Aalborg Universitet

Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering

Bertelsen, Tilde Marie; Hansen, Morten Balle

Publication date:
2018

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Link to publication from Aalborg University

Citation for published version (APA):
Bertelsen, T. M., & Hansen, M. B. (2018). *Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering*.

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from vbn.aau.dk on: April 25, 2024

HVERDAGSREHABILITERING OG VELFÆRDSINNOVATION I ÆLDREPLEJENS ORGANISERING

Af Tilde Marie Bertelsen & Morten Balle Hansen

Center for Organisation, Management & Administration (COMA)
Institut for Statskundskab – Aalborg Universitet 2018

AALBORG UNIVERSITET

JAMMERBUGT KOMMUNE

THISTED KOMMUNE

Forord

Opprioriteringen af hverdagsrehabilitering er en af de helt centrale tendenser inden for organiseringen af dansk ældrepleje i det seneste årti. Hverdagsrehabilitering har været et virkemiddel i ældreplejen i mange år, men dens kraftige opprioritering kan ses som et paradigmeskifte eller i hvert fald et kursskifte og en forholdsvis ny måde at tænke og levere kommunal ældrepleje på – fra en relativt passiv og kompenserende tilgang til en mere aktiverende tilgang og indsats, der skal inddrage borgeren og støtte denne til at blive mest muligt selvhjulpen. Inden for de seneste ti år har flere og flere kommuner taget den hverdagsrehabiliterende tilgang til sig og tilbyder i stigende grad hverdagsrehabiliterende indsatser til deres borgere. Siden en lovændring i 2015 har det været lovpligtigt for danske kommuner at tilbyde hverdagsrehabilitering til alle borgere, der søger om hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp fra sin kommune og som vurderes at have hverdagsrehabiliteringspotentiale.

Til trods for at hverdagsrehabilitering nu er knæsat som princip i lovgivningen og i vid udstrækning implementeres i praksis i kommunerne, er vores dokumenterede viden om, hvilke effekter hverdagsrehabilitering har for borgernes livskvalitet og kommunernes økonomi yderst begrænset. Derudover er der også fortsat begrænset viden om, hvad hverdagsrehabilitering indebærer og hvordan man bedst kan organisere indsatsen (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland, & Westendorp, 2016; Rabiee & Glendinning, 2010).

I denne rapport præsenteres resultaterne af undersøgelsen *Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering*. Undersøgelsen er foretaget i perioden januar til december 2017 af adjunkt Tilde Marie Bertelsen og professor Morten Balle Hansen ved Center for Organisation, Management og Administration (COMA) ved Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet – i et samarbejde med Jammerbugt Kommune og Thisted Kommune.

I rapporten har vi specifikt fokus på organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats, herunder fordele og ulemper ved hverdagsrehabilitering og forskellige måder at organisere det på, som det opleves af centrale interessenter i og omkring den hverdagsrehabiliterende indsats i kommunerne. I rapporten præsenteres et øjebliksbillede af, hvordan organiseringen af hverdagsrehabilitering ser ud i kommunerne på undersøgelsestidspunktet. Men organisationer må løbende ændre og tilpasse sig, så organiseringen af hverdagsrehabilitering kan dermed sidenhen have ændret sig.

Undersøgelsen kunne ikke have været gennemført uden medvirken af en lang række personer og organisationer. En tak skal først og fremmest gå til Jammerbugt og Thisted kommuner for deltagelse i og finansiering af undersøgelsen. Herunder tak til de borgere, medarbejdere, politisk-administrative ledere samt repræsentanter for lokale ældreråd og frivillige organisationer, der har deltaget ved at stille op til interviews. Også tak de rundt regnet 300 chefer og ledere på det kommunale ældre- og sundhedsområde i hele landet, som har taget sig tid til at besvare det udsendte spørgeskema. Tak til studentermedhjælperne Mia Brøndgaard Andersen, Iben Kirchner Møller, Tina Brønnum Andersen og Katrine Fibæk for hjælp til transskribering af interviews, indsamling af kontaktoplysninger og rundringning i forbindelse med gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen. Tak til Inge Merete Dalgaard Ejsing-Duun for korrekturlæsning. Navnene på de interviewede borgere er ændret. Citater i rapporten er alene udtryk for de enkelte interviewpersoners holdninger.

Tilde Marie Bertelsen & Morten Balle Hansen
Aalborg Universitet 2018

Indholdsfortegnelse

1 Introduktion 14

1.1 Baggrund 14

1.1.1 Lovgivning om hverdagsrehabilitering 14

1.2 Formål og forskningsspørgsmål 15

1.3 Læsevejledning 16

1.4 Hvad er grundideerne og logikken bag hverdagsrehabilitering (programteorien) og hvilke implikationer har det for indsatsens organisering inden for den kommunale ældrepleje? 17

2 Litteratur review: Organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser – hvad ved vi? 23

2.1 Organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering 23

2.1.1 Modeller i Danmark 24

2.1.1.1 2013-undersøgelsens fire modeller for organisering af hverdagsrehabiliteringsforløb 24

2.1.1.1 2017-undersøgelsens fem modeller for organisering af hverdagsrehabiliteringsforløb 27

2.1.2 Modeller i Norge 28

2.2 En ny typologi for organisering af hverdagsrehabilitering 31

2.3 Hvilken model virker bedst? 32

2.4 Fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering 33

2.5 Centrale faktorer der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende tilgang 35

2.5.1 Borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering 35

2.5.2 Medarbejderne 36

2.5.3 Det tværfaglige samarbejde 36

2.5.4 Dokumentation, kommunikation og tid 36

2.6 Opsummering 37

3 Undersøgelsens metoder 39

3.1 Litteratur review 39

3.1.1 Begrebsdefinition 39

3.1.2 Metode/ Søgestrategi 41

3.1.2.1 Bloksøgning 42

3.1.2.2 Søgning efter ”grå litteratur” 43

3.1.2.3 Kædesøgning 43

3.1.3 Inklusions- og eksklusionskriterier ... 43
3.1.4 Resultat af søgning og sorteringsproces ... 44
3.2 Casestudie ... 46
3.2.1 Borgerinterviews ... 46
3.2.2 Interviews med centrale chefer, ledere og medarbejdere i de to kommuner ... 48
3.3 Spørgeskemaundersøgelsen ... 48
3.3.1 Indsamling af data og svarprocent ... 49
3.3.2 Spørgeskemaets indhold ... 51
3.3.3 Kort karakteristik af respondenterne ... 51
4 Organisering af hverdagsrehabilitering - erfaringer fra Jammerbugt Kommune og Thisted Kommune ... 53
4.1 Organisering af ældreområdet og den hverdagsrehabiliterende indsats ... 53
4.1.1 Thisted Kommune ... 53
4.1.1.1 Hverdagsrehabilitering: Hverdagstræning ... 54
4.1.2 Jammerbugt Kommune ... 55
4.1.2.1 Hverdagsrehabilitering: Vi-Bevæger-Ældre ... 55
4.1.3 Opsummering ... 56
4.2 Oplevede centrale fordele og ulemper ved organiseringen af hverdagsrehabilitering i de to kommuner ... 58
4.2.1 Borgernes motivation ... 58
4.2.2 At arbejde med "hænderne på ryggen" - manglende kultur og holdningsændring i hjemmeplejen ... 61
4.2.2.1 Hvem kan og skal arbejde hverdagsrehabiliterende? ... 64
4.2.2.2 Manglende kontinuitet og manglende tid til hverdagsrehabilitering ... 68
4.2.2.3 Behov for at styrke det tværfaglige samarbejde ... 72
4.2.3 Opsummering ... 85
5 Organisering af hverdagsrehabilitering – en national komparativ analyse ... 88
5.1 Introduktion af hverdagsrehabilitering i danske kommuner ... 88
5.2 Organisering af hverdagsrehabilitering i kommunerne ... 92
5.2.1 Målgruppen for hverdagsrehabilitering ... 92
5.2.2 Aktører der er aktivt involveret i hhv. udarbejdelsen af borgernes rehabiliteringsplan og den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning ... 94
5.2.3 Organisatorisk placering af terapeuterne ... 96
5.2.4 Inddragelse af private leverandører i varetagelsen af hverdagsrehabiliteringsforløb 99
5.3 Hverdagsrehabiliteringens indhold ... 100

5.3.1 Typer af hverdagsrehabiliteringsindsatser 100
5.3.2 Hjælpemidler og velfærdsteknologi i hverdagsrehabiliteringsindsatser 102
5.4 Fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering 103
5.5 Opsummering 108
6 Diskussion 111
6.1 De hverdagsrehabiliterende terapeuter som centrale aktører i hverdagsrehabilitering .. 111
6.2 Organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser og terapeuter 112
6.3 Fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter 113
6.4 Udfordringer og dilemmaer 115
6.4.1 Er den manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen fortsat en udfordring? 115
6.4.2 Et motivationsproblem? 116
6.4.3 Et uddannelsesproblem? 117
6.4.4 Begrænsende strukturer og rammer i det daglige arbejde i hjemmeplejen? 117
7 Konklusion 120
7.1 Resultater 121
7.1.1 Eksisterende viden om modeller for organisering af hverdagsrehabilitering 121
7.1.2 Organisering af hverdagsrehabilitering i Jammerbugt og Thisted kommuner – ligheder og forskelle 122
7.1.3 Centrale fordele og ulemper ved hverdagsrehabiliteringen og organiseringen heraf ifølge centrale aktører i de to kommuner 122
7.1.4 Organiseringen af hverdagsrehabilitering i danske kommuner – ligheder og forskelle 124
7.1.5 Opmærksomhedspunkter 125
8 Litteraturliste 128
Bilag 1. Spørgeskemaet 131
Bilag 2. Tabelappendiks til karakteristik af respondenterne 158

Sammenfatning af undersøgelsens hovedresultater

En af de seneste centrale tendenser på det kommunale ældreområde er hverdagsrehabilitering. Mange vestlige lande står over for problemer med aldrende samfund og et deraf forventeligt stigende behov for ældrepleje i fremtiden. Hverdagsrehabilitering bliver betragtet som en bæredygtig løsning på denne udfordring, fordi det repræsenterer et paradigmeskifte i måden ældrepleje forstås og leveres på - fra en kompenserende og såkaldt "passiv" tilgang til en "aktiv" tilgang, hvor der i højere grad er fokus på borgernes egne ressourcer og mål.

I Danmark opstod ideen om hverdagsrehabilitering tilbage i 2007 med inspiration fra svenske erfaringer og har med særligt Fredericia Kommune som inspiration efterfølgende spredt sig til stort set alle kommuner i Danmark, som har udviklet egne lokale versioner og tilpasninger af hverdagsrehabilitering og Fredericia-modellen (Kjellberg et al. 2013). Siden en lovændring i 2015 skal alle kommuner nu tilbyde hverdagsrehabilitering til deres borgere, hvis de vurderes at have potentiale for at blive selvhjulpne i hverdagens aktiviteter. På trods af den stigende udbredelse af hverdagsrehabilitering i Danmark er der fortsat begrænset viden om, hvordan man bedst kan organisere indsatsen (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland, & Westendorp, 2016a; Rabiee & Glendinning, 2010).

Formålet med denne undersøgelse er at analysere hverdagsrehabilitering som et af de helt centrale tendenser og virkemidler inden for organiseringen af dansk ældrepleje det seneste årti. I undersøgelsen fokuseres specifikt på kommunernes organisering af hverdagsrehabilitering, på oplevede fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering samt oplevede udfordringer ved hverdagsrehabilitering.

Undersøgelsen er bygget op omkring et indledende systematisk litteraturstudie, men særligt et casestudie baseret på kvalitative interviews i to kommuner, Jammerbugt Kommune og Thisted Kommune, med deltagelse af borgere, medarbejdere og politisk-administrative ledere, samt en spørgeskemaundersøgelse til chefer og ledere på det kommunale ældreområde i samtlige danske kommuner. Nedenfor præsenteres undersøgelsens hovedkonklusioner.

Hverdagsrehabilitering er en fællesbetegnelse for kommunernes rehabiliteringsindsatser, som er målorienterede, holistiske, korterevarende, og tidsafgrænsede, der er målrettet borgere eller potentielle borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgernes eget hjem eller nærmiljø, med henblik på at gøre borgerne mere selvhjulpne i daglige gøremål. Indsatsen er ofte tværfaglig og udføres ofte i et samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedshjælpere og -assistenter i hjemmeplejen.

Logikken bag (også kaldet programteorien) den øgede satsning på hverdagsrehabilitering kan sammenfattes i figur 1 med dertil hørende kommentarer (se afsnit 1.4). *Situationsteorien* af det kommunale ældreområde tager afsæt i de fremtidsudsigter, som udviklingen af ældreplejen står over for de kommende årtier. Der lægges særlig vægt på den demografiske udvikling, som betyder, at der i løbet af de kommende år vil ske en markant stigning i antallet af ældre, hvoraf mange forventes at få behov for hjælp og pleje. Dette forventes at skabe et stigende udgiftspres på kommunerne. Derudover forventes gruppen af ældre i fremtiden at bestå af en mere differentieret gruppe af ældre, hvor der vil være stor forskel på, hvilke ressourcer de ældre borgere har for at tage ansvar for eget

liv og klare sig selv. Samtidig betragtes tilgangen i ældreplejen at være præget af en kompenserende tilgang, der kan virke passiverende og ikke mobiliserer de ældres potentiale. Den grundlæggende virkningsteori bag hverdagsrehabilitering er at sætte fokus på borgernes ressourcer, og at borgerne ved deltagelse i korte, intensive træningsforløb i hverdagens aktiviteter i videst mulig omfang gøres selvhjulpne igen og dermed uafhængige af kommunens hjælp og pleje. Forventningen er, at borgernes højere grad af selvhjulpenhed vil resultere i forbedret livskvalitet for den enkelte borger, men også på sigt lavere kommunale udgifter til ældrepleje.

Organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser – hvad ved vi?

I et systematisk litteratur review af den nationale og internationale litteratur – herunder dog primært danske og norske studier – som omhandler organiseringen af hverdagsrehabilitering identificeres fire forskellige typologier over modeller for organisering af hverdagsrehabilitering (kapitel 2). I hver af de fire typologier identificeres en række modeller, som er forskellige, men som grundlæggende afspejler centrale spørgsmål om, hvilken rolle forskellige medarbejdergrupper skal have i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og i hvilke organisatoriske enheder disse forskellige medarbejdergrupper skal placeres.

Den nuværende forskning på området peger på en række forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering i danske og norske kommuner, men den eksisterende forskning har endnu ikke belæg for at fremhæve en organisationsform som den rigtige. Dvs. at der ikke er én rigtig måde at organisere hverdagsrehabiliteringsindsatsen på. Organiseringen af hverdagsrehabilitering afhænger i høj grad af lokale forhold i den enkelte kommune – og der eksisterer både fordele og ulemper ved alle de forskellige modeller - samtidig med at en række faktorer ses som helt afgørende for en succesfuld implementering af hverdagsrehabilitering. Dette gælder bl.a. borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering, at medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende, det tværfaglige samarbejde, samt dokumentation, kommunikation og tid.

Ligheder og forskelle i organisering af hverdagsrehabilitering mellem Jammerbugt og Thisted kommuner

I 2017 blev et casestudie gennemført i Jammerbugt og Thisted kommuner med fokus på organiseringen af hverdagsrehabilitering. I begge kommuner har man arbejdet med hverdagsrehabilitering siden 2011, dvs. at hverdagsrehabilitering blev introduceret i kommunerne før formel national lovgivning om hverdagsrehabilitering blev indført. I første omgang blev hverdagsrehabilitering indført på forsøgsbasis i de to kommuner, men efter få års forsøgsperiode med lovende erfaringer blev hverdagsrehabilitering implementeret som en del af driften på kommunernes ældreplejeområder, i Thisted Kommune i april 2013 og i Jammerbugt Kommune i januar 2014.

På undersøgelsestidspunktet er hverdagsrehabilitering i begge kommuner placeret i samme forvaltning: Social-, Sundheds- og Beskæftigelsesforvaltningen, hvor hverdagsrehabilitering varetages i et samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter (hverdagstræningsterapeuter i Thisted Kommune og Vi-Bevæger-Ældre-terapeuter i Jammerbugt Kommune) og medarbejdere i hjemmeplejen, og alle medarbejdere i hjemmeplejen forventes at arbejde hverdagsrehabiliterende. De hverdagsrehabiliterende terapeuter er i begge kommuner centralt organisatorisk placeret. Men den væsentligste forskel mellem kommunerne i organisering af hverdagsrehabilitering er, hvilken central

afdeling de hverdagsrehabiliterende terapeuter er organisatorisk placeret. På undersøgelsestidspunktet er de hverdagsrehabiliterende terapeuter fysisk og organisatorisk placeret i myndighedsafdelingen blandt visitatorer i Jammerbugt Kommune, mens de hverdagsrehabiliterende terapeuter i Thisted Kommune er fysisk og organisatorisk placeret i træningsafdelingen blandt kommunens øvrige trænende terapeuter.

Fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering og organiseringen heraf

På baggrund af interviews med centrale aktører (borgere, politikere, administrative ledere, visitatorer, terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen) i de to kommuner, er identificeret en række fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering og organiseringen heraf.

Først og fremmest opleves borgernes motivation for selvhjulpenhed og at medarbejderne i hjemmeplejen i det daglige arbejder hverdagsrehabiliterende som helt centrale forudsætninger for at hverdagsrehabilitering lykkes.

Oplevelsen blandt de interviewede medarbejdere i begge kommuner er, at langt de fleste borgere ønsker at være selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp i daglige aktiviteter og gøremål. og derfor tager positivt imod kommunernes tilbud om hverdagsrehabilitering. Alle borgerne der deltog i interviewundersøgelsen gav ligeledes udtryk for, at de var motiverede til at deltage i hverdagsrehabiliteringsforløb og til derved at blive selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp. Spørger man borgerne selv, er dét der i høj grad motiverer dem til at deltage i hverdagsrehabilitering netop at kunne blive uafhængige af kommunens hjælp. Alle de interviewede borgere sætter stor pris på den hjælp de har fået af deres respektive kommune. Men flere borgere peger på, at en udfordring ved deres forløb har været, at de ofte i det daglige har skullet vente på kommunens hjælp, sådan at de føler at deres liv i for høj grad skal indordnes og tilpasses kommunens organisering af det daglige arbejde og medarbejdernes kørelister end omvendt – og denne ventetid og uforudsigelighed i det daglige gør, at borgerne bliver særligt motiverede til igen at blive selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp og derfor sætter pris på et tilbud om hverdagsrehabilitering.

Overordnet gives der udtryk for i begge kommuner, at der fortsat er udfordringer knyttet til at få hverdagsrehabilitering tilstrækkeligt integreret i hjemmeplejens daglige praksis. Samtidig ses en betydelig forskel i opfattelsen af, hvor velintegreret hverdagsrehabilitering er i ældreplejens praksis. Især giver de interviewede hverdagsrehabiliterende terapeuter og visitatorer udtryk for, at en manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen er en udfordring, mens medarbejderne og gruppelederne i hjemmeplejen selv oplever, at der som udgangspunkt ikke arbejdes kompenserende, men tænkes hverdagsrehabilitering og hjælp-til-selvhjælp ind fra start og i det meste af det medarbejderne i hjemmeplejen gør (se opmærksomhedspunkt 1 nedenfor). På samme måde er der forskellige opfattelser af årsager til mangelfuld implementering af hverdagsrehabilitering, bl.a. medarbejdernes motivation for og uddannelse i arbejde hverdagsrehabiliterende, organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen samt manglende mulighed for tværfaglig erfaringsudveksling mellem faggrupperne.

I begge kommuner forventes det, at alle medarbejdere i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende, men oplevelsen blandt visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter er, at alle medar-

bejdere ikke er lige motiverede eller kompetente til hverdagsrehabilitering. Praksis er også at hverdagsrehabiliterende terapeuter, visitatorer og gruppeledere i hjemmeplejen i højere grad udvælger bestemte medarbejdere til hverdagsrehabilitering (se opmærksomhedspunkt 2). Derudover er kun få medarbejdere uddannet i hverdagsrehabilitering, og ser sig derfor ikke selv som hverdagstrænere. Gruppeledere og medarbejdere i hjemmeplejen efterspørger brush-up kurser og løbende opkvalificering af alle medarbejdere ift. hverdagsrehabilitering for at styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen (se opmærksomhedspunkt 3).

Derudover peges på at organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen ikke understøtter en hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor manglende kontinuitet i de medarbejdere, der kommer hos borgerne ved hverdagsrehabiliteringsforløb og manglende tid til at arbejde hverdagsrehabiliterende opleves som udfordringer (se opmærksomhedspunkt 4).

I begge kommuner er opfattelsen, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne i hverdagsrehabiliteringsindsatsen ikke fungerer optimalt, og både visitatorer, hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen efterlyser tættere tværfagligt samarbejde og sparring. Det tværfaglige samarbejde opleves at kunne styrkes ved hjælp af enten afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder, ved at ændre i den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, eller ved begge (se opmærksomhedspunkt 5).

I begge kommuner har man tidligere haft en form for tværfaglige møder mellem medarbejderne i hjemmeplejen og de hverdagsrehabiliterende terapeuter. På undersøgelsestidspunktet var det ikke systematiseret, hvordan de forskellige medarbejdergrupper mødes og erfaringsudveksler, f.eks. til tværfaglige møder eller konferencer. De møder der tidligere havde været var enten blevet sparet væk eller blev oplevet som nedprioriteret af hjemmeplejen og derfor blevet udfaset. Særligt i hjemmeplejen i Thisted Kommune peges på, at afholdelsen af de tværfaglige møder kan opfattes som ineffektive og spild af tid i et meget effektiviseret system. I en aktivitetsbaseret afregnings- og styringsmodel, som hjemmeplejen afregnes og styres efter, tæller de tværfaglige møder ikke som en aktivitet, som hjemmeplejen bliver afregnet for. Afholdelsen af tværfaglige hverdagsrehabiliteringsmøder bliver derfor delvist noget som hjemmeplejen betaler "af egen lomme", og hjemmeplejen har derfor i højere grad incitament for at køre ud til borgerne og i mindre grad til tværfagligt samarbejde og koordinering i form af møder (se opmærksomhedspunkt 6).

En ændring af den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter fra en central placering til en decentral placering i hjemmeplejen, opleves af de forskellige interviewede medarbejdergrupper i begge kommuner at kunne styrke det tværfaglige samarbejde og den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen. Af visitatorer og sosu-medarbejdere i hjemmeplejen opleves de hverdagsrehabiliterende terapeuter som en central ressource og sparringspartner, og både visitatorerne og medarbejderne i hjemmeplejen ønsker og ser fordele i, at terapeuterne sidder så tæt på netop deres faggruppe som muligt – dvs. enten hhv. centralt i visitationsafdelingen eller decentralt i hjemmeplejen. Terapeuterne selv ønsker en placering, hvor de sidder sammen som faggruppe og ikke spredt ud over forskellige hjemmeplejegrupper – f.eks. med en central placering i enten en myndigheds- eller træningsafdeling. Derudover lægger de hverdagsrehabiliterende terapeuter vægt på muligheden for mono-faglig sparring med andre trænende terapeuter i kommunen, hvorved de kan opretholde et højt fagligt niveau ved at holde sig opdateret på den nyeste viden om

regler, regimer og arbejdsmetoder inden for de enkelte specialområder, f.eks. med en central placering i træningsafdelingen med kommunens øvrige terapeuter (se opmærksomhedspunkt 7).

Generelt gælder det dog, at der opleves fordele og ulemper ved alle modeller, og ved valget af en organisationsmodel frem for en anden vil derfor være en afvejning af forskellige hensyn, hvor nogle hensyn opprioriteres mens andre nedprioriteres. Men med den formelle organisationsstruktur vælges således en prioritering (se opmærksomhedspunkt 8): Hvis man med en decentral model med de hverdagsrehabiliterende terapeuter ansat direkte i hjemmeplejen ønsker, at hverdagsrehabilitering skal gennemsyre hele hjemmeplejen, kan denne model synes at betyde, at hverdagsrehabilitering og fagligheden ikke prioriteres organisatorisk. Indtil hverdagsrehabiliteringsnormer gennemsyrer hele hjemmeplejen vil denne model have en tendens til at nedprioritere hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen og levere en ikke-up-to date version af hverdagsrehabilitering. Hvis man med en central model med hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret i træningsafdelingen ønsker at tilgodese terapeuternes interesser om mulