

EVALUERING AF REHABILITERING PROJEKT OMSORG OG NÆRVÆR I ÆLDREPLEJEN



Evaluering af rehabiliteringssporet
Projekt Styrket omsorg og nærvær i ældreplejen 2021-2022.

© Thisted Kommune juni 2022

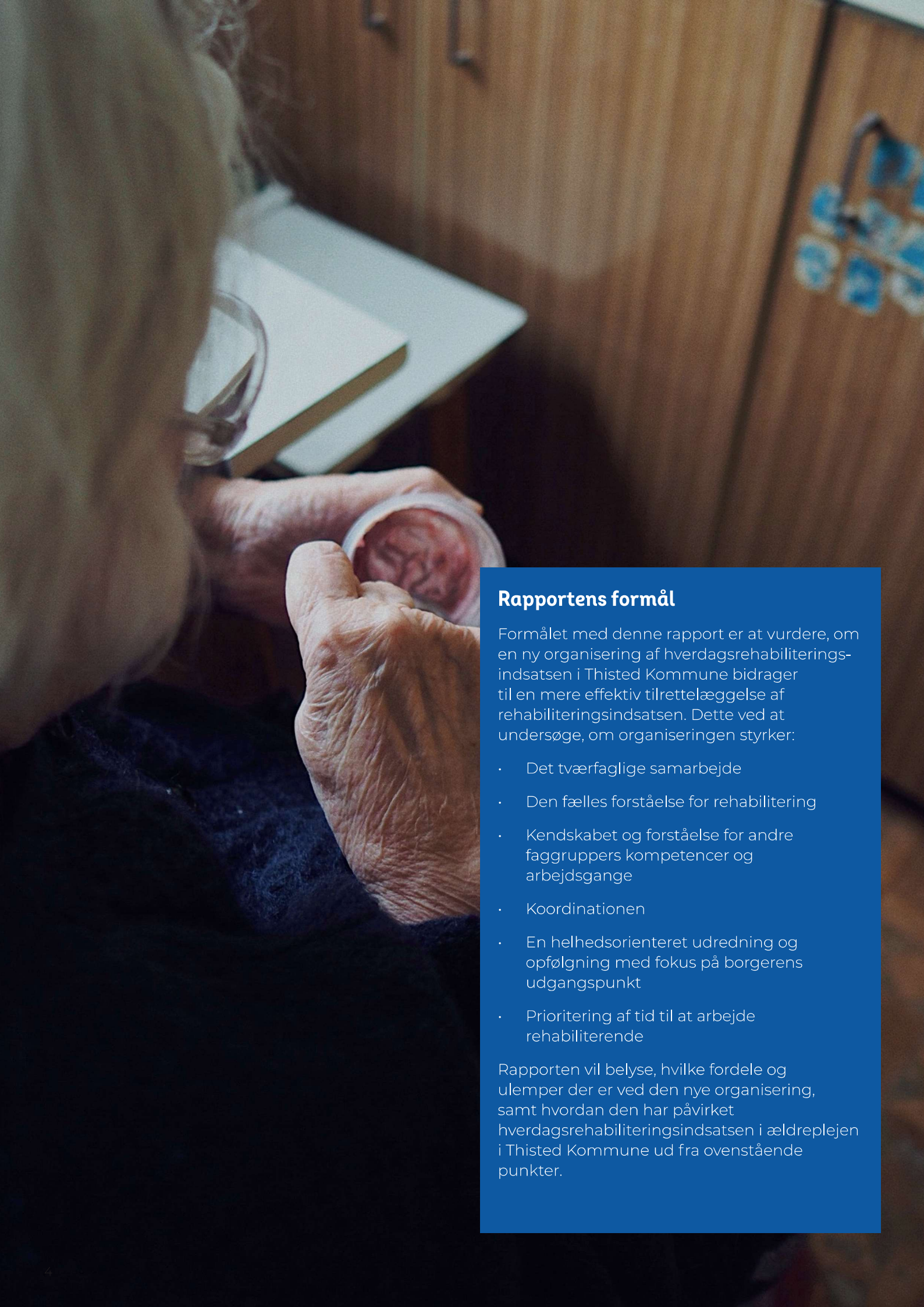
Rapporten er udarbejdet af
Malene Andersen, projektleder og udviklingskonsulent, Thisted
Kommune.
Anne Nielsen, udviklingsterapeut, Thisted Kommune.
Miriam Lerkenfeld, innovationskonsulent, Hard Work, Mind &
Magic

Illustrationer: Aleksander Weis Klinke

Foto: Unsplash (Dominik Lange, Britt Gaiser, Michelle.com) og
fra feltarbejde af Hard Work, Mind & Magic.

Udgivet august 2022.

Rapportens formål	4
Baggrund	5
Resume	5
Udfordringer	8
Teoretisk fundament og hypoteser	8
Målsætninger og forventede gevinster	9
Rehabiliteringsgruppe	10
Rehabiliteringsmøder og Tværfaglige gruppemøder	10
Terapeuter som mødeleder	11
Rehabiliteringstid	13
Dokumentation.....	13
Metode.....	14
Evaluerings.....	18
RH-gruppe styrker kvaliteten af rehabiliteringsforløb	18
Ny struktur for tværfaglige møder	21
Rehabiliteringstid giver tid til rehabilitering .	24
Information til borgere er afgørende for vellykkede rehabiliteringsforløb	24
Udviklingen i antal §83a forløb og §83a visiterede timer i projektperioden	26
Ændring i daglige §83 timer efter rehabiliteringsforløb	26
Ændring i funktionsevne	32
Opsamling.....	32
Konklusioner og anbefalinger.....	34
Implementering	36



Rapportens formål

Formålet med denne rapport er at vurdere, om en ny organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatsen i Thisted Kommune bidrager til en mere effektiv tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen. Dette ved at undersøge, om organiseringen styrker:

- Det tværfaglige samarbejde
- Den fælles forståelse for rehabilitering
- Kendskabet og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange
- Koordinationen
- En helhedsorienteret udredning og opfølgning med fokus på borgerens udgangspunkt
- Prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende

Rapporten vil belyse, hvilke fordele og ulemper der er ved den nye organisering, samt hvordan den har påvirket hverdagsrehabiliteringsindsatsen i ældreplejen i Thisted Kommune ud fra ovenstående punkter.

Baggrund

Siden 2015 har det været lovpligtigt for de danske kommuner at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset hverdagsrehabiliteringsforløb til de personer, der vurderes at kunne forbedre funktionsevnen og dermed nedsætte behovet for hjælp (Servicelovens § 83 a). Formålet med rehabilitering er at støtte svækkede ældre i så vidt muligt selv at løse hverdagsopgaver og dermed bevare livskvaliteten (Sundhedsstyrelsen).

I januar 2021 igangsatte Thisted Kommune projektet "Styrket omsorg og nærvær i ældreplejen via øget rehabilitering og intelligent teknologi". Projektets formål har været at undersøge om kommunen kan frigive tid til omsorg og nærvær i ældreplejen ved at tilvejebringe øget kvalitet i dokumentationen, og en mere effektiv tilrettelæggelse af den samlede rehabiliteringsindsats i Thisted Kommune.

Der er lavet en samlet evaluering af

- projektets udbytte
- innovationsprocessen
- Evalueringer af del-elementer i de tre spor: rehabilitering, dokumentation og teknologi

I denne rapport evalueres 'Rehabiliteringsgruppen, rehabiliteringsmøderne og rehabiliteringstid', som er en del af rehabiliteringssporet. Alle evalueringer er tilgængelige på www.fritaeldelev.dk

Resume

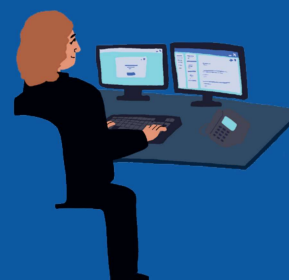
Thisted Kommune har i et innovationsforløb undersøgt og afprøvet, hvordan kommunen kan levere en mere effektiv tilrettelæggelse af hverdagsrehabiliteringsindsatsen på ældreområdet (§83a). I denne rapport præsenteres og evalueres den nye organisering af indsatsen. Der er afprøvet rehabiliteringsgrupper, to typer af tværfaglige rehabiliteringsmøder samt rehabiliteringstid til medarbejderne. Den nye organisering har medført en øget rehabiliteringsaktivitet, og det vurderes, at den nye organisering fungerer øger potentialet for en mere effektiv og sammenhængende rehabiliteringsindsats i Thisted Kommune.

Nuværende arbejdsgang

Der afholdes
et tværfagligt
gruppemøde hver
14. dag.

Visitator

Udvalgte borgere kommer i RH-forløb. Der visiteres til tre forløbstyper med forskellige RH-ydelser.



Forløbskoordinator

Terapeut eller tovholder i hjemmeplejen udpeges som forløbskoordinator afhængig af forløbstype.

Forløbskoordinator laver udredning evt. baseret på dokumentation i journal, hvis den er relevant. Forløbskoordinator fastsætter mål og laver handlingsanvisning.



Tværfaglig

Al rehabilitering drøftes 30 minutter hver anden uge på det tværfaglige gruppemøde med hele hjemmeplejeteamet.



Hjemmeplejer

Alle medarbejdere i hjemmeplejen leverer RH-ydelser. Der er svingende kvalitet i indsats, ofte forskellige medarbejdere på og ikke så hyppig dokumentation.



Opfølgning og afslutning

Opfølgning sker ikke naturligt – nogle gange er det også svært at følge op grundet manglende dokumentation.

Ikke altid at medarbejdere får justeret eller afsluttet ydelser, og givet besked til visitator.



Fremtidig arbejdsgang

Der afholdes et tværfagligt gruppemøde hver 14. dag + RH-gruppen mødes 1 gang ugentligt.

Visitorator

Alle nye borgere med RH-potentiale skal i RH-forløb. Borgerne visiteres til en type forløb, og der gives en RH-pakke.



Terapeut

Terapeut er forløbsansvarlig, og udarbejder udredning sammen med medarbejdere i RH-gruppen. Terapeuten laver en handlingsansvisning til hjemmeplejen, ift. hvad borgeren konkret skal rehabiliteres i.



Tværfaglig

Terapeuter fastsætter målsætning i samarbejde med andre fagligheder og ud fra borgerens funktionalitet og motivation.

Terapeuter og hjemmeplejere i RH-gruppen koordinerer på RH-møderne. Alle er ansvarlige for justering af handlingsanvisninger.



Hjemmeplejer

Besøgene foretages som udgangspunkt af RH-ressourceperson. Rehabiliterende tilgang anvendes i besøgene med udgangspunkt i handlingsanvisninger.

RH-tid på planen til afledte opgaver med et særligt fokus på løbende status på borgerens udvikling.



Opfølgning og afslutning

Opfølgning og afslutning koordineres på RH-møder. Visitorator justerer til.



Udfordringer

Thisted Kommune ser ind i en demografisk udfordring, hvor antallet af de ældre over 80 år stiger med 69 % frem mod 2036.

Samtidig får kommunen færre borgere i den arbejdsdygtige alder, og er ligesom resten af landet udfordret af rekruttering af sundhedspersonale. Én af de indsats, som skal være med til at skabe en balance mellem stigningen i antallet af ældre og de begrænsede personaleressourcer, er rehabilitering.

Thisted Kommune har siden 2016 arbejdet med hverdagsrehabilitering, og har bl.a. gennem et projekt i 2018 udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse for rehabiliteringsindsatsen i Thisted Kommune, som dybdegående beskriver arbejdsgangen, herunder roller og ansvar, for hhv. simple, moderate og komplekse rehabiliteringsforløb. En intern analyse udarbejdet i 2020 pegede imidlertid på, at der fortsat er et potentiale for at effektivisere rehabiliteringsindsatsen i kommunen (PWC, 2020). Analysen indikerede således, at den udarbejdede arbejdsgang ikke var implementeret succesfuldt i kommunen.

Som fundament for projektet blev der i foråret 2021 lavet observationer og interviews med medarbejdere, for at undersøge, hvad det konkret var, som udfordrede rehabiliteringen i kommunen. Fundene i feltarbejdet belyste blandt andet:

- Det er svært for medarbejderne at rehabilitere - mange føler ikke de har kompetencerne til at rehabilitere.
- Ofte er det ikke de samme hjemmeplejere, som får tid hos borgeren i rehabilitering, så den praktiske erfaring med borgerens tilstand bliver spredt ud på flere medarbejdere.
- Rehabilitering har mange betydninger for medarbejderne herunder hjælp til selvhjælp vs. kommunen skal spare penge.
- Manglende systematisk feedback hindrer en forbedring af indsatsen.
- Hjemmeplejen får ofte ikke meldt tilbage til visitationen, når borgeren har nået sit potentiale

for forbedring.

- Travlheden fjernede fokus, hvilket blandt andet gjorde, at øvelser, dokumentation og opfølgning ofte blev nedprioriteret.
- Nuværende arbejdsgang ikke er implementeret i praksis. Stort set kun én ud af tre forløbstyper blev anvendt.
- Tværfagligheden kunne styrkes, bl.a. bar eksisterende møder præg af status frem for handlingsorienteret dialog.
- Dokumentation blev ikke oplevet som fyldestgørende, og de forskellige faggrupper dokumenterede forskellige steder i systemet.

Der er i projektet lavet en længere indsigtsrapport, hvor ovenstående er uddybet ([Indsigtsrapport](#)).

Teoretisk fundament og hypoteser

Indsigterne fra feltarbejdet har dannet baggrund for idegenereringen af de prototyper, der er testet i projektet. Sideløbende er der udført et research-arbejde, hvor der er indsamlet viden og evidens på området, som har understøttet udviklingen og afprøvningen af indsatser.

Sundhedsstyrelsen har i november 2020 udgivet '[Rehabiliteringsforløb til ældre. Opsamling på evaluering og status på rehabilitering efter § 83 a i Danmark](#)', hvor de beskriver seks understøttende faktorer for rehabilitering. Disse 6 faktorer er anvendt som inspiration i udviklingen og afprøvningen af den rehabiliterende indsats. De 6 virkningsmekanismer er:

- Fælles forståelse af rehabilitering
- Borgerens udgangspunkt
- Kendskab og forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejdsgange
- Helhedsorienteret udredning og opfølgning
- Styrket koordination
- Flexibilitet og prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende

Derudover er [Sundhedsstyrelsens håndbog for rehabilitering](#) anvendt som inspirationsmateriale.

Målsætninger og forventede gevinster

Målet i rehabiliteringssporet i projektet har været at:

- Udvikle en organiseringsform, som understøtter en effektiv rehabiliteringsindsats af høj faglig kvalitet, hvor tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløbene skaber rammen for at

arbejde effektivt, fleksibelt og kontinuerligt.

- Udvikle en model for, at medarbejderne med speciale i rehabilitering kan levere en tværfaglig indsats med en helhedsorienteret udredning, tydelig rollefordeling, fælles løbende opfølgning og en klar afslutning.
- Skabe et fundament for et rehabiliterende mindset og en fælles forståelse hos alle medarbejdere på ældreområdet, så de fremadrettet har mere fokus på at arbejde tværfagligt, rehabiliterende og løsningsorienteret.



Hvad er afprøvet?

I nedenstående afsnit er en beskrivelse af, hvilke indsatser der er afprøvet med den nye organisering af rehabiliteringsindsatsen. Indsatserne benævnes i resten af rapporten som prototyper.

Rehabiliteringsgruppe

Thisted Kommune ønskede at undersøge, om en specialisering af rehabiliteringsindsatsen i hjemmeplejen kunne øge effektiviteten af rehabiliteringsindsatsen. Der er afprøvet, hvordan en gruppe af få udvalgte medarbejdere kan varetage hjælpen hos de borgere, der er i et rehabiliteringsforløb.

Der er derfor nedsat en rehabiliteringsgruppe (RH-gruppe) pr. geografisk område i hjemmeplejen bestående af 12-15 social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, og hvor der er en fast ergoterapeut og/eller fysioterapeut, en sygeplejerske, en planlægger samt en visitator tilknyttet gruppen. Ansvar for at varetage hverdagsrehabiliteringsforløbene, ligger hos medarbejderne i de enkelte rehabiliteringsgrupper. Terapeuten er forløbsansvarlig i alle rehabiliteringsforløb.

Der er afprøvet en decentral organisatorisk model, hvor medarbejderne i RH-gruppen er ansat i hhv. hjemmeplejen, Træning og Rehabilitering samt Visitation og Hjælpemiddeldepotet. Det betyder, at der er nedsat en rehabiliteringsgruppe pr. geografisk område i hjemmeplejen. Formålet med den decentrale organisering har været at sikre mulighed for monofaglig sparring og udvikling. Derudover har der været et geografisk hensyn at tage ift. etableringen af decentrale rehabiliteringsgrupper, da en eller flere centrale rehabiliteringsgrupper ville medføre køreafstande. Endvidere er det med Thisted Kommunes nuværende antal af rehabiliteringsforløb svært at oprette rene RH-ruter, hvormed der er behov for en mere fleksibel løsning.

Medarbejderne i hjemmeplejen, som er en del af rehabiliteringsgruppen, benævnes rehabiliteringsressourcepersoner (RH-ressourceperson). Medarbejderne indgår både i RH-gruppen, men er stadig en del af det

øvrige hjemmeplejeteam. Medarbejderne i rehabiliteringsgruppen skal altså køre særlige RH-ruter, men kan også levere andre ydelser, som de øvrige hjemmeplejere. Formålet med denne organisering har været at sikre god overgang for borgerne mellem et RH-forløb til almindelig hjemmepleje og omvendt, samt at sikre en vidensdeling fra RH-ressourcepersoner til resten af hjemmeplejens medarbejdere ift. den rehabiliterende tankegang.

Terapeuterne, som er tilknyttet RH-gruppen i hjemmeplejen, har organisatorisk tilhørsforhold til Træning og Rehabilitering, hvor de indgår som en del af et hverdagsrehabiliteringsteam. Visitatorerne, som er tilknyttet RH-gruppen, er ansat i Visitation og Hjælpemiddeldepotet.

Der er i de tidligere faser af projektet også testet en anden organisering, hvor medarbejderne i hjemmeplejen mere ad hoc indgår i en rehabiliteringsgruppe, når deres faste borgere får tildelt et §83a-forløb.

Rehabiliteringsmøder og Tværfaglige gruppemøder

En gang ugentligt mødes medarbejderne i rehabiliteringsgruppen til et rehabiliteringsmøde af en times varighed. Formålet med at afprøve rehabiliteringsmødet har været at finde en model for at styrke det tværfaglige samarbejde, koordineringen og opfølgningen af indsatser hos de borgere, som er i RH-forløb, samt skabe et forum for praksisnær sparring og kompetenceudvikling.

Hver 14. dag mødes alle medarbejdere i hjemmeplejen, herunder RH-ressourcepersonerne, til et tværfagligt gruppemøde i eget hjemmeplejeteam. På gruppemødet deltager den visitator og terapeut, som er tilknyttet hjemmeplejeteamet, og der bruges 15-30 minutter på at tale om rehabilitering. Formålet med at afprøve det tværfaglige gruppemøde som prototype har været at styrke opsporingen af borgere med RH-potentiale, sikre en god overlevering af borgere fra RH-forløb til almindelig hjemmepleje og sætte rehabiliteringen på dagsordenen blandt de medarbejdere, som ikke er i RH-gruppen.

Terapeuter som mødeleder

Et mål i projektet har været at finde en god skabelon for afholdelse af de to typer af møder. Et af de nye elementer har været, at terapeuterne tilknyttet RH-gruppen har fået en rolle som mødeledere. Terapeuterne har haft til opgave at inddrage alle faggrupper i drøftelserne på møderne, via coachende spørgsmål og gode eksempler på rehabilitering.

Målet har været, at terapeuterne kan facilitere og fastholde den rehabiliterende tilgang i drøftelsen af borgerforløbene, gennem anerkendelse og

nysgerrighed på alle faggruppers forståelse af rehabilitering. Ligeledes har terapeuterne fået opgaven med at sikre, at der blev udarbejdet og dokumenteret tværfaglige mål og rehabiliteringsplaner på borgere i §83a-forløb.

Der er, som en del af konceptet, blevet udviklet en mødeskabelon, arbejdsgangsbeskrivelse og drejebog, ligesom terapeuterne løbende har haft mulighed for monofaglig sparring på interne møder, samt modtaget kompetenceudvikling med fokus på coaching og mødeledelse af



Rehabiliteringsmøde

Mødet er ugentligt og varer 1 time.

Mødet foregår i hjemmeplejens grupperum.

På mødet deltager rehabiliteringsgruppen, samt ved behov en planlægger og teamleder fra hjemmeplejen.

Fokus:

- At få dybdegående drøftelse af borgere og en løbende justering af rehabiliteringsforløbet
- Sparring ift. Cura, hjælpemidler, praksisnære eksempler
- Opfølgning og beslutninger

Mødet har ikke eksisteret tidligere.



Det tværfaglige gruppemøde

Mødet varer 15-30 minutter og ligger hver 14. dag.

Mødet foregår i hjemmeplejens grupperum.

På mødet deltager hele hjemmeplejegruppen, teamleder, planlægger, visitator samt en fysio- og/eller ergoterapeut.

Fokus:

- At finde potentielle borgere til rehabiliteringsforløb
- At udsluse til evt. ordinær hjemmepleje efter rehabilitering

Mødet var en fast aktivitet i hjemmeplejen inden projektet.

Som organisation har vi brug for en tværfaglig gruppe med fokus på rehabilitering, så vi kan koordinere indsatsen til borgerne og gøre den helhedsorienteret.

Som medarbejder på ældreområdet har jeg brug for, at de tværfaglige møder er fokuserede og effektive, så der blev skabt en god tværfaglig dialog om rehabilitering, og borgerne dermed får et bedre forløb.

Som medarbejder i hjemmeplejen har jeg brug for rehabiliteringstid på min plan, så jeg har fleksibilitet i forhold til borgere i rehabilitering og og forberedelse til møder mv.



User stories

tværprofessionelle møder. Derudover har der været mulighed for ad-hoc sparring med en udviklingsterapeut, som også har lavet løbende observationer og givet individuel feedback til terapeuterne.

Rehabiliteringstid

En sidste prototype, som er knyttet til RH-gruppen, er, at medarbejderne i hjemmeplejen med et særligt rehabiliteringsansvar, RH-ressourcepersonerne, har fået afsat 15 minutters ekstra hvid tid på planen, som de kan anvende til rehabilitering, en såkaldt rehabiliteringstid (RH-tid). Medarbejderne vurderer selv, hvad rehabiliteringstiden skal anvendes på. Tiden bruges blandt andet som forberedelse til gruppemøder, koordinering med kollega, buffer i forhold til, at øvelser med borgeren kan trække ud, opdatering af handlingsanvisninger eller anden form for dokumentation, som er afledt af rehabiliteringen. Formålet har været at skabe fleksibilitet og prioritering af tid til det rehabiliterende arbejde.

Dokumentation

Der er som en del af den nye organisering arbejdet med ét type rehabiliteringsforløb, fremfor at skelne mellem simple, moderate og komplekse. I forbindelse med dette, er der udarbejdet en ny dokumentationspraksis.

Som en del af den nye dokumentationspraksis er der udarbejdet ydelsen 'RH-pakke' i Cura, så borgeren ikke længere visiteres til RH-enkeltydelser, men visiteres til en RH-pakke. Formålet med at anvende RH-pakker er bl.a. at skabe mere fleksibilitet for terapeuten ift. at udvælge rehabiliteringsfokus hos borgeren, og samtidig lette arbejdsgangen i oprettelsen af ydelser for visitator. Fleksibiliteten skal øge muligheden for at tage udgangspunkt i borgerens motivation, og dermed give borgeren mere selvbestemmelse og livskvalitet.

I den nye dokumentationspraksis er det

terapeutens ansvar, i samarbejde med hjemmeplejen, at udarbejde en målsætning og en rehabiliteringsplan på RH-pakken (handlingsanvisning), som de sammen med hjemmeplejen justerer, når indsatsen udvikler sig. Al tværfaglig dokumentation fra terapeuter og hjemmeplejen laves løbende via observationer under RH-pakken i Cura, hvorved alt dokumentationen fra alle fagligheder samles ét sted og bliver let tilgængelig.

Der har været et særligt fokus på at optimere anvendelsen af Cura. Den nye dokumentationspraksis har desuden haft til formål at understøtte de andre rehabiliteringstiltag, som der er arbejdet med i projektet 'Styrket omsorg og nærvær i hjemmeplejen', hvoraf de centrale dele er organiseringen af en tværfaglig rehabiliteringsgruppe og et rehabiliteringsmøde. Læs mere om den nye arbejdsgang for dokumentationen af rehabiliteringsforløb i særskilt evalueringsrapport på www.fritældreliv.dk.

Metode

Projektet har været tilrettelagt som et innovationsforløb ud fra metoden designtænkning. De grundlæggende faser i et innovationsforløb er udforskning af problemrummet, idegenerering af løsninger, udvikling af prototyper til test, test, opsamling/evaluering. Det er en cirkulær eller agil proces, hvor man bevæger sig frem og tilbage mellem faserne. Læs mere om innovationsprocessen på www.fritældreliv.dk.

Der er i løbet af projektet testet forskellige organiseringsformer og elementer af tværfagligt samarbejde. Udvalgte medarbejdere, som har været en del af de to test-teams, har i foråret 2021 efter feltarbejdet deltaget i en idegenereringsworkshop, hvor de kom med ideer til den nye organiseringsform og afprøvninger i forbindelse hermed. Herefter har der været tre test-runder af forskellig varighed.

Efter hver test er der foretaget en kvalitativ evaluering med de medarbejdere og videnspersoner, som har været en del af testen. Evalueringen er foregået på fælles evalueringsdage, hvor medarbejderne er spurgt ind til, hvad der har virket/ikke har virket i testen, samt hvad de har af forslag til justeringer. Disse evalueringer har dannet baggrund for justeringer i indsatsen, som efterfølgende er testet i en ny afprøvningsperiode.

De tre testrunder



Uge 20-22 i 2021

1. prototype

1. Test af et specialteam med 15 min. dagligt morgenmøde (Team Midtthy).
 2. Test af rehabiliteringsgruppe (Team Thisted Vest 1), hvor medarbejdere med rehabiliteringsforløb indgår i teamet og mødes 1 time ugentligt.
- Derudover er der testet dokumentationstid på 15 minutter, intensiv udredning i form af flere terapeutbesøg i begge områder.



Uge 43-50 i 2021

2. prototype

- Test af rehabiliteringsgruppe i både Team Midtthy og Team Thisted Vest.
- Begge har afholdt rehabiliteringsmøde én gang ugentligt. Forsøg med deltagelse af visitator og sygeplejerske.
- Mødet er udvidet med sygeplejerske.
- Introduktion til ny dokumentationspraksis i fagsystem.



Uge 2-14 i 2022

3. prototype

- Justering af test 2, men med 15 min. rehabiliteringstid til medarbejdere med RH-ruter.
- Test af tilbud om intensiv fysisk træning til borgere.
- Der fastholdes deltagelse af sygeplejerske og visitator på rehabiliteringsmøder.

EVALUERING

rehabilitering





Evaluering

I følgende evalueringsafsnit præsenteres de evalueringer, som løbende er foretaget med medarbejdere på evalueringsdagene kombineret med data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejderne i RH-gruppen. Empirien er primært indhentet fra evalueringsdagene med medarbejderne, men der er også medtaget input fra statusmøder og styregruppemøder. Afslutningsvist præsenteres en kvantitativ analyse, hvor der er indhentet data fra kommunens omsorgsjournalsystem, Cura.

RH-gruppe styrker kvaliteten af rehabiliteringsforløb

Generelt tyder evalueringen af RH-gruppen på, at en specialisering af indsatsen er med til at øge kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at medarbejderne i RH-gruppen føler sig bedre klædt på til at varetage opgaven hos borgere i RH-forløb:

"Det har været klart, hvad der ligger i rollen som RH-medarbejder. Det er ligesom en særlig kappe, jeg tager på" - Social- og Sundhedsassistent

Medarbejderne giver udtryk for, at indsatsen er blevet mere ensartet for borgeren samt at kontinuiteten giver et løft i kvaliteten af indsatsen, da man bedre kan følge op på handlinger og indsatser hos borgeren. Derudover giver medarbejderne udtryk for, at kontinuiteten i indsatsen giver bedre mulighed for et godt kendskab til borgeren, og at denne viden kan bruges aktivt i motiveringen til RH.

"Borgerne synes også, at det er dejligt. De ved sådan cirka, hvem der kommer. Det efterspørger borgerne rigtig meget. Jo mere man kender borgerne, jo bedre kan man motivere til RH og sætte motiverende mål. Det kan blive mere konkret, hvad man skal" – Hjemmehjælper

Medarbejderne i de to nedsatte RH-grupper fremhæver, at de oplever, at alle faggrupperne er kommet tættere på hinanden. Dette tyder på, at medarbejderne har et øget kendskab til hinanden, og derved en bedre forståelse for andre faggruppers kompetencer og arbejds gange.

Det øgede kendskab til de andre faggrupper i RH-gruppen medfører, at det er lettere for medarbejderne at tage mobilen og ringe til hinanden med henblik på koordinering eller sparring.

"Det er positivt, at man ved, at det er de samme man kan gå til – at det ikke er alle, som har ansvaret" – Terapeut

*"Vi er landet et ret godt sted. Jeg synes, at der er kommet mere styr på vores roller og strukturen er blevet god. Man har kunnet mærke, at der sker en udvikling i måden vi tænker rehabilitering på. Folk bliver ikke så skræmte af det mere. Det er blevet mere sådan "dagligdagstale"
- Terapeut*



Gruppen oplever også, at deres møder, dokumentationen og indsatsen er blevet bedre over tid, men særligt at koordineringen af aktiviteter er hyppigere og bedre end for et år siden. Der bliver givet udtryk for, at "tingene går simpelthen stærkere. Og så er det bare det helt rigtige team af faggrupper" - Sygeplejerske. En social- og Sundhedsassistent udtaler:

"Nu har jeg været med helt siden vi startede. Og jeg synes bare, at det er blevet bedre og bedre jo mere vi har evalueret på det, og her til sidst synes jeg faktisk, at det er den bedste version af det vi har afprøvet i alt den tid her. Jeg synes, at det har været spændende og lærerigt at være med"

Terapeuterne fremhæver også, at de oplever at møde et engageret personale i hjemmeplejen, som brænder for rehabilitering. Det er tydeligt, at dem som er blevet en del af rehabiliteringsgruppen ifølge terapeuterne, har større forståelse og motivation for at arbejde rehabiliterende.

I starten af testperioden kunne der særligt være modstand i hjemmeplejen, hvis der skulle drøftes en borger, som aldrig ville kunne blive 100% selvhjulpne. Hvor man i begyndelsen af projektet havde mange drøftelser omkring, hvordan man leverede rehabilitering, ses nu en tendens til at medarbejderne i hjemmeplejen kan nuancere indsatsen, så der er en god balance mellem at "hjælpe for meget og have hænderne på ryggen".

"Dem der ikke før tænkte RH, er måske blevet mere opmærksomme på det. Vi er blevet opmærksomme på at gøre tingene ens, og fx det her med at vaske på ryggen, det gør vi ikke mere. Vi har også oplevet at kollegaer uden for RH-gruppen er kommet til medarbejdere i RH-gruppen om potentielle borgere. Der ligger også tit en observation" – Social- og Sundhedsassistent

Noget tyder derfor på, at der er påbegyndt en ændring i måden at forstå rehabilitering på – særligt for medarbejderne i RH-gruppen, men også blandt medarbejdere i det øvrige hjemmeplejeteam. Der bliver dog stadig givet udtryk for, at denne nuancering i rehabiliteringsbegrebet og rollen som RH-medarbejder stadig kan være svær for nogle.

Eksempelvis angiver en medarbejder, at da der ikke var flere RH-borgere på vedkommendes rute, så kunne rollen som RH-medarbejder ikke udføres. Dette tyder altså på, at der stadig er behov for at arbejde med rollen som RH-medarbejder og tydeliggøre, at man altid skal tænke RH – også selv om det måske ikke altid er RH-borgere, man kommer ved.

Også visitatorerne har nuanceret deres forståelse af rehabilitering. Før projektet har der været en tendens til, at borgerne primært blev visiteret et RH-forløb, hvis der var et potentiale til, at de kunne blive helt selvhjulpne i en opgave. I dag gives der udtryk for, at rehabilitering i lige så høj grad handler om at blive delvist selvhjulpne, eller anses som et forløb, der skal være med til at afklare, hvad borgeren kan/ikke kan. Det har gjort, at flere visitatorer tænker RH som førstevalget.

"Hvis det stod til mig, skulle alle borgere i et rehabiliteringsforløb, når de bliver udskrevet. Så kan vi sammen med borgerne få afklaret, hvad kan de og hvad kan de ikke, når de er kommet hjem i vanlige omgivelser. De kan typisk væsentlig mere, når de er i vante rammer end på hospitalet" – Visitator

Ifølge hjemmeplejen opleves der imidlertid stadig udfordringer med, at nogle borgere er visiteret et RH-forløb, hvor der ikke opleves et RH-potentiale i forbindelse med udredning. Noget indikerer således, at der fortsat er behov for et fokus på visitationen til at rette borgere til RH-forløb.

Planlægning

Hjemmeplejen har erfaret, at der nogle gange opstår ruter, hvor der ikke er særlig mange eller slet ingen RH-borgere. Dette kan eksempelvis være fordi, at borgerne er flyttet, har opnået målet med deres RH-forløb eller andet. Det betyder, at medarbejdere i rehabiliteringsgruppen i perioder kan opleve ikke at kunne levere så meget rehabilitering, som ønsket. Derudover kan rehabilitering blive nedprioriteret i planlægningen, når der er mangel på personale. Det går ud over kontinuiteten, og det bliver et konkret problem, hvis der ikke sidder en person som kender borgeren, når denne gennemgås på et rehabiliteringsmøde.

“Vi skal turde at sadle om i situationen. Ruter, hvor den ene medarbejder er væk, her skal den anden fra rehabiliteringsgruppen på RH-ruten. Så må den øvrige stab dækkes ind”- Terapeut

Forløbstyper, roller og opsporing

Dét, at organisationen har reduceret de tre forskellige forløbstyper til ét, og gjort terapeuten til forløbskoordinator har betydet, at rollerne er mere tydelige for alle. Hjemmeplejen har i den nye version ikke savnet de simple forløb, som tidligere var dem, hvor de selv var forløbskoordinator.

Det er tydeligt for de fleste, hvad der ligger i rollen, hvis man som hjemmeplejer er en del af rehabiliteringsgruppen, men der er stadig potentiale for at tydeliggøre funktionen. I hjemmeplejen oplever de rehabiliteringsansvarlige, at kollegaer er begyndt at komme med forslag til borgere, som kunne have gavn af rehabilitering. Det vurderes derfor, at det for alle medarbejdere er tydeligt, hvem som har ansvaret for og viden om rehabilitering.

Tidligere havde udvalgte medarbejderne en rolle som tovholder, men fordi tovholder-rollen ikke var synlig i hverdagen, betød det, at de ikke på samme måde fik henvendelser fra kollegaerne. Synligheden er kommet i og med, at rehabiliteringsmøderne, rehabiliteringstiden og rehabiliteringsruterne er kommet. Der er dog også få medarbejdere uden for rehabiliteringsgruppen, som skubber ansvaret fra sig, da de føler, at rehabiliteringsgruppen skal tage hele ansvaret. Det vurderes, at der skal være et særligt fokus på dynamikken mellem hjemmeplejere i rehabiliteringsgruppen og de øvrige medarbejdere i hjemmeplejen.

“I starten var der lidt usikkerhed omkring, hvad rehabiliteringsgruppen kunne, men det er blevet bedre, nu kommer folk til os.” - Hjemmeplejer

Ny struktur for tværfaglige møder

Rehabiliteringsmøder medfører styrket koordinering, opfølgning og tilpasning af forløb ud fra borgerens behov

Medarbejderne er rigtig glade for at have to mødetyper, da de ikke mener, at ét møde kan

rumme det hele. De oplever, at der tales om rehabilitering på forskellige måder i de to møder.

Tværfagligt gruppemøde

De tværfaglige gruppemøder er mere intense, da der kun er afsat 15-30 minutter til rehabilitering, og alle i hjemmeplejen deltager. Det er typisk opsporing, som er på dagsordenen, eller udslusning af borgere, som har været i rehabiliteringsforløb og som nu skal have ordinær hjemmepleje.

Nogle medarbejdere oplever, at de hjemmeplejere, som ikke er en del af rehabiliteringsgruppen, ikke altid finder, at rehabilitering er det vigtigste at tale om. Det er for flere i rehabiliteringsgruppen også nødvendigt, at man på det tværfaglige gruppemøde kan klæde hinanden på ift. at håndtere potentielle konflikter, men det er lige så vigtigt, at man får fortalt succeshistorierne, så resten af hjemmeplejen også får erfaring med succesfuld rehabilitering.

Rehabiliteringsmøde

Medarbejderne i RH-gruppen giver udtryk for, at det ugentlige rehabiliteringsmøde er central for RH-gruppens funktion. På RH-gruppemøderne får medarbejderne mulighed for tværfaglig sparring, og RH-gruppen når at vende de fleste af de borgere, som er i RH-forløb. Fokus er på at få ensrettet arbejdet og indsatsen ude hos borgeren, justere og/eller afslutte ydelsen ved behov. Derudover er møderne rum for praksisnær kompetenceudvikling, da der tages udgangspunkt i konkrete borgercases, hvilket gør, at RH-medarbejderne er bedre klædt på til at varetage opgaven hos borgere i RH-forløb.

Der gives udtryk for, at det fungerer godt, at alle faggrupperne fra RH-gruppen deltager i RH-møderne, da man dermed kommer hele vejen rundt om borgeren. Dette indikerer, at møderne bidrager til, at RH-gruppen tager udgangspunkt i borgerens tilstand og behov, og at forløbene tilpasses ud fra dette. I de første to test har det været afprøvet, at visitator ikke deltog af tidsmæssige hensyn. Her var oplevelsen, at visitator gik glip af værdifulde oplysninger, og omvendt at gruppen manglede visitators viden om borger og faglighed. Derudover har visitator fokus på justering



af tid og ydelser, hvilket er afgørende ift. at tilrette tiden hos borgerne og/eller afslutte ydelser. I tredje test deltog visitator derfor på møderne, hvilket oplevedes som positivt og tidsbesparende:

"Det opleves godt at have visitator med, så man med det samme kan få rundet noget af, få justeret til mv. Vi kan gøre det med det samme. Det bliver meget effektivt, når visitator er der" – Social- og Sundhedsassistent

Dette er med til at indikere, at rehabiliteringsmødet er med til at sikre effektiv tilrettelagte forløb. Der ses en tendens til, at medarbejderne har et øget fokus på løsningsforslag og handleplaner i forhold til borgeren, og møderne er blev langt mere effektive og værdifulde end for et år siden. Medarbejderne oplever også, at deres faglighed ift. rehabilitering og viden er blevet koblet tættere med de andre faggrupper. Mange af dem har en oplevelse af de interne arbejdsprocesser er blevet styrket på tværs.

I dag er der en dialog, hvor gruppen er fælles om at udforske, hvilke dele der er realistiske at rehabilitere borgeren i. Der bliver delt forskellige perspektiver i forhold borgeren, hvilket alle vurderer som værdifuldt. Det gælder især, hvis en borger har forskellige fortællinger til de forskellige faggrupper, men i lige så høj grad kan flere medarbejdere også bedre danne sig et overblik over borgerens behov og motivation.

Nogle gange kan der også være divergens i forskellen mellem terapeuter, visitatorer og hjemmeplejers oplevelse. Det er nemmere at få belyst, hvorfor der er divergens på fysiske møder, hvor man kan være mere udforskende og undersøgende ift. de forskellige oplevelser af borgeren. Tidligere ville det aflede kommunikation frem og tilbage, men nu ved medarbejderne, at de kan drøfte det på møderne.

Der er stadig en udfordring med, hvordan der kan træffes en endelig beslutning i de få rehabiliteringsforløb, hvor man ikke er enige tværfagligt. Her kan drøftelserne godt trække lidt ud, så der ville det være en fordel at tydeliggøre de forskellige roller og deres mandat endnu mere. Et forslag kunne være, at man i disse tilfælde kunne løfte det op på et tværfagligt feedback-møde med de forskellige områders teamledere og

fagkoordinatorer.

Det kan af og til være svært at prioritere, at alle medarbejdere i gruppen deltager i møderne. Det er et højt ønske for medarbejderne at være med til møderne, da de oplever at mangle sparring i løbet af ugen, hvis de på grund af ferie, fravær eller andet ikke kan deltage. Fra planlæggers synspunkt kan det også være svært at få planlagt, at alle medarbejderne i gruppen deltager, når der i perioder er meget ressourcemangel.

Der er begyndt at være forskellige læringsindslag på rehabiliteringsmøderne, men terapeuter vurderer, at eksempelvis introduktioner til forskellige hjælpemidler vil være relevant at have med hele hjemmeplejen på det tværfaglige gruppemøde. Der er en generel opfattelse af, at terapeuternes sparring giver værdi, eksempelvis nævner en medarbejder, at nogle tips til badestol har kunne anvendes på andre borgere, som ikke er i rehabilitering.

Tværfagligheden gjorde, at rehabiliteringsgruppen før primært var afhængig af Cura. Nu får man en masse ekstra viden på møderne, som kan bruges ude ved borgerne.

Dokumentation

Mødenotaterne fungerer ifølge medarbejderne rigtig godt. De har givet en god mødestruktur, som understøttes af teamleder og planlægger (i Midtthy) skriver borgere, som skal drøftes, op på en tavle inden mødet går i gang. Det gør det let at planlægge, hvor lang tid der er på mødet til at drøfte de forskellige borgere.

Terapeuten som mødeleder

Medarbejderne er meget tilfredse med den nye model, hvor terapeuterne er mødeleder. Det er rart for alle i gruppen at vide, hvem der har teten på, hvad der skal drøftes.

Terapeuterne er igennem afprøvningen blevet tydeligere i mødelederrollen. Dette ses bl.a. ved, at terapeuterne indimellem ved mødernes start udtrykker: "I dag er det så mig der har

mødelederrollen” eller lignende. Terapeuternes adfærd som mødeleder er professionel og anerkendende, og de efterspørger og er i høj grad nysgerrige på de andre faggruppers viden om de enkelte borgerforløb.

Terapeuterne har løbende gennem projektperioden fået mere fokus på at samle op på løsningsforslag og facilitere udarbejdelsen af en handleplan. Nogle af terapeuterne har afprøvet mødelederrollen i længere tid end andre af deres terapeutkollegaer. Disse terapeuter har på eget initiativ igangsat et fagligt indslag i starten af det tværfaglige møde for at facilitere og fastholde en rehabiliterende tilgang. De faglige indslag består bl.a. af gode ”fif” og hjælpemidler til at arbejde rehabiliterende og understøtte borgerens selvhjulpethed. De andre afprøvningssteams er blevet inspireret af dette, hvorfor de faglige indslag med fokus på rehabiliterende tiltag nu foregår månedligt på de tværfaglige møder, faciliteret af terapeuterne.

Terapeuterne har løbende fået individuel supervision og feedback på deres mødelederrolle. Her er de overordnet set vejledt til fortsat at have fokus på at ”tage mandatet” som mødeleder, sikre opsamling og handleplan, stoppe drøftelser der kommer ud ad en tangent, tydeliggøre de gode historier via praksisnære eksempler, og sikre at det aftalte dokumenteres. Det understøttes af de observationer, som er lavet, hvor møderne efter et år er meget effektive og faglige. Der må påregnes lidt oplæring til nye terapeuter, når de skal indtage rollen, men det vurderes også, at der er meget læring at hente, ved at opleve andre terapeuter facilitere.

Det vurderes derfor, at der er potentialer i at fortsætte de tværfaglige møder og fokusere anvendelsen af værktøjer til mødefacilitering, der sætter borgerens livskvalitet og selvbestemmelse i centrum.

Rehabiliteringstid giver tid til rehabilitering

Rehabiliteringstiden har givet medarbejderne i hjemmeplejen fleksibilitet og prioritering af tid til at arbejde rehabiliterende. Tiden anvendes forskelligt alt efter behov, men det er eksempelvis opgaver som at dokumentere, læse op på borgere, bestille hjælpemidler og sparre med hinanden.

Medarbejderne oplever, at borgere i rehabilitering kræver mere dokumentation, da der oftere er behov for opsamling, justeringer af handlingsanvisninger, men det kan også være nødvendigt at forberede sig til møder fx ved opsporing af borgere med rehabiliteringspotentiale. Der bliver givet udtryk for, at udbyttet af rehabiliteringsmøderne bedres, hvis RH-ressourcepersonerne har haft tid til at forberede sig til møderne, hvilket de bl.a. har brugt noget af RH-tiden på.

Tiden fungerer også som en buffer i dagligdagen, hvis en borger er lidt længere tid om at lave øvelser end forventet. Det giver derfor ro omkring rehabiliteringen i en travl hverdag, hvor medarbejderne i afdækningsfasen sagde, at man ofte ville droppe rehabilitering, hvis man var bagud i planen.

Det fungerer godt med rehabiliteringstiden, de dage hvor den er på. Medarbejderne oplever, at det kan variere, hvornår og hvordan tiden er på deres plan – det hænger ikke altid sammen med om medarbejderne har haft borgere i rehabilitering på planen. Flere ønsker, at rehabiliteringstiden ligger på samme tidspunkt som ens kollegaer, så man lettere kan sparre, men det er ikke altid det kan lade sig gøre i praksis.

Terapeuterne tilskriver, at rehabiliteringstiden har givet et stort løft i dokumentationen, og der ligger flere observationer end tidligere. Det giver nogle bedre møder, hvor man også kan drøfte borgere, selvom de ansvarlige medarbejdere ikke er der.

Information til borgere er afgørende for vellykkede rehabiliteringsforløb

Der er i løbet af projektet oplevet mange succesfulde rehabiliteringsforløb. Dog opleves der sommetider udfordringer med borgere, som ikke føler de får det, de er blevet lovet, særligt når det er sygehuset, som har haft den første kontakt. Erfaringen er, at sygeplejerskerne på sygehuset ikke altid får formidlet, at kommunen tænker de skal i rehabilitering.

Det har i projektet været drøftet om visitator kan tage en mere aktiv rolle i at kontakte borgeren, når de bliver udskrevet fra sygehuset og lave en forventningsafstemning. Det er endnu ikke testet

systematisk, men der kunne være potentiale i at få dette implementeret som en fast arbejdsgang. Det kunne eventuelt ske i sammenhæng med en kommunal afklaring af borgerens funktioner, så kommunen får en vurdering baseret på, at borgeren er i eget hjem og ikke i hospitalsregi.

Flere peger på, at de mangler informationsmateriale, fx en pjece til borgeren og hjælp til formidling. Det gælder særligt, når de oplever modstand. Det er nemmere for medarbejderne, hvis konflikter mellem medarbejdere, borgere og pårørende kan tages i opløbet. Medarbejderne tror også, at det vil give de pårørende bedre mulighed for at hjælpe og guide borgeren.

“Man skal have de her værktøjer til, hvordan vi forklarer borgerne bedst muligt, hvad det her går ud på. Vi kommer ikke for at svinge pisken, vi kommer ikke for at træde på dem eller nedgøre dem - eller på nogen måde trække noget ned over hovedet på dem. Vi vil egentlig bare hjælpe dem med det, som de selv kan. Og når det så sker, så får de jo en kæmpe succes. Men skal lige ud over den steppe” - Terapeut

“Det handler måske lidt om, hvordan man serverer den for borgeren. For siger man, at “du skal modtage rehabilitering”, så stejler de måske. Men siger man “nu skal vi hjælpe dig med at finde ud af, hvad du kan selv, og vi tror at du kan komme til at kunne det her selv igen”, så er det måske lidt mere spiseligt”- Hjemmeplejer

Ovenstående tyder på, at der fortsat ses et behov for at arbejde med informationen om rehabilitering til borgere og pårørende.

RH-RESSOURCE GRUPPEMØDE

1 TIMES GRUNDIG GENNEMGANG AF DE ENKELTE BORGERE I RH-FORLØB. TEAM THISTED VEST 1

DELTAGERE:

- RH-ressourcegruppen, terapeut styrer mødet
- Kontaktpersoner for borgere med RH-ryddelse

INDEN MØDET

Kontaktpersonerne melder ind til terapeut (mødeleder) hvilke borgere, der skal gennemgås.

START (ca. 5 min)

- Hurtig gennemgang af hvilke borgere, der skal gennemgås

MIDT (ca. 45 min)

- Gennemgang af alle borgere
- Overordnet tværfagligt mål
- Borgers mål
- Problemstilling
- Dato for opfølgning
- Slut dato for RH-forløb
- Skal andre vagttag inddrages?
- Demonstration af øvelser / faglig sparring



SLUT (ca. 15 min)

- Tips til dokumentation
- Aftaler til næste gang - hvem gør hvad?

Har du brug for hjælp, så tag fat i fagkoordinator Heidi Schelle Troelsgaard på hstr@thisted.dk eller telefon +4529652042

Eksempel på en mødebeskrivelse, som blev lavet til medarbejderne ved den 1. test.

Udviklingen i antal §83a forløb og §83a visiterede timer i projektperioden

Der er i projektperioden sket en stigning i antallet af §83a forløb i begge afprøvningsgrupper. I Team Midtthy er stigningen på 13 forløb og i Team Thisted 17 forløb, når antal §83a forløb i uge 1 2021 sammenlignes med antal §83a forløb i uge 16 2022. Ligeså ses i samme periode en stigning i antallet af §83a visiterede timer på 12,97% i Team Thisted og 63,55% i Team Midtthy.

Disse stigninger i antal §83a forløb og §83a visiterede timer anses som et tegn på, at der i projektperioden er sket en forbedring af rehabiliteringsindsatsen, da stigningen tolkes som et øget fokus på rehabilitering.

Stigningen i antallet af §83a forløb og §83a timer ses allerede i ugerne før den første test, hvilket kan være et tegn på, at italesættelsen af rehabilitering og de fremtidige tests i sig selv har været med til at øge rehabiliteringsaktiviteten.

Ydermere ses en afsmittende effekt på de teams, som ikke har været en del af testen, da antal §83a forløb og §83a visiterede timer også stiger her under projektperioden. Dette kan eventuelt forklares ved, at visitationens organisering går på tværs af de eksisterende hjemmeplejegrupper, og at alle terapeuter har deltaget i interne sparringsmøder om konsulentrollen og projektet.

Til trods for stigningen i antal visiterede §83a timer, ses der i de fleste hjemmeplejeteams et fald i det samlede forbrug af visiterede §83 og §83a timer under projektperioden. Dette gør sig gældende både i Team Thisted og Team Midtthy, hvor der ses et fald på henholdsvis 28,56% og 2,72%. I Team Sydthy ses et fald på 10,32%, hvorimod der i Team Nordthy Hannæs observeres en stigning på 14,78% under projektperioden. Dette medfører tilsammen et fald på 12,37% i det samlede forbrug af visiterede §83 og §83a timer i Thisted Kommune under projektperioden, hvor faldet især synes at ske i forbindelse med den anden afprøvning omkring uge 43 2021.

Der kan være flere mulige årsager til dette fald. En antagelse kan være, at dele af faldet i antal timer skyldes det øgede fokus på rehabilitering og en

afsmittende effekt, men det er svært at påvise en direkte årsagssammenhæng med projektet her.

Ændring i daglige §83 timer efter rehabiliteringsforløb

Ændringen i borgernes behov for hjemmehjælp analyseres via deres daglige forbrug af §83 timer. Antallet af daglige §83 timer under projektperioden er sammenlignet med en lignende periode **før** projektet, for at undersøge om projektet og dets testelementer har forbedret rehabiliteringsindsatsen og nedsat borgernes behov for hjælp (færre §83 timer).

Analysen er foretaget i Team Midtthy og Team Thisted Vest, hvor rehabiliteringsforløb i perioden: 1.10.21-1.4.22 er **projektgruppen**, og rehabiliteringsforløb i perioden: 1.10.20-1.4.21 er **kontrolgruppen**.

I begge grupper er antallet af daglige §83 timer sammenlignet før og efter et rehabiliteringsforløb, samt 8 uger efter afsluttet forløb. Sidstnævnte analyse er for at undersøge, om rehabiliteringsforløbets eventuelle effekt er vedvarende.

Borgernes typiske ændring i behovet for hjælp illustreres via medianen eller den gennemsnitlige ændring i daglige §83 timer efter et rehabiliteringsforløb. Desuden illustreres ændringen i borgernes behov for hjælp via 6 kategorier. Ønskes der indsigt i variationen i data og hvilke statistiske metoder der er anvendt, kan dette rekvireres ved at kontakte projektleder.



edik elskjstens
Kristeligt Dagb
Bygning foran ikon
"Viking"-bog? Her er
hogs bogreol

TEAM THISTED

Ændring i daglige §83 timer efter rehabiliteringsforløb

I tabellen herunder illustreres borgernes gennemsnitlige ændring i daglige §83 visiterede timer efter et rehabiliteringsforløb i Team Thisted.

Periode	Den typiske ændring i daglige §83 timer efter et rehabiliteringsforløb (gennemsnit)
Projektgruppe (52 borgere)	0,16
Kontrolgruppe (29 borgere)	0,15

Tabel 1.12

Den gennemsnitlige ændring i daglige §83 timer efter et rehabiliteringsforløb synes at være den samme i projekt- (0,16) og kontrolgruppen (0,15). Derfor synes projektet umiddelbart ikke at have nedsat borgernes behov for hjælp efter et rehabiliteringsforløb. Resultatet er ikke statistisk signifikant, hvorfor forskellen mellem grupperne kan være en tilfældighed.

Nedenstående tabel illustrerer borgernes ændring i behov for hjælp via 6 kategorier:

Ændring i hjælp efter RH-forløb	Antal borgere (kontrolgruppen)	Antal borgere (projektgruppen)
Fra ingen hjælp til ingen hjælp	3 (10,34%)	8 (15,09%)
Fra ingen hjælp til hjælp	10 (34,48%)	15 (28,30%)
Fra hjælp til ingen hjælp	2 (6,90%)	3 (5,66%)
Fra hjælp til mindre hjælp	4 (13,79%)	8 (15,09%)
Fra hjælp til samme hjælp	3 (10,34%)	8 (15,09%)
Fra hjælp til mere hjælp	7 (24,14%)	11 (20,75%)

Tabel 2.12

Tabel 2.12 viser, at størstedelen af borgerne i begge grupper går fra at være selvhjulpne til at få hjemmehjælp efter rehabiliteringsforløbet. I projektgruppen har hver femte borger behov for mere hjælp efter et rehabiliteringsforløb, hvilket gælder for ca. hver fjerde i kontrolgruppen.

Dette kan muligvis skyldes, at der i projektgruppen er flere borgere, der modtager det samme antal §83 timer efter rehabiliteringsforløbet end i kontrolgruppen. Dette kan eventuelt skyldes et skærpet forebyggende fokus i projektgruppen, hvilket anses som et tegn på forbedring af rehabiliteringsindsatsen. I projektgruppen forbliver 15,09% selvhjulpne efter et rehabiliteringsforløb, hvilket er lidt lavere i kontrolgruppen (10,34%). Denne forskel kan ligeså være et udtryk for en forbedret rehabiliteringsindsats.

Ændring i daglige §83 timer 8 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb

I tabellen herunder illustreres borgernes gennemsnitlige ændring i daglige §83 visiterede timer 8 uger efter et rehabiliteringsforløb i Team Thisted.

Periode	Den typiske ændring i daglige §83 timer 8 uger efter et rehabiliteringsforløb (gennemsnit)
Projektgruppe (47 borgere)	-0,04
Kontrolgruppe (29 borgere)	-0,06

Tabel 3.12

I begge grupper sker der et fald i daglige §83 timer i ugerne efter rehabiliteringsforløbets afslutning. Det største fald i antal daglige §83 timer synes at ske i kontrolgruppen (-0,06). Derfor synes projektet umiddelbart ikke at have forbedret rehabiliteringsindsatsen. Resultatet er ikke statistisk signifikant, hvorfor forskellen mellem grupperne kan være en tilfældighed.

Nedenstående tabel viser hvordan borgernes behov for hjælp ændrer sig i ugerne efter afsluttet rehabiliteringsforløb:

Ændring i hjælp 8 uger efter RH-forløb	Antal borgere (kontrolgruppen)	Antal borgere (projektgruppen)
Fra ingen hjælp til ingen hjælp	5 (17,24%)	11 (23,40%)
Fra ingen hjælp til hjælp	0	1 (2,12%)
Fra hjælp til ingen hjælp	2 (6,90%)	6 (12,77%)
Fra hjælp til mindre hjælp	4 (13,79%)	2 (4,26%)
Fra hjælp til samme hjælp	13 (44,83%)	20 (42,56%)
Fra hjælp til mere hjælp	5 (17,24%)	8 (17,02%)

Tabel 4.12

Tabel 4.12 viser, at størstedelen af borgerne i begge grupper er forblevet selvhjulpne 8 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb. I projektgruppen er dette dog gældende for en større andel end i kontrolgruppen, hvilket kan være et udtryk for en forbedret rehabiliteringsindsats, da effekten af forløbet i højere grad er vedblivende 8 uger efter afsluttet forløb. Ligeså er andelen af borgere der går fra "hjælp til ingen hjælp" dobbelt så stor i projektgruppen (12,77%) sammenlignet med kontrolgruppen.

En større andel af borgerne i kontrolgruppen synes dog også at have et dalende behov for hjemmehjælp ugerne efter afsluttet rehabiliteringsforløb, da 13,79% af borgerne går fra "hjælp til mindre hjælp." Udviklingen i at borgerne går fra at få mindre hjemmehjælp til ingen hjemmehjælp at få 8 uger efter rehabiliteringsforløbet, kan være et tegn på en forbedret rehabiliteringsindsats i forbindelse med projektet, da flere borgere bliver helt selvhjulpne i projektperioden.



TEAM MIDTTTHY

Ændring i daglige §83 timer efter rehabiliteringsforløb

I tabellen herunder illustreres borgernes typiske ændring i daglige §83 visiterede timer efter et rehabiliteringsforløb i Team Midtthly. Den typiske ændring illustreres via medianen, da data for team Midtthly fordeler sig på en måde, hvor denne er den mest hensigtsmæssige at anvende.

Periode	Den typiske ændring i daglige §83 timer efter et rehabiliteringsforløb (gennemsnit)
Projektgruppe (52 borgere)	0
Kontrolgruppe (37 borgere)	0,01

Tabel 5.12

I projektgruppen ændrer borgernes daglige §83 timer sig umiddelbart ikke efter et rehabiliteringsforløb, da medianen er 0. I kontrolgruppen synes der typisk at være en lille stigning i antallet af daglige §83 timer efter et rehabiliteringsforløb (0,01). Forskellen synes dog at være så lille, at det kan diskuteres hvorvidt det kan betragtes som et tegn på en forbedring af rehabiliteringsindsatsen. Ydermere er forskellen ikke statistisk signifikant, hvorfor det kan være en tilfældighed.

Tabel 6.12 illustrerer borgernes ændring i behov for hjælp via 6 kategorier:

Tabellen viser, at størstedelen af borgerne i projektgruppen bliver selvhjulpne igen efter et rehabiliteringsforløb, da lidt over hver tredje borger (34,62%) placeres i kategorien "fra ingen hjælp til ingen hjælp".

Modsæt går ca. hver fjerde borger i kontrolgruppen fra at være selvhjulpne til at få hjælp efter et rehabiliteringsforløb, da 24,32% af borgere her placerer sig i kategorien "fra ingen hjælp til hjælp". Ydermere er der en større andel af borgerne i projektgruppen der går "fra hjælp til ingen hjælp" efter rehabiliteringsforløbet sammenlignet med kontrolgruppen. Ligeså er der en større andel af borgerne i kontrolgruppen der går "fra hjælp

Ændring i hjælp efter RH-forløb	Antal borgere (kontrolgruppen)	Antal borgere (projektgruppen)
Fra ingen hjælp til ingen hjælp	7 = 18,92 %	18 = 34,62 %
Fra ingen hjælp til hjælp	9 = 24,32 %	7 = 13,46 %
Fra hjælp til ingen hjælp	3 = 8,11 %	7 = 13,46 %
Fra hjælp til mindre hjælp	6 = 16,22 %	7 = 13,46 %
Fra hjælp til samme hjælp	2 = 5,51 %	6 = 11,54 %
Fra hjælp til mere hjælp	10 = 27,02 %	7 = 13,46 %

Tabel 6.12

til mere hjælp" efter et rehabiliteringsforløb sammenlignet med projektgruppen. Dette kan alt sammen være et muligt tegn på, at rehabiliteringsindsatsen er blevet forbedret i forbindelse med projektet.

Ændring i daglige §83 timer 8 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb

I tabellen herunder illustreres borgernes gennemsnitlige ændring i daglige §83 visiterede timer 8 uger efter et rehabiliteringsforløb i Team Midtthly.

Periode	Den typiske ændring i daglige §83 timer 8 uger efter et rehabiliteringsforløb (gennemsnit)
Projektgruppe (47 borgere)	-0,04
Kontrolgruppe (29 borgere)	-0,06

Tabel 7.12

Gruppernes daglige §83 timer ændrer sig umiddelbart ikke efter et rehabiliteringsforløb, da medianen for begge grupper er 0. Derfor synes projektet umiddelbart ikke at have forbedret rehabiliteringsindsatsen.

Nedenstående tabel viser, hvordan borgernes

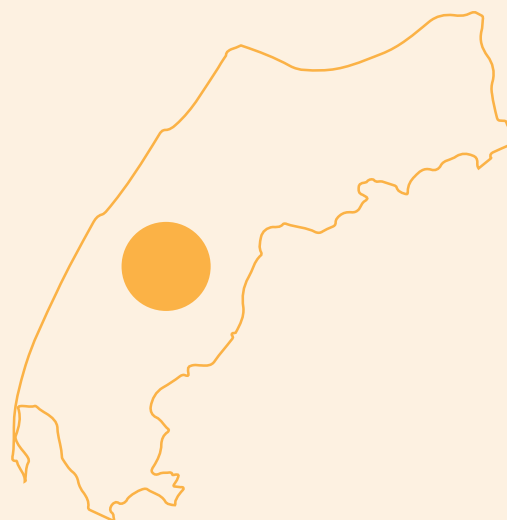
behov for hjælp ændrer sig i ugerne efter afsluttet rehabiliteringsforløb:

Ændring i hjælp 8 uger efter RH-forløb	Antal borgere (kontrolgruppen)	Antal borgere (projektgruppen)
Fra ingen hjælp til ingen hjælp	9 = 30 %	12 = 44,44 %
Fra ingen hjælp til hjælp	1 = 3,33	1 = 3,70
Fra hjælp til ingen hjælp	3 = 10	3 = 11,11
Fra hjælp til mindre hjælp	6 = 20	1 = 3,70
Fra hjælp til samme hjælp	7 = 23,33	8 = 29,63
Fra hjælp til mere hjælp	4 = 13,33	2 = 7,41

Tabel 8.12

Tabel 08.12 viser, at størstedelen af borgerne i begge grupper er forblevet selvhjulpne 8 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb. I projektgruppen er dette dog gældende for en noget større andel end i kontrolgruppen, hvilket kan være et udtryk for en forbedret rehabiliteringsindsats, da effekten af forløbet i højere grad er vedblivende 8 uger efter afsluttet forløb.

Herefter er den største forskel mellem grupperne andelen af borgere, der går "fra hjælp til mindre hjælp", hvor andelen er langt større i kontrolgruppen (20%) sammenlignet med projektgruppen (3,70%). Dette fund tyder umiddelbart ikke på en forbedring af rehabiliteringsindsatsen, da kontrolgruppen her i højere grad lykkes med at nedsætte borgernes behov for hjemmehjælp i ugerne efter et afsluttet rehabiliteringsforløb. Omvendt er der flere borgere i kontrolgruppen, der i løbet af de 8 uger går "fra hjælp til mere hjælp" sammenlignet med projektgruppen, hvilket kan være endnu et tegn på en forbedret rehabiliteringsindsats. Ligeså er der flere borgere i projektgruppen der bibeholder funktionsniveauet, som de havde ved rehabiliteringsforløbets afslutning, da flere af borgerne går "fra hjælp til samme hjælp" sammenlignet med kontrolgruppen. Umiddelbart synes fundene at pege på en forbedring af rehabiliteringsindsatsen i forbindelse med projektet.



Ændring i funktionsevne

Borgernes ændring i funktionsevne i forbindelse med et rehabiliteringsforløb er kun i få tilfælde dokumenteret i et observationskort dertil, i kontrolperioden. Derfor har det ikke været muligt at sammenligne kontrolgruppens ændring i funktionsevne med projektgruppen, og herved belyse hvorvidt projektet har medført en forbedring af rehabiliteringsindsatsen.

Ydermere er det kun i få af rehabiliteringsforløbene under projektperioden, at det har været muligt at trække komplette testresultater (start og re-test). Dette kalder på, at der fortsat bør være fokus på korrekt dokumentation af testresultater fra standardiserede tests, således både start- og slutresultat fremkommer ved træk via Targit.

Ønskes et øjebliksbillede af borgernes typiske ændring i funktionsevne i projektperioden henvises der derfor til evalueringen af testen "Intensiveret styrke- og balancetræning til ældre borgere der modtager hjemmeplejeydelser".

Opsamling

Den stigende udvikling i §83a forløb og §83a visiterede timer under projektperioden indikerer et øget fokus på rehabilitering, hvilket kan være en mulig årsag til, at der under projektperioden observeres et fald i Thisted kommunes samlede forbrug af §83a og §83 visiterede timer.

Der synes dog ikke at være forskel på borgernes typiske ændring i daglige §83 timer, når projektperioden sammenlignes med en periode før projektet, hvilket gør sig gældende både ved rehabiliteringsforløbets afslutning og 8 uger efter. Selvom der i nogle af tilfældene findes mindre forskelle perioderne imellem, er disse ikke statistisk signifikante, hvorfor forskellen kan være en tilfældighed. En mulig forklaring kan være, at borgerne der er i rehabiliteringsforløb i projektperioden, har et lavere funktionsniveau end borgerne i kontrolperioden, da der i projektperioden har været et øget fokus på rehabilitering, hvorved flere (og dårligere)

borgere har gennemgået et rehabiliteringsforløb, sammenlignet med kontrolperioden. Denne hypotese kan på nuværende tidspunkt hverken be- eller afkræftes pga. manglende data omhandlende borgernes udvikling i funktionsevne under rehabiliteringsforløb. At borgere i projektperioden potentielt kan have et lavere funktionsniveau end borgerne i kontrolperioden er dog ikke til at se i kategoriseringen af borgernes ændring i behov for hjælp, da borgerne i projektperioden langt hen ad vejen placeres i kategorier, der tyder på en forbedring af rehabiliteringsindsatsen.

Da der ikke kan påvises en statistisk signifikant forskel mellem projekt- og kontrolperiodens ændring i behovet for hjemmehjælp (§83 timer), og der ikke er data på borgernes ændring i funktionsevne efter et rehabiliteringsforløb, bør de kvantitative resultater i høj grad suppleres af projektets kvalitative evalueringer for at kunne belyse, hvorvidt projektet har medført en forbedring af rehabiliteringsindsatsen.



Konklusioner og anbefalinger

Der er afprøvet en ny organisering af rehabiliteringsindsatsen i to hjemmeplejeteams. Evalueringen indikerer, at den nye organisering fungerer som et godt set-up for rehabiliteringsindsatsen i Thisted Kommune. Dette vurderes ud fra, at de afprøvede prototyper medfører de forventede virkningsmekanismer som, jf. Sundhedsstyrelsen, er nødvendig for effektfulde rehabiliteringsforløb.

Generelt ses det, at der er sket en stigning i antallet af RH-forløb, og at medarbejderne i RH-gruppen føler sig bedre klædt på til at varetage RH-forløbene. Der er etableret et set-up, som giver mulighed for sparring, styrket koordination og opfølgning samt kendskab og forståelse for kompetencer og arbejdsgange. Derudover giver RH-grupperne en større grad af kontinuitet, hvilket opleves positivt for borgerne og medarbejderne, da det bidrager til mere opfølgning på indsatser og bedre relationer. Det gør det nemmere at tage udgangspunkt i borgerens tilstand og behov, samt opstille relevante mål og motivere til aktiv deltagelse i rehabiliteringsindsatsen. Evalueringen begrænser sig ved, at det ikke er muligt at vurdere, om specialiseringen af indsatsen reelt set giver et mærkbart kvalitetsløft i den enkelte medarbejders handling/indsats ude hos borgeren. **Dette bør undersøges nærmere og være et fokus i det fremtidige arbejde med rehabiliteringsindsatsen.**

Rehabiliteringsmøderne er centrale for RH-gruppens virke. Her koordineres de igangværende RH-forløb, hvilket betyder, at indsatsen tilpasses hurtigere og med udgangspunkt i borgerens tilstand og behov. Dette er med til at sikre mere effektive forløb. Derudover sker der på mødet en værdifuld kompetenceudvikling med udgangspunkt i medarbejdernes praksis. En forudsætning for mødernes effekt, er at medarbejderne har kendskab til borgerne i RH-forløb, og omvendt er en forudsætning for en tilretning af indsatsen, at medarbejderne deltager på møderne. Dette har været et stort fokus i projektet. **Der bør også fremadrettet være fokus på, at RH-medarbejderne kører RH-ruter, og at de i størst muligt omfang deltager på rehabiliteringsmødet.**

På de tværfaglige gruppemøder sker en

opsporing af potentielle RH-borgere samt en udslusning af borgere fra RH-forløb til almindelig hjemmepleje. Mødet er ligeledes rum for spredning af RH-tankegangen til resten af hjemmeplejens medarbejdere. **Der ses et potentiale i at arbejde mere systematisk med at give medarbejderne i hjemmeplejen redskaber til at spotte potentiale i praksis imellem møderne, eksempelvis inspirationsplakater, fysiske illustrationer af hjælpemidler mv.** Af hensyn til optimal ressourceudnyttelse, kan der i fremtiden være opmærksomhed på, om nogle af RH-ressourcepersonerne kan fungere som mødeledere på de tværfaglige gruppemøder.

Den decentrale organisering giver mulighed for at bibeholde den monofaglige sparring med egen faggruppe samtidig med, at der er mulighed for tværfaglig sparring ift. selve RH-indsatsen. Derudover opleves en glidende overgang mellem RH-forløb og almindelig hjemmepleje, og at der er en afsmittende effekt på de medarbejdere, som ikke er en del af RH-gruppen ift. at tænke rehabiliterende. Et vigtigt opmærksomhedspunkt er dog, at de medarbejdere, som ikke er en del af RH-teamet, kan have en tendens til at fralægge sig ansvar for RH. **Der bør derfor være en fortsat opmærksomhed på dynamikken mellem rehabiliteringsgruppen og den resterende del af hjemmepleje.**

Evalueringen giver ikke et klart indtryk af, hvad rehabiliteringstiden bruges på, og hvad udbyttet af rehabiliteringstiden er, da det beskrives meget forskelligt fra medarbejder til medarbejder. Ikke alle medarbejdere har haft tiden i planen i projektperioden. En fællesnævner er dog, at rehabiliteringstiden særligt har haft en positiv effekt på rehabiliteringsmøderne, da medarbejderne er mere velforberejede. **Set i lyset af omkostningen ved implementeringen af prototypen, bør der afprøves en anden form for RH-tid, inden denne prototype eventuelt udbredes til resten af hjemmeplejen.** Fravælges dennes prototype helt, kan det påvirke medarbejdernes oplevelse af fleksibilitet, og forringe opfølgning, koordination og dokumentation.

Det er på nuværende tidspunkt ud fra data vanskeligt at konkludere, at den nye organisering giver mere effektive forløb end tidligere set ift. borgernes ændring i antal visiterede timer efter et rehabiliteringsforløb. Dog indikerer data, at der

ses en større forbedring i borgernes funktionsevne efter et rehabiliteringsforløb, end der gjorde før projektet. **Der er på nuværende tidspunkt ikke et tilstrækkeligt datagrundlag til at belyse selve indsatsen og effekten af denne, hvilket bør være et fokuspunkt i forbindelse med den videre implementering. Derudover bør der være et fortsat fokus på re-visitationer i slutningen af RH-forløb, så forbedringer i borgerens funktionsevne opfanges og effektueres i Cura.**

Evalueringen peger på, at der visiteres lagt flere borgere til RH-forløb, end der gjorde før projektet. Med henblik på at sikre, at de rette borgere kommer i et RH-forløb, bør organisationen på et strategisk såvel som operationelt niveau bliver skarpere på, hvilke borgere der har et RH-potentiale. **Der bør i den forbindelse udvikles et screeningsværktøj, som kan understøtte visitatorerne i bevillingen af borgere til RH-forløb.**

På baggrund af evalueringen anbefales det at:

1. Organisere rehabiliteringsindsatsen i decentrale rehabiliteringsgrupper med en fast sygeplejerske, visitator, terapeut og planlægger tilknyttet.
2. Afholde et tværfagligt rehabiliteringsmøde i rehabiliteringsgruppen 1 gang ugentligt af 1 times varighed.
3. Afholde tværfaglige gruppemøder i hele hjemmeplejegruppen hver 14. dag af en ½ times varighed.
4. Afprøve et andet format af RH-tiden, fx 30 minutter 1 gang ugentligt som forberedelse til gruppemøder.



Implementering

I forbindelse med den videre implementering, skal der udpeges medarbejdere med særligt RH-ansvar (RH-ressourcepersoner) i resten af organisationen. Medarbejderne skal introduceres til den nye arbejdsgang og de tilhørende funktionsbeskrivelser. Dette vil ske på såkaldte Kick-off-møder, som er afprøvet i testperioden i forbindelse med opstart af test. Her gennemgås arbejdsgangen, herunder dokumentationen, ved at gennemgå en servicerejse for en borger i et RH-forløb. På den måde italesættes alle faser og opgaver i forbindelse med et RH-forløb. Det forslås, at RH-medarbejdere, som har deltaget i projektet, er med til at introducere den nye organisering i de øvrige teams.

Der er i forbindelse med projektet nedsat en **RH-styregruppe**, bestående af Ældre- og Træningschef, leder af hjemmepleje, leder af Træning og Rehabilitering, leder af Visitation og Hjælpemiddeldepotet samt udviklingskonsulent på området. Styregruppen har til formål at:

- bidrage til forankring af indsatser i projektet
Styrket nærvær og omsorg på tværs af organisationen.
- sikre et fortsat organisatorisk fokus på indsatsen omkring hverdagsrehabilitering efter projektperioden.
- sikre opnåelse af fastsatte driftsmål og tilpasning af rehabiliteringsindsatsen med udgangspunkt i ledelsesinformation.

Derudover nedsættes der **tværfaglige feedbackmøder** mellem teamledere og fagkoordinatorer, hvor konkrete borgercases drøftes med henblik på at tilrette indsatserne og understøtte rehabiliteringsgrupperne i deres arbejde. Gennemgående emner kan bringes videre op til den strategiske styregruppe med henblik på eventuel tilpasning af indsatsen.

En væsentlig forudsætning for en vellykket implementering af den nye organisering er, at der udvikles **et set-up omkring kompetenceudvikling af RH-ressourcepersoner** og løbende oplæring af nye medarbejdere til RH-gruppen. Det anbefales, at der i udviklingen findes inspiration fra organiseringen med andre specialfunktioner som fx forflytningsvejledere. RH-ressourcepersonerne

bør bl.a. klædes på til at varetage elementer af forandringsledelse, som eksempelvis motivering af de øvrige medarbejdere i hjemmeplejen.

Ligeledes anbefales det, at der forsat er et rum for **monofaglig sparring blandt terapeuterne**, med henblik på supervision og feedback på deres mødelederrolle. Også her er det behov for et set-up omkring at sikre nye terapeuter oplæres i rollen som mødeleder. Her vurderes det, at der er et stort potentiale i "mesterlæring", hvor en ny terapeut oplever andre terapeuter facilitere rehabiliteringsmøder.

