter det rehabiliterende arbejde. Det er vigtigt systematisk at monitorere afslutning og at fremhæve positive borgerresultater. Det er også vigtigt at tage hånd om og understøtte borgerteamenes arbejde med god og effektiv planlægning, der sikrer kontinuitet, så helst ikke er mere end to forskellige hjælpere kommer hos den enkelte borger, og så disse to hjælpere har god mulighed at diskutere borgerens fremdrift indbyrdes og med den ansvarlige terapeut.

Angående de terapeuter, der tilknyttes distriktet, er det tilsvarende vigtigt, at distriktslederen tager lederskab. Det er distriktslederne, der er overordnet ansvarlige for, at der foregår et rehabiliterende arbejde i distriktet – ikke terapeuterne. Terapeuterne har en vigtig rolle at spille som fagligt ansvarlige for det enkelte borgerforløb. Men det er ikke deres ansvar at sikre, at distriktet som helhed arbejder rehabiliterende. De har brug for en leder, der tager ansvar for dette arbejde og som tydeligt definerer, hvad der er (og ikke er) terapeuternes opgave.

Vi har i flere omgange diskuteret, om det er en fordel, at de terapeuter, der arbejder med hverdagsrehabilitering og trænende hjemmehjælp, ansættes lokalt i distriktet. Det antages at være en fordel i forhold til, at distriktslederen tager lederskab i forhold til terapeuterne og medvirker til at definere deres rolle og ansvar samt i forhold til at sikre muligheden for samarbejde og sparring med social- og sundhedshjælperne. I Fredericia Kommune har det været en konkret udfordring, at terapeuterne – når de har fået mulighed for det – har trukket sig tilbage til Genoptræningscenteret med de kendte kolleger og opgaver. Det overvejes derfor at ansætte terapeuterne lokalt.

I forhold til implementeringen af hverdagsrehabilitering anbefaler DSI at afskaffe den ordning, hvor medarbejderne fra Hverdagsrehabiliteringen som "rejsehold" bliver sendt ud som "eksperter" i distriktet. Anbefalingen er kontraintuitiv,

fordi det netop har været så stor en succes med de to medarbejdere, der har været udvekslet. Vurderingen er imidlertid, at rejseholdets succes er en del af terapeuternes fiasko, og at det væsentlige arbejde består i at få det lokale borgerteam til at fungere, så arbejdet med hverdagsrehabilitering fastholdes, også efter projektet er slut.

Den anden del af ordningen, hvor social- og sundhedshjælperne fra distriktet bliver sendt ud i Hverdagsrehabiliteringen, fremstår som lovende, fordi det i henhold til interview er en "øjenåbner af format" at få lov til at gå med hjemmetrænerne og følge deres arbejde. En væsentlig pointe er her, at de reelt får mulighed for at gå med som føl, og ikke inddrages i det daglige arbejde.

Endelig bliver det en væsentlig opgave at udvikle et styrings- og monitoreringsredskab, der løbende giver status på, hvilke *resultater* der er opnået i form af afsluttede borgere. Skal fokus fastholdes, og de økonomiske gevinster realiseres, er det nødvendigt med *ledelse, ledelse og ledelse* – og det hele vejen ned gennem det organisatoriske hierarki. Vi har i dette kapitel beskrevet, hvordan der lokalt set er en tilskyndelse til at maksimere antallet af leverede ydelser for den enkelte medarbejder såvel som for planlægger og distriktsleder. Projektet handler om at afslutte og derfor også om at levere mindre. Det skal understøttes med et vedvarende fokus på, at *afslutning er en succes!* Det er det, der skal måles, og det er det, der skal kommenteres ved ledermøderne.

I denne forbindelse må man også forholde sig til, hvad man gør med de medarbejdere, der evt. bliver overflødige. Fremskrivninger fra Fredericia Kommune viser, at overskuddet af medarbejdere er midlertidigt. I løbet af få år vil der blive for få. Vi foreslår, at nogle af de ledige ressourcer, der skabes via projektet, aktivt bruges i implementeringen. Her er der ingen tvivl om, at medarbejderne fra den almindelige hjemmepleje vil have gavn af strukturerede udviklingsforløb med afsæt i Hverdagsrehabiliteringen. ■

# 5 Økonomi og arbejdsmarked

Økonomien i Fredericia Kommunes projekt "Længst Muligt i Eget Liv" (LMEL) er tidligere blevet evalueret (5). Evalueringen er foretaget i perioden 2007-2009, hvilket vil sige, at arbejdet med Hverdagsrehabilitering er omfattet, men ikke arbejdet med Trænende Hjemmehjælp.

Det fremgik af den tidligere evaluering, at varigheden af rehabilitering og plejeforløb er faldet signifikant siden 2004, og at faldet er klart størst i 2009, hvor tilbuddet om Hverdagsrehabilitering var fuldt indfaset. Der kunne endvidere konstateres en klar nedgang i antallet af leverede timer til pleje, og antallet af genoptræningstimer var ikke steget tilsvarende. Samlet set blev den potentielle årlige besparelse ved Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering opgjort til ca. 13 mio. kr. på årsplan (5), hvilket svarer til 13,9 % pr. borger i hjemmehjælpen.

Det er en svaghed ved den økonomiske evaluering, at den er baseret på et før/efter studiedesign. Årsagen til at vi valgte det design var, at det ikke på undersøgelsestidspunktet var muligt for os at afgrænse de borgere, der var målgruppe for og omfattet af Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering – og fordi fokus var på det samlede udviklingsprojekt. Vi valgte dengang at tage udgangspunkt i samtlige de borgere, der var tilknyttet hjemmehjælpen, i to sammenlignelige perioder før og efter tilbuddet om hverdagsrehabilitering var fuldt indfaset. Evalueringen tog endvidere højde for en spareplan i hjemmehjælpen på ca. 11 mio. kr. i efteråret 2008. De mulige besparelser, der opgøres fra 6 måneder omkring årsskiftet 2007/08 til samme periode omkring årsskiftet 2009/10, er således besparelser ud over spareplanen på de ca. 11. mio. kr.

Selv om der er tale om et før og efter design, som har en række svagheder, kan der argumenteres for, at Længst Muligt i Eget Liv ikke alene berører de personer, der får tilbud om Hverdagsrehabilitering, idet tankegangen smitter af på andre dele af organisationen, hvorfor den bredere tilgang til evalueringen kan være rimelig.

En anden svaghed ved den tidligere økonomianalyse er, at den ikke inkluderer data om regionale sundhedsomkostninger, og at den ikke berører arbejdsmarkedsaspekter som fx sygefravær. I forbindelse med denne analyse har vi derfor valgt at supplere den foregående analyse med registeranalyser af:

- regionale sundhedsomkostninger før/efter
- medarbejdernes sygefravær før/efter
- forskelle i medarbejdergrupperes sygefravær.

Datagrundlaget for analysen af de regionale sundhedsomkostninger er DAGS- og DRG-registrene, mens analyserne af medarbejdernes sygefravær før/efter og forskelle i medarbejdergrupperes sygefravær baserer sig på udtræk fra Rambøll Care.

For en nærmere beskrivelse af data og analyser henvises til et længere bilagsmateriale, der kan rekvireres ved henvendelse til DSI.

## Regionale sundhedsomkostninger

Analysen af udgifter til den regionale del af sundhedsvæsenet som hospitalsbehandling er i design identisk med den tidligere økonomianalyse og har derfor samme begrænsninger. Dvs. der er anvendt samme tidsperioder som i den tidligere analyse, og analysen kan ikke alene afgrænses til de borgere, der har modtaget tilbud om Hverdagsrehabilitering. Den inkluderer samtlige borgere i den kommunale hjemmehjælp, herunder også de borgere, som altid har modtaget hjemmehjælp.

Resultatet af den udvidede økonomianalyse er præsenteret i tabel 7 næste side. Her ses, at omkostningerne til den regionale del af sundhedsvæsenet er steget med ca. 14 % i efterperioden. Når man sammenligner de borgere, der modtager hjemmehjælp, med de borgere der ikke modtager hjemmehjælp, fremgår det imidlertid, at stigningen i de regionale sundhedsomkostninger er stort set ens. Det er derfor nærliggende at konkludere, at der ikke har været nogen ændringer i efterspørgslen af regionale sundhedsydelse som konsekvens af arbejdet med Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering.

En interessant observation i analysen af forbruget af hjemmehjælp samt regionale sundhedsydelse i før- og efterperioden er, at mænd og kvinder tilsyneladende reagerer forskelligt. I tabel 8 næste side er hovedresultatet fra tabel 7 vist separat for mænd og kvinder.

Det fremgår af tabel 8, at de regionale sundhedsomkostninger til de mænd, der modtager hjemmehjælp, stiger med 34 %, mens de kun stiger med 1 % for den tilsvarende gruppe af kvinder. Omkostningerne til hjemmehjælp falder for begge køn, men omkostningerne for mænd falder mere end omkostningerne for kvinder. Det er ikke muligt at drage en direkte sammenhæng mellem Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering og disse ændringer, da andre eksterne faktorer kan spille ind. Men umiddelbart viser tallene, at mændene i ringere grad får hjemmehjælp og i større udstrækning forbruger somatiske, psykiatriske og sygesikringsydelse. Kvinderne bliver billigere både relativt og i absolutte tal, og de har ikke det øgede forbrug af indlæggelser, ambulante behandlinger og lægebesøg, som mændene har. Forskellene mellem mænd og kvinder gør det værd at overveje, om man fremadrettet bør have fokus på, hvordan mænd og kvinder reagerer forskelligt på Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering.

## Medarbejdernes sygefravær før/efter

Ændringer i sygefravær kan være en indikator for trivslen i en organisation, hvorfor det kan være relevant at vurdere, om sygefraværet ændres efter introduktionen af Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.

**Tabel 7. Gennemsnitlige omkostninger til pleje- og sundhedsydelse opdelt på modtagere og ikke modtagere af hjemmehjælp, før- og efterperioden**

Ydelse	Før		Efter	
	Modtager hjemmehjælp, kr.	Modtager ikke hjemmehjælp, kr.	Modtager hjemmehjælp, kr.	Modtager ikke hjemmehjælp, kr.
<b>Hjemmehjælp i eget hjem</b>				
Praktisk hjælp	3.315		3.581	
Pleje	23.868		19.361	
Akut besøg	127		186	
Genoptræning (LMEL)	-		679	
<b>Hjemmehjælp samlet</b>	<b>27.309</b>		<b>23.808</b>	
<b>Sundhedsydelse</b>				
Somatisk indlæggelse	15.096	3.999	16.531	4.672
Somatisk ambulant	5.877	3.972	7.734	4.683
Psykiatrisk indlæggelse	305	112	369	51
Psykiatrisk ambulant	166	29	145	42
Sygesikring (læge)	1.437	1.022	1.274	1.049
<b>Sundhedsydelse samlet</b>	<b>22.881</b>	<b>9.134</b>	<b>26.053</b>	<b>10.498</b>
<b>Omkostninger i alt til pleje og sundhed</b>	<b>50.190</b>	<b>9.134</b>	<b>49.861</b>	<b>10.498</b>

**Tabel 8. Gennemsnitlige omkostninger til pleje- og sundhedsydelse for mænd og kvinder opdelt på modtagere og ikke modtagere af hjemmehjælp, før- og efterperioden**

Ydelse	Før		Efter		Ændring		Ændrin %	
	Mænd kr.	Kvinder kr.	Mænd kr.	Kvinder kr.	Mænd kr.	Kvinder kr.	Mænd %	Kvinder %
<b>Modtager hjemmehjælp i eget hjem</b>								
Hjemmehjælp samlet	26.112	27.794	21.724	24.806	-4.388	-2.988	-17 %	-11 %
Sundhedsydelse samlet	26.291	21.501	35.141	21.700	8.850	199	34 %	1 %
Pleje- og sundhedsomkostninger i alt	52.403	49.295	56.865	46.505	4.462	-2.790	9 %	-6 %
<b>Modtager ikke hjemmehjælp</b>								
Sundhedsydelse samlet	10.078	8.257	12.066	9.078	1.987	821	20%	10%

Tabel 9 næste side viser vi data for sygefraværet for medarbejdere og ledere i hjemmeplejen samt på det kommunale Genoptræningscenter, hvor samtlige terapeuter i kommunen er ansat<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> I analysen har vi valgt at afgrænse os til de distrikter, hvor personalet har den primære kontakt med borgerne i deres eget hjem, dvs. de udekørende hjemmeplejedistrikter. Det har vi gjort for at sikre størst mulig sammenlignelighed.

Opgørelsen af sygefravær indeholder alene det rene sygefravær og dermed ikke barsel, barns sygedage mv. Data for 2010 omfatter desuden kun data for månederne januar til november.

De røde markeringer angiver, at fraværet er over gennemsnittet for kommunen, og den grønne farve angiver et sygefravær under gennemsnittet.

**Table 9. Sygefravær i årsværk og procent for fordelt på stillingsgrupper i hjemmeplejen og kommunens træningscenter, 2008-2010**

Stillingsgruppe	Normerede årsværk	Sygefravær		
		Sygefravær i årsværk	Sygefravær i procent	Arbejdsdage mistet pga. sygdom i gennemsnit pr. årsværk, i dage
<b>Administrativ</b>				
2008	1,0	0,0	0,0 %	0
2009	2,0	0,0	0,0 %	0
2010	0,6	0,0	0,0 %	0
<b>Ergoterapeut</b>				
2008	11,9	0,6	4,9 %	13
2009	14,9	0,3	1,9 %	5
2010	19,0	0,5	2,5 %	7
<b>Fysioterapeut</b>				
2008	8,0	0,1	1,3 %	4
2009	15,2	0,3	1,7 %	4
2010	18,9	0,3	1,5 %	4
<b>Hjemmetræner</b>				
2008	1,6	0,0	1,4 %	4
2009	7,2	0,3	3,5 %	9
2010	7,3	0,4	6,0 %	16
<b>Leder</b>				
2008	4,9	0,3	6,5 %	17
2009	4,7	0,1	2,2 %	6
2010	6,8	0,1	1,2 %	3
<b>SOSU-assistent</b>				
2008	61,7	5,0	8,0 %	21
2009	53,7	5,8	10,7 %	28
2010	46,4	2,4	5,8 %	15
<b>SOSU-hjælper</b>				
2008	166,1	14,1	8,5 %	22
2009	150,0	14,5	9,7 %	25
2010	123,6	8,1	7,1 %	19
<b>Sygeplejerske</b>				
2008	30,9	1,1	3,4 %	9
2009	40,0	1,9	4,7 %	12
2010	43,7	1,7	4,3 %	11
<b>Ufaglærte</b>				
2008	28,9	2,3	8,0 %	21
2009	19,7	0,8	4,1 %	11
2010	13,8	1,1	8,9 %	23

Kilde: Egne beregninger på fraværdata fra KMD løn.



Det fremgår af Tabel 9, at ufaglærte, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter generelt har et sygefravær, der ligger over gennemsnittet, mens administrative medarbejdere, ledere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker generelt har et sygefravær, der ligger under gennemsnittet. Den ny gruppe af "hjemmetrænere", der er oprettet i forbindelse med projekt Hverdagsrehabilitering i år 2008, har et sygefravær, der ligger under gennemsnittet. Hjemmetrænerens sygefravær er dog stigende i perioden 2008-2010, så det i 2010 er sammenligneligt med sygefraværet for gruppen af social- og sundhedsassistenter i den almindelige hjemmepleje.

Tabel 9 viser samtidig, at der samlet set er sket en personalereduktion på i 11 % i perioden 2008-2010. Denne generelle udvikling dækker over væsentlige reduktioner i gruppen af ufaglærte, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter (størst i gruppen af ufaglærte). Sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter er der derimod blevet flere af i undersøgelsesperioden.

Betragtes sygefraværet i Hverdagsrehabiliteringen sammenlignet med den øvrige hjemmepleje fremgår det tilsvarende af Tabel 10, at fraværet er stigende i perioden 2008-2010. I 2008 har Hverdagsrehabiliteringen et sygefravær på kun 0,8 %, svarende til 2 tabte arbejdsdage, mens den almindelige hjemmepleje har et sygefravær på 7,7 %, svarende til 20 tabte arbejdsdage. I 2009 er sygefraværet i Hverdagsrehabiliteringen steget til 6,0 %, og i 2010 overstiger det sygefraværet i den almindelige hjemmepleje med 7,1 % versus 6,2 %.

## Sygefravær i forskellige faggrupper

Det fremgår af Tabel 9 og 10, at der er store forskelle i sygefraværet i forskellige medarbejdergrupper. I dette afsnit ser vi nærmere på disse forskelle. Vi analyserer, om forskellene kan forklares af alder og årstal, og om forskellige faggrupper har forskellige sandsynligheder for at have sygefravær, for at have en stor mængde af sygefravær blandt de medarbejdere, der har fravær, og for at have en lang varighed af sygefravær blandt de medarbejdere, der har fravær.

### LOGIT – sandsynligheden for sygefravær

Sandsynligheden for at have sygefravær kan beregnes ved hjælp af en såkaldt Logit analyse (Tabel 11 næste side). Det fremgår heraf, at sygeplejersker og ufaglært personale har signifikant lavere sandsynlighed for at have sygefravær end social- og sundhedshjælpere, når der justeres for alder og årstal. Variationerne inden for grupperne af fysioterapeuter og ergoterapeuter er så store, at de ikke kan adskilles signifikant fra gruppen af social- og sundhedshjælpere

### OLS – regression over mængden af sygefravær

Mængden af sygefravær kan estimeres ved hjælp af en såkaldt OLS-regression (Tabel 12 næste side). Her fremgår sandsynligheden for, at en medarbejder med fravær i en given medarbejdergruppe har mere fravær end en tilsvarende medarbejder med fravær i en anden medarbejdergruppe.

**Tabel 10. Sygefravær og årsværk "Projekt hverdagsrehabilitering" sammenholdt med hele hjemmeplejen, 2008-2010**

	Årsværk normeret	Sygefravær	
		Sygefravær i procent	Arbejdsdage mistet pga. sygefraværk i gennemsnit pr. årsværk, i dage
<b>Hjemmeplejen samlet</b>			
2008	295	7,7 %	20
2009	278	8,5 %	22
2010*	242	6,2 %	16
<b>Projekt Hverdagsrehabilitering</b>			
2008	4	0,8 %	2
2009	15	6,0 %	16
2010*	13	7,1 %	18

Kilde: Egne beregninger på fraværdata fra KMD løn.

Det fremgår af Tabel 12, at mængden af sygefravær er signifikant mindre for sygeplejersker (-37 %), ergoterapeuter (-87 %) og fysioterapeuter (-119 %) end den er for social og sundhedshjælper<sup>6</sup>. Derimod kan der ikke ses forskelle i mængden af sygefravær mellem social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælper, og mellem ufaglærte og social- og sundhedshjælper. Mængden af fravær er til gengæld signifikant forbundet med alder og falder ca. 1,5 % for hvert år ældre, den ansatte er. Det er således især yngre medarbejdere med fravær, der har meget fravær.

Angående årstal viser Tabel 12, at mængden af sygefravær i 2010 er signifikant lavere end mængden af sygefravær i 2008 (-23 %). Da 2010 imidlertid ikke omfatter december måned, og sygefraværet generelt er højere om vinteren, må koefficienten antages at være overvurderet. Det kan derfor kun konkluderes, at der er en tendens til et lavere sygefravær i 2010.

### Varighedsanalyse

Varigheden af medarbejdernes sygefravær beskriver vi i Tabel 13 ved hjælp af hazard ratioer. Det fremgår heraf, at varigheden af sygefraværet er signifikant højere for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejersker end den er for social- og sundhedshjælper. Til gengæld ses der ikke forskelle mellem social- og sundhedsassistenter og ufaglærte og social- og sundhedshjælper.

Alder er forbundet med varigheden af sygefravær på den måde, at varigheden stiger, jo ældre medarbejderen er. Der ses desuden en forskel på varigheden af sygefraværet, alt efter hvilket år sygefraværet er påbegyndt. Sygefravær påbegyndt i 2009 har kortere varighed end sygefravær påbegyndt i de øvrige år.

### Konklusion

Overordnet set kan der ikke konstateres nogen sammenhæng mellem udviklingen i sygefraværet i perioden 2008-2010, som kan knyttes til Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering. Selv om sygefraværet i Fredericia Kommune er lavere i 2010 end i de foregående år, kan tendensen ikke genfindes for de personalegrupper, der arbejder med Hverdagsrehabilitering.

Mere generelt findes, at sandsynligheden for at have sygefravær i en ansættelse ikke er påvirket af alderen, men at mængden af sygefravær er lavere, jo ældre medarbejderen bliver. Til gengæld er varigheden af de ældre medarbejders sygefravær længere.

Sandsynligheden for at have sygefravær er lavere for sygeplejersker og ufaglært personale end den er for øvrigt personale. Mængden af sygefravær er mindre for fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker, men ikke for ufaglærte.

<sup>6</sup> Det er usædvanligt at se forskelle på mere end 100 procent. Når koefficienten for fysioterapeuter er 119 %, skal det imidlertid ses i lyset af, at forskellen i sygefravær er meget stor mellem de to grupper, at der kontrolleres for alder, samt at gruppen af fysioterapeuter er relativ lille. Hermed kan en parameterværdi over 1 forekomme.

**Tabel 11. Logit-regression, Odds Ratio**

	Odds ratio	95 % konfidensintervaller	
		Nedre	Øvre
SOSU-hjælper	-		
SOSU-assistent	0,83	0,56	1,23
Sygeplejerske	<b>0,56</b>	0,37	0,85
Ufaglært	<b>0,50</b>	0,30	0,84
Fysioterapeut	0,63	0,31	1,24
Ergoterapeut	0,58	0,30	1,10
Alder	0,99	0,97	1,00
2008	-		
2009	1,17	0,91	1,77
2010	1,19	0,84	1,68

N = 1,204

Kilde: Egne beregninger på fraværdata fra KMD løn. Fed angiver statistisk signifikans.

**Tabel 12. OLS-regression for mængden af sygefravær**

	Koefficient	Standard afvigelse
SOSU-hjælper	-	
SOSU-assistent	-0,01	0,11
Sygeplejerske	<b>-0,37</b>	0,12
Ufaglært	0,00	0,16
Fysioterapeut	<b>-1,19</b>	0,20
Ergoterapeut	<b>-0,87</b>	0,19
Alder	<b>-0,01</b>	0,00
2008	-	
2009	0,01	0,09
2010	<b>-0,23</b>	0,19

N = 947

R<sup>2</sup> = 0,08

Kilde: Egne beregninger på fraværdata fra KMD løn. Fed angiver statistisk signifikans.

**Tabel 13. Varighedsanalyse, Hazards**

	Hazard ratio	Standard afvigelse
SOSU-hjælper	-	
SOSU-assistent	1,04	0,05
Sygeplejerske	<b>1,27</b>	0,06
Ufaglært	1,09	0,07
Fysioterapeut	<b>1,68</b>	0,10
Ergoterapeut	<b>1,26</b>	0,09
Alder	<b>0,995</b>	0,00
2008	-	
2009	<b>0,93</b>	0,04
2010	0,96	0,04

N = 3.567

Kilde: Egne beregninger på fraværdata fra KMD løn. Fed angiver statistisk signifikans.

lært personale, og det samme gør sig gældende for varigheden. Ufaglært personale har altså lavere sandsynlighed for at have sygefravær, men når de har sygefravær, er mængden større og fraværperioderne længere.

### Anbefalinger til fremtidige analyser

DSI har i forbindelse med denne analyse diskuteret, hvad der skal til for at gennemføre en mere præcis evaluering af effekten ved interventioner som Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp. Den aktuelle analyse har den svaghed, at det hverken har været muligt at afgrænse effekterne af Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering til de specifikke målgrupper for indsatsen eller til de medarbejdere, der udfører indsatsen. I det omfang man fremadrettet ønsker en tættere registerbaseret evaluering af organisatoriske tiltag som Længst Muligt i Eget Liv, Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp, bør man derfor sikre, at der sker en tættere registrering af de faktorer, man senere ønsker at evaluere. Det vil i praksis sige, at der skal ske en elektronisk registrering af:

- de borgere, der er målgruppe for interventionen
- de borgere, der er blevet kontaktet med henblik på at modtage interventionen
- de borgere, der har modtaget interventionen
- de ydelser, borgeren specifikt har modtaget (fx genoptræning med henblik på reduktion i efterspørgslen efter praksis bistand, opdelt i relevante kategorier)
- det personale, der har leveret den relevante ydelse
- det outcome, man ønsker at opnå (fx et afsluttet forløb).

For at kunne evaluere en intervention er det endvidere nødvendigt, at effekterne af interventionen holdes op mod de effekter, man opnår uden den givne intervention. Det ideelle er derfor at gennemføre interventionen i et lodtrækningsbaseret forsøgsdesign, hvor det via tilfældighed afgøres, hvem der skal have interventionen, og hvem der ikke skal. I praksis vil dette sjældent være muligt. Derfor kan det være relevant at overveje, om interventionen i forsøgsfasen kan afgrænses til et eller flere distrikter, hvorved resultaterne i interventionsdistrikterne kan sammenholdes med det, der opnås i sammenlignelige kontroldistrikter. Alternativt kan før- og efterdesigns også anvendes, men her vil det være nødvendigt, at man i en periode, før man igangsætter sit projekt, identificerer målgruppen i før-perioden på samme måde som man identificerer dem i interventionsperioden. Endelig er det vigtigt, at man i hele perioden anvender samme registreringspraksis.

En del af de resultater, man regner med at opnå med en given intervention, vil desuden først vise sig efter en længere periode. Derfor bør evalueringer først gennemføres, efter interventionen har forløbet i tilstrækkelig lang periode til, at det er sandsynligt, at effekterne har materialiseret sig. I tilfældet

Længst Muligt i Eget Liv og Hverdagsrehabilitering kan det fx tænkes, at de borgere, hvis forløb er blevet afsluttet, kommer tilbage med nye behov, der er større end dem, de ellers ville have haft, hvorfor det er relevant at monitorere effekterne over tid. Evalueringshensyn skal dog altid afvejes i forhold til driftshensyn, hvorfor valget af analysemodel i praksis altid vil være en afvejning af fordele og ulemper. En mulighed er at gennemføre flere på hinanden følgende evalueringer. ■

# 6 Konklusion

Formålet med DSI's forskningsprojekt har været at undersøge og dokumentere:

- hvordan arbejdet med hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune adskiller sig fra arbejdet i den almindelige hjemmepleje/ fysio- og ergoterapi
- hvad omstillingen til hverdagsrehabilitering har krævet økonomisk, organisatorisk, ledelsesmæssigt og kompetenceudviklingsmæssigt
- om arbejdet med hverdagsrehabilitering er forbundet med fordele i form af kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere
- om arbejdet med hverdagsrehabilitering har personalepolitiske konsekvenser for fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, herunder hvilken betydning arbejdet har for arbejdsglæde, engagement og faglige kompetencer
- anbefalinger til andre kommuner, der vil iværksætte projekter, der minder om Fredericia Kommunes projekt.

I dette kapitel samles der op på hvert af de fem spørgsmål, idet referencer trækkes til de tidligere kapitler, og yderligere oplysninger om nødvendigt gives.

## Hverdagsrehabilitering vs. hjemmepleje

Fredericia Kommune har med projekterne Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp arbejdet med at omlægge arbejdet i ældreplejen, så det i højere grad bliver rehabiliterende.

*De nye borgere*, der henvender sig til kommunen med anmodning om personlig eller praktisk hjælp (§ 83), mødes af et tværfagligt tilbud om hverdagsrehabilitering (§ 86) udført af hjemmetrænere (social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter) under supervision af terapeuter.

*De borgere*, der i kortere eller længere tid har været tilknyttet den kommunale hjemmepleje (§ 83), bliver revurderet og tilbudt nye og mere aktiverende ydelser i form af Trænende og Støttende Hjemmehjælp udført af social- og sundhedshjælpere med mulighed for sparring med terapeuter, sygeplejersker og (senere også) social- og sundhedsassistenter.

For ledere såvel som medarbejdere i Fredericia Kommune har omstillingen fra pleje og omsorg til rehabilitering betydet væsentlige ændringer i arbejdsindhold.

*For lederne* i Pleje og Sundhed har omstillingen betydet et nyt og mere tværgående samarbejde, hvor der har skullet gives og tages på tværs af områder, og hvor traditionel søjletænkning er udfordret. De ledere, der er tilbage, fremhæver, at det har været og fortsat er interessant og lærerigt, men de anfører også, at det har været hårdt, og at der nogle gange er blevet råbt højt, fordi det, der er muligt i én del af organisationen, bare ikke er muligt i den anden.

*For terapeuterne* har omstillingen betydet nye arbejdsopgaver med borgere, som terapeuterne ikke nødvendigvis tidligere har haft kontakt med – og med en faggruppe og faggrup-

pekultur, som terapeuterne ikke tidligere har været vant til at arbejde sammen med. Terapeuterne oplever på det overordnede plan, at arbejdet er spændende og meningsfuldt, fordi de kan se, at de kan opnå vigtige resultater med og flytte disse borgere. Men de oplever også, at det er hårdt – primært på grund af samarbejdet med plejepersonalet. Terapeuterne er vant til at træne selv, og i det omfang, de har trænet gennem andre, har det været gennem studerende. Det at skulle arbejde tæt sammen med og træne igennem en anden faggruppe er krævende, og terapeuterne efterspørger kurser i coaching og supervision for bedre at kunne håndtere det.

Specifikt i Fredericia Kommune ses der i 2010 en holdning blandt terapeuterne om, at de – for på sigt at kunne opnå et tilfredsstillende arbejde med hverdagsrehabilitering – er nødt til samtidig at bibeholde egne træningsopgaver. Den organisatoriske kontekst i Fredericia Kommune er imidlertid særlig på den måde at forstå, at der er konkrete organisatoriske problemstillinger, der har fyldt meget, og som har gjort samarbejdet til plejen sværere for terapeuterne, end det behøver at være. På det tidspunkt, hvor der ikke var disse problemstillinger, var terapeuterne umiddelbart tilfredse med deres arbejde og samarbejde i Hverdagsrehabiliteringen. Det, man på baggrund af erfaringerne fra Fredericia Kommune kan se, er, at terapeuterne skal have klare og veldefinerede opgaver og beføjelser, for at de kan opnå et tilfredsstillende arbejde. Samtidig er det vigtigt, at ledelsen – og ikke de enkelte terapeuter – påtager sig det overordnede (projekt)ledelsesansvar.

*For de hjemmetrænere*, der i en længere periode har arbejdet med Hverdagsrehabilitering, har omstillingen betydet en radikalt anderledes tilgang til borgerne, hvor spørgsmålet konsekvent er, hvordan borgeren bedst kan hjælpes til at klare sig selv – og hvor det opfattes som en klar succes, når borgerne kan afsluttes (helt eller delvist) fra offentlig hjælp. Hjemmetrænere oplever arbejdet med Hverdagsrehabilitering som markant mere meningsfuldt end arbejdet i den almindelige hjemmepleje, fordi de oplever at give borgerne en bedre service, end de ellers ville have fået.

*For de social- og sundhedshjælpere*, der i en kortere periode har arbejdet med Hverdagsrehabilitering i form af Trænende Hjemmehjælp, har omstillingen for nogle betydet en ny og mere aktiverende tilgang til borgerne. Det er imidlertid stadig en udbredt holdning, at Trænende Hjemmehjælp ikke er noget nyt, men det samme som de altid har gjort. Denne holdning er sammen med den udbredte opfattelse, at det er synd for borgerne, at de skal afsluttes fra ydelser, de har fået i årevis, en væsentlig barriere for implementering af Trænende Hjemmehjælp. For de social- og sundhedshjælpere, der opnår succes med konkrete borgere og ser, at det kan være til glæde for borgeren at blive afsluttet, igangsættes imidlertid en positiv spiral, hvor de får mod på og tilskyndelse til også at udfordre andre borgere og kolleger. Erfaringerne fra Fredericia Kommune viser, at det er en stor udfordring for social- og sundhedshjælperne i den almindelige hjemmepleje at skulle ændre deres faglige rutiner, og at det derfor er vigtigt, at ændringerne un-

derstøttes organisatorisk og ledelsesmæssigt. Organisatorisk er erfaringen fra Fredericia Kommune, at det rehabiliterende arbejde mest effektivt understøttes af veldefinerede borgerteams med én ansvarlig terapeut og to ansvarlige social- og sundhedshjælpere. Det kræver samarbejde på tværs af faggrupper, der ikke er vant til at arbejde sammen, og som er forankret i hver sin søjle i den kommunale organisation. For at det kan lykkes, skal de ansvarlige terapeuter fysisk og organisatorisk integreres med plejen, og plejen skal ændre sin arbejdstilrettelæggelse, så det videst muligt kun er den samme mindre gruppe af borgeransvarlige medarbejdere, der kommer hos den enkelte borger. Planlægger og leder må samtidig systematisk følge op på og understrege, at rehabilitering (og dermed afslutning) er et væsentligt formål. Fokus skal drejes fra tider og kørelister til borgerrelaterede resultater.

### Hvad omstillingen har krævet

Hvad omstillingen til rehabilitering har krævet – og fortsat kræver – i Fredericia Kommune, er ikke så lidt. DSI har med sine analyser forsøgt at visualisere, hvad der har skullet til økonomisk, organisatorisk, ledelsesmæssigt og kompetenceudviklingsmæssigt.

*Økonomisk* har projekt Længst Muligt i Eget Liv været båret af en tillægsbevilling til Pleje og Sundhed på 1,5 mio. kr. i 2008, der er tilbagebetalt med 800.000 kr. i 2009, 1,7 mio. kr. i 2010 og 2,7 mio. kr. pr. år herefter. Tillægsbevillingen er bl.a. anvendt til konsulentstøtte og eksterne evalueringer.

Driften af Hverdagsrehabiliteringen koster samtidig Fredericia Kommune 6,5 mio. kr. om året. Disse midler har Fredericia Kommune fundet ved samtidig nedlæggelse af et kommunalt hjemmeplejedistrikt.

Tilbuddet om Trænende Hjemmehjælp er finansieret ved et lån fra kommunen på 4 mio. kr., der skal tilbagebetales over en årrække. Til implementering er endvidere ansat en projektleder på en eksternt bevilling på 900.000 kr. fra Socialministeriet.

*Organisatorisk* er projekt Længst Muligt i Eget Liv drevet som et udviklingsprojekt under fællesforvaltningen for Pleje og Sundhed. Der er ansat en rehabiliteringschef (ny stilling) med det specifikke ansvar at lede projektet. Der er nedsat en styregruppe, en følgegruppe og en borgerinvolveringsgruppe. Der er engageret eksterne konsulenter til at hjælpe med udvikling og evaluering.

For hvert delprojekt under Længst Muligt i Eget Liv er der ned sat 1-2 arbejdsgrupper med deltagelse af de ledere og medarbejdere, der berøres af projektet. Der er udviklet og vedtaget en prøvemodell, som er afprøvet i en testperiode på 3-5 måneder, hvorefter den er evalueret og justeret forud for den endelige test på 1 år. Eksterne konsulenter er anvendt til at evaluere projektet, og der er både gennemført evalueringer af projektets organisering og effekt.

*På det udførende niveau* er det bærende princip for arbejdet med Hverdagsrehabilitering og Trænende Hjemmehjælp et samarbejde mellem hjemmeplejepersonale og terapeuter. Definitionen af hverdagsrehabilitering fra Östersund passer for så vidt, at:

- der er tale om en indsats, der bedrives i borgerens hjem og nærmiljø, med det formål at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af sine funktioner og evner
- indsatsen har hjemmeplejepersonale som "basis" og terapeuter som "motor"
- indsatsen bedrives i tæt samarbejde med hjemmesygeplejersker og hjemmeplejens ledelse.

DSI's analyser peger på, at samarbejdet om hverdagsrehabilitering fungerer bedst, når der er en entydig ansvarsdeling i dedikerede borgerteams bestående af

- en ansvarlig visitator
- en ansvarlig terapeut
- to ansvarlige hjemmetrænere/trænende hjemmehjælpere.

Analyserne viser klart, at væsentlige resultater kan opnås, når terapeuter gives det overordnede ansvar for arbejdet med rehabilitering, og den praktiske udførelse forstås af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i rollen som hjemmetrænere.

Analyserne peger samtidig på, at sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter muligvis kan tage samme funktion som terapeuterne, hvis de indgår som del af et Tværfagligt Team, hvor der også er terapeuter, og hvor terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter sparrer indbyrdes og deler borgerne mellem sig efter kompetence. Det empiriske grundlag for at drage endegyldige konklusioner om, hvordan sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan fungere i denne funktion, er ikke til stede, men de foreløbige erfaringer peger på, er der er en mulighed, som bør afprøves – og evalueres – i fremtiden.

Organisatorisk er det endvidere vigtigt, at det rehabiliterende arbejde systematisk understøttes af dygtig planlægning og tydelig ledelse i den lokale hjemmeplejeenhed.

Planlægningen er væsentlig, fordi det rehabiliterende arbejde kræver kontinuitet. Den almindeligt udbredte arbejdstilrettelæggelse, hvor der for hver borger udpeges en kontaktperson, men i øvrigt ofte kommer forskelligt personale hos borgeren, vanskeliggør det rehabiliterende arbejde. Fredericia Kommune har gode erfaringer med den model, hvor der for hver borger udpeges to ansvarlige social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter (en 1'er og en 2'er), og hvor de to medarbejdere sammen med den ansvarlige terapeut udgør det faste team omkring borgeren, så der kun undtagelsesvist kommer andre.

Distriktsledelsen er vigtig, fordi det ledelsesmæssige ansvar for arbejdet med rehabilitering nødvendigvis må forankres i den eksisterende ledelsesstruktur. Det er ikke de enkelte terapeuters ansvar at sikre, at der foregår et rehabiliterende arbejde i distriktet – det er lederens. Lederen af Hverdagsrehabiliteringen var i såvel 2008 som 2010 god til at tegne retningen for enheden ved at fremhæve og synliggøre de resultater, de skabte i form af borgere, der var blevet selvhjulpne, og som dermed kunne afsluttes. Hendes fokus fulgte naturligt af, at Hverdagsrehabiliteringen var oprettet med det for-

mål at rehabiliterer, og at enhedens succes og overledning dermed afhæng af lederens evne til at synliggøre resultatet på dette område. I de øvrige hjemmeplejedistrikter ses der endnu ikke et tilsvarende ledelsesmæssigt engagement i det rehabiliterende arbejde. Det hænger sammen med, at de øvrige hjemmeplejedistrikter er oprettet med det formål at levere hjælp og støtte til de borgere, der ikke kan klare sig selv, og at distriktsleder primært måles på distriktets økonomi – altså om udgifterne i form af lønninger overstiger indtægterne i form af visiteret tid. En vigtig udfordring i fremtiden er derfor sideløbende at monitorere på økonomi og rehabilitering og at finde en løsning på det problem, der opstår, når medarbejderne i distriktet gør sig selv arbejdsløse.

For hjemmeplejens ledelse ligger der en væsentlig ledelsesmæssig opgave i at formidle projektets rationale til distriktslederne og i at klæde dem på til lokalt at implementere projektet. Det er samtidig væsentligt løbende at følge op på og monitorere projektets fremdrift i forhold til såvel borgere som resultater. Det er nyt og radikalt for distrikterne at skulle arbejde mod *afslutning* af borgere og *mindre budgetter*. Hvis ikke distriktslederen og derigennem planlæggeren og hjemmeplejepersonalet støttes og belønnes for opnåelse af positive resultater, kan deres fokuserede samarbejde være svært at opnå.

Særligt i forhold til gruppen af terapeuter har det været en konkret udfordring, at det har været en særlig gruppe af terapeuter med vilje til udvikling og tværfagligt samarbejde, der i starten har meldt sig til projektet. Disse terapeuter har været med til at drive udviklingen, men føler efter en periode, at de giver mere, end de får. Projektet bliver hverdag, og de oplever behov for at udvikle sig. De efterspørger terapeutfagligt fokus på det specifikke speciale, som hverdagsrehabilitering er – med viden om de konkrete patientkategorier og med redskaber til at coache og motivere hjemmeplejepersonalet i det tværfaglige samarbejde.

Samtidig er det en udfordring, at det kommunale Genoptræningscenter slet og ret er et rart sted at være. Terapeuterne oplever det som en fornøjelse at arbejde på dette sted, hvor ledelsen er populær, og hvor de indgår i en fælles terapeutgruppe med omkring 40 kolleger, der ligner dem selv. Har terapeuterne muligheden, foretrækker de Genoptræningscenteret frem for Hverdagsrehabiliteringen, og det har gjort det vanskeligt at fastholde den terapeutfaglige ressource i samarbejdet med Plejen. Det Fredericia Kommune overvejer på undersøgelsestidspunktet, er rent fysisk at flytte de terapeuter, der arbejder med Hverdagsrehabilitering, væk fra Genoptræningscenteret. De overvejer endvidere at give de terapeuter, som arbejder med hverdagsrehabilitering, reference til lederen heraf.

*Kompetenceudviklingsmæssigt* har Fredericia Kommune gode erfaringer med at etablere en ny enhed, hvor terapeuter, sygeplejersker og visitatorer selv sætter sig ind i deres arbejde og løbende underviser hjemmetrænerne. Pointen er her, at hjemmetrænerne er rekrutteret til et nyt og anderledes arbejde, og at det fra starten har været klart, at de skulle noget andet, end de plejede at gøre. De var læringsklare og fik

særlige gode betingelser for læring i form af god tid og mulighed for kontinuerlig sparring med terapeuter såvel som kolleger. De blev ansat i en ny funktion som hjemmetrænere og er igennem årene trådt i karakter i denne rolle.

Erfaringerne fra Fredericia Kommune viser, at det er langt sværere at kompetenceudvikle medarbejderne i den almindelige hjemmepleje, som ikke selv har søgt nye udfordringer. Her peger DSI's analyse på, at det er meget vigtigt, at evt. teoribaseret kompetenceudvikling følges op med nye organisatoriske strukturer, der fastholder det rehabiliterende fokus. Fredericia Kommune har gode erfaringer med den model, hvor det rehabiliterende arbejde forankres i veldefinerede borgerteams med én ansvarlig visitator, en ansvarlig terapeut og 1-2 (helst 2) ansvarlige social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter. Samtidig ligger der et potentiale i Fredericia Modellen, idet der kan etableres følorder, hvor medarbejderne fra den almindelige hjemmepleje i en kortere periode får mulighed for at gå med som føl på medarbejderne fra den specialiserede hverdagsrehabiliteringsenhed.

Erfaringerne for terapeuterne er, at behovet for kompetenceudvikling ikke er så stort i starten, som det er efter en periode på 1-2 år, når terapeuterne har givet det, de kunne, og har behov for nye faglige input for at finde metoder til videreudvikling og forbedring af indsatsen. Det er fortsat faglig udvikling, terapeuterne oplever behov for inden for det speciale, som hedder Hverdagsrehabilitering, og som først nu er under udvikling.

Samtidig fremgår det også, at konkrete kurser i coaching og supervision af plejepersonalet hensigtsmæssigt kan komme ind på et tidligere tidspunkt for at understøtte terapeuterne i det helt afgørende nye for dem i arbejdet med Hverdagsrehabilitering, nemlig det forhold, at de nu skal *træne gennem andre*.

### Fordele for kommune og medarbejdere

Registeranalysen finder, at de borgere, der modtager hjemmehjælp i eget hjem, i gennemsnit er blevet i 13,9 % billigere i hjemmehjælp pr. borger efter Længst Muligt i Eget Liv (2009), hvilket giver en potentiel årlig besparelse for Fredericia Kommune på ca. 13 mio. kr. om året. I samme periode er der dog sket en stigning i de regionale sundhedsomkostninger, i samme omfang som plejeomkostningerne er faldet. Den stigning, der sker i de regionale sundhedsomkostninger hos borgere, der modtager hjemmehjælp, finder også sted hos kontrolgruppen af borgere, som ikke modtager hjemmehjælp. Derfor er det nærliggende at konkludere, at Længst Muligt i Eget Liv næppe har haft nogen betydning for efterspørgslen af regionale sundhedsydelse.

Registeranalysen af fravær i hjemmeplejen i Fredericia Kommune, og personale der arbejder med projekt Hverdagsrehabilitering, finder ikke nogen entydig udvikling i fraværet, hvorfor det ikke statistisk set er muligt at koble ændringer i sygefraværet for personalet til arbejdet med hverdagsrehabilitering.

Hvad angår analysen af medarbejdertilfredshed, viser DSI's analyser, at de hjemmetrænere, der har arbejdet med

Hverdagsrehabilitering over en længere periode, generelt oplever denne tilgang til ældrearbejdet som bedre og mere fagligt tilfredsstillende end det arbejde, de tidligere har kendt fra den almindelige hjemmepleje. DSI's analyser viser også, at samme oplevelse kan findes hos nogle af social- og sundhedshjælpere i den almindelige hjemmepleje, som først for nylig er påbegyndt arbejdet. Udviklingen for disse medarbejdere har karakter af en omvendning, der kræver, at medarbejderne skal "se lyset": De skal personligt se og opleve, hvor stor en forskel de kan gøre for borgeren – i positiv retning – før de kan opleve det som engagerende. Så længe de oplever, at projektet i bedste fald er det, de altid har gjort, og i værste fald synd for borgeren, kan man ikke forvente en højere medarbejder-tilfredshed som følge af projektet.

For terapeuternes vedkommende er medarbejdertilfredsheden på undersøgelsestidspunktet lav og en udfordring, der kæmpes med i Fredericia Kommune. Der er imidlertid mange konkrete grunde til, at tilfredsheden er lav, som ikke nødvendigvis har noget med hverdagsrehabilitering at gøre. Det er klart, at det er nyt for terapeuterne, at de skal træne gennem andre. De foreløbige erfaringer fra Fredericia Kommune peger imidlertid på, at det godt kan være motiverende, når de har et klart og entydigt borgeransvar, når distriktslederen påtager sig det overordnede ledelsesansvar, og når der er et godt og tæt samarbejde med hjemmetrænerne om arbejdet med hverdagsrehabilitering.

### Personalepolitiske konsekvenser

I spørgsmålet, om arbejdet med hverdagsrehabilitering har personalepolitiske konsekvenser for fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, peger DSI's analyser på, at arbejdet både kan have positiv og negativ betydning for medarbejdernes arbejdsglæde, og at det kræver god og målrettet ledelse, hvis arbejdsglæden skal være og forblive høj i forbindelse med omlægningen. *Arbejdet rummer* imidlertid mulighed for høj arbejdsglæde og stort engagement for såvel ergoterapeuter og fysioterapeuter som social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere – båret af gode borgerresultater samt ledelsesmæssig anerkendelse – såfremt det realiseres.

Hvad angår faglige kompetencer er der ingen tvivl om, at de medarbejdere, der i lang tid har arbejdet med Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, har erhvervet kompetencer, som de ikke tidligere havde. Især for hjemmetrænerne i Hverdagsrehabiliteringen er der tale om nye eksplicite færdigheder.

### Anbefalinger til andre kommuner

Anbefalinger til andre kommuner, der overvejer at igangsætte projekter, der minder om Fredericia Kommunes projekt, er først og fremmest at afsætte de nødvendige ressourcer up front. Det gælder økonomisk, og det gælder ledelsesmæssigt.

*Økonomisk* har det været en væsentlig pointe, at Fredericia Kommune har været villig til at *investere* i udvikling. Der er bevilget 1,5 mio. kr. til projekt Længst Muligt i Eget Liv, frigjort 6,5 mio. kr. til Hverdagsrehabiliteringen og afsat 4

mio. kr. til Trænende Hjemmehjælp. Alle bevillinger er givet med aftale om tilbagebetaling, og det har været med til at fastholde fokus i projektet. Samme princip har kendetegnet tilbuddet til borgerne. Her gives en investering i tid i starten af et rehabiliteringsforløb med forventning om senere at kunne skære i tidsforbruget.

*Ledelsesmæssigt* skal det samtidig ikke underkendes, hvad udviklingsprojektet i Fredericia Kommune har krævet. Der er ansat en rehabiliteringschef (ny stilling) til implementering af projektet, og projektet har krævet al ledergruppens tid gennem de seneste tre år. Det er muligt, at andre kommuner ikke på samme måde vil skulle opfinde den dybe tallerken, som Fredericia Kommune har gjort. Implementering af et projekt, der går på tværs af etablerede søjler og faggrupper, og som vedrører omlægning af store medarbejdergrupper daglige arbejdsrutiner, kræver imidlertid stærk og tydelig ledelse – og det hele vejen ned gennem det organisatoriske hierarki.

Anbefaling nummer to er konsekvent at fremhæve og fastholde, at der er tale om et kvalitetsprojekt, der både skal skabe positive resultater for borgere, medarbejdere og kommuneøkonomi. Dette har været den vedvarende rettesnor for Fredericia Kommune og en væsentlig del af årsagen til, at projektet er en succes. Projekt Længst Muligt i Eget Liv har et tydeligt værdigrundlag: en klar holdning til at projektet skal være en fordel for alle. Det er med til at overbevise borgere og medarbejdere om, at projektet er en god idé – og det er med til at fastholde fokus i projektet, når udfordringer opstår og skal imødekommes.

Anbefaling nummer tre er at tilrette projektet som et udviklingsprojekt med trinvis udvikling, mulighed for læring og systematisk dokumentation af positive resultater.

Med *trinvis udvikling* forstås, at ændringerne ikke gennemføres i hele organisationen på én gang, men at man starter med en mindre gruppe borgere og medarbejdere – fx alle nye borgere, som man valgte i forbindelse med projekt Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, eller et enkelt eller to distrikter, som Fredericia Kommune valgte i forbindelse med projekt Trænende Hjemmehjælp.

Med *plads til læring* forstås, at de modeller, der udvikles, bliver afprøvet i en kortere periode, hvorefter de evalueres og justeres, og først når de fungerer tilfredsstillende gøres til genstand for en egentlig vurdering af, om de er effektive. Det kan kræve flere forsøg at finde den rette model. Det vigtige er, at udviklingsarbejdet fortsætter, til der er fundet et godt og velfungerende resultat, der både giver tilfredse medarbejdere og borgere og er til fordel for kommunens økonomi.

Med *systematisk dokumentation* forstås løbende dokumentation af projektets mere og/eller mindre positive resultater. Monitorering er vigtig for at fastholde udviklingen på rette spor, og synliggørelse af positive resultater kan bruges som løftestang for den videre udvikling.

Anbefaling nummer fire er at forankre rehabiliteringsarbejdet i veldefinerede borgerteams med en ansvarlig visitator, en ansvarlig terapeut og 1-2 ansvarlige social- og sundhedshjælpere. Social- og sundhedshjælperne, som er den store gruppe af medarbejdere i hjemmeplejen, der dagligt kommer

hos borgerne, må nødvendigvis være kernen i det rehabiliterende arbejde. For at de imidlertid kan ændre deres rutiner og fastholde det rehabiliterende fokus, som er svært og nyt for denne gruppe, er det vigtigt, at der udpeges en ankerperson med ansvar for at følge op på og drive udviklingen. Terapeuter er særdeles kompetente i denne funktion. På sigt er det muligt, at sygeplejersker samt evt. social- og sundhedsassistenter også vil kunne indgå som tovholdere for borgere i rehabiliteringsforløb, fx hvis udfordringen er støttestrømper eller medicin håndtering. Det vides imidlertid endnu ikke, hvordan en sådan ordning vil fungere i praksis.

Anbefaling nummer fem er at understøtte borgerteamene med gode fysiske rammer, dygtig planlægning og tydelig ledelse. De fysiske rammer er vigtige, fordi samarbejdet mellem terapeuter og social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter fremmes, når grupperne sidder tæt sammen – og vanskeliggøres, når de fjernes fra hinanden. Planlægningen er vigtig, fordi god planlægning skaber ro i gruppen af hjælpere, og fordi arbejdet med hverdagsrehabilitering kræver kontinuitet. Ledelsen er afgørende, fordi lederen definerer retningen for arbejdet. Rehabilitering skal være et mål, der monitoreres og følges op på, på linje med en god økonomi. Samtidig skal der skabes en løsning for de medarbejdere, der bliver overflødige som følge af det rehabiliterende arbejde. ■





## Litteratur

---

- 1) Hansen MB, Vedung E. Fælles sprog i ældreplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2005.
- 2) FOA. Ældretopmøde 07. 2007; Available at: [http://www.foa.dk/~media/\\_Files/Temaer/aeldretopmoede/slutprodukt%20pdf.ashx](http://www.foa.dk/~media/_Files/Temaer/aeldretopmoede/slutprodukt%20pdf.ashx). Accessed 07/12, 2011.
- 3) FOA. Det siger ældrecheferne om vikarer og budget 2011. 2010; Available at: <http://www.foa.dk/Forbund/Presse/Rapporter-undersogelser/Kommune/~media/Faelles/PDF/Rapporter-undersogelser/2010/Rundspoerge-aeldrechefer-2010.ashx>. Accessed 07/12, 2011.
- 4) Månsson M, Hansen H. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Solna: Fortbildning/Tidningen Äldre-omsorg; 2007.
- 5) Kjellberg J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 6) Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering: Notat udarbejdet til Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
- 7) Juhl H. Evaluering af 1. fase af projekt Trænende Hjemmehjælp. 1st ed. Fredericia: Fredericia Kommune; 2010. ■

# Bilag A:

## Kvalitative data

Der er foretaget observation og interview i efteråret/vinteren 2008, hvor Hverdagsrehabilitering var under indkøring – og i efteråret/vinteren 2010, hvor Hverdagsrehabilitering var blevet almindelig dagligdag, mens Trænende Hjemmehjælp var under indkøring. Tabel A giver en oversigt over de anvendte data.

### Observationer

Observationer i 2008 inkluderede:

- Tre dages observation af arbejdet i Tværfagligt Team
  - To dage med terapeuterne og sygeplejersken
  - En dag med visitatorerne
- Tre dages observation af arbejdet som hjemmetræner sammenlignet med arbejdet i den almindelige hjemmepleje
  - To dage med hjemmetrænerne
  - En dag i den almindelige hjemmepleje.

Observationer i 2010 inkluderede:

- Tre dages observation i Hverdagsrehabiliteringen
  - En dag med leder/planlægger
  - En dag med fysioterapeut/ergoterapeut
  - En dag med en social- og sundhedshjælper
- Tre dages observation i Trænende Hjemmehjælp
  - En dag med leder/planlægger
  - En dag med fysioterapeut/ergoterapeut
  - En dag med en social- og sundhedshjælper
- Tre dages observation i den almindelige hjemmepleje / på rehabiliteringscenteret
  - En dag med leder/planlægger
  - En dag med fysioterapeut/ergoterapeut
  - En dag med en social- og sundhedshjælper.

### Interview

Interview i 2008 inkluderede interview med:

- Terapeuter, visitatorer og sygeplejerske i Hverdagsrehabiliteringen (5 personer)
- Hjemmetrænerne i Hverdagsrehabiliteringen (4 personer)
- Plejepersonale i Almindelig Hjemmepleje (4 personer)
- Lederne af visitationen, terapeuterne og rehabiliteringen (3 personer)

- Lederen af Hverdagsrehabiliteringen
- Projektlederen for Længst Muligt i Eget Liv (1 person).

Interview i 2010 inkluderede:

- Fysioterapeuter i Hverdagsrehabiliteringen, Trænende Hjemmehjælp og Genoptræningscenteret (4 personer)
- Ergoterapeuter i Hverdagsrehabiliteringen, Trænende Hjemmehjælp og Genoptræningscenteret (3 personer)
- Hjemmetrænerne i Hverdagsrehabiliteringen (6 personer)
- Trænende Hjemmehjælpere i Trænende Hjemmehjælp (2 personer)
- Plejepersonale i Almindelig Hjemmepleje (6 personer)
- Hjemmetræner/Trænende Hjemmehjælpere fra "rejseholdet" (4 personer)
- Lederen af Hverdagsrehabiliteringen samt lederne af et distrikt med Trænende Hjemmehjælp og et distrikt med Almindelig Hjemmepleje (3 personer)
- Lederne af Visitationen, Terapeuterne, Rehabiliteringen og Plejen (4 personer)
- Projektlederen for Trænende Hjemmehjælp (1 person)
- Projektlederen for Længst Muligt i Eget Liv (1 person).

Hertil har der været gennemført diverse uformelle interview med ledere og medarbejdere i Hverdagsrehabiliteringen, Trænende Hjemmehjælp og den almindelige hjemmepleje i forbindelse med observation.

Alle formelle interview er optaget på bånd, og der er skrevet referat, der sammenfatter de mest væsentlige pointer. Evt. citater er taget fra referatet.

Fokuspunkter for observation og interview har været direkte afledt af projektets forskningsspørgsmål jf. kapitel 1. Fordi der viste sig store forskelle på samarbejdet i Hverdagsrehabiliteringen i 2008 og 2010, er der endvidere målrettet søgt forklaringer på disse forskelle.

Alle personer, der har medvirket ved observation og interview i 2010, har modtaget tilbud om at få rapporten til gennemsyn og kommentarer. Rettelser og kommentarer er indarbejdet i det omfang, DSI har skønnet det relevant. Fremstillingen er alene DSI's ansvar. ■

**Tabel A. Rapportens datagrundlag**

År	Udviklingsprojekt 1	Udviklingsprojekt 2	Kontroldata	Kommunedata
2008	Hverdagsrehabilitering som pilotprojekt <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>	-	Den almindelige hjemmepleje <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>	Afdelingsledere og projektledere i Pleje og Sundhed <ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>
2010	Hverdagsrehabilitering som daglig drift <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>	Trænende hjemmehjælp som pilotprojekt <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>	Den almindelige hjemmepleje <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>	Afdelingsledere og projektledere i Pleje og Sundhed <ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> <li>• Interview</li> <li>• Skriftligt materiale</li> </ul>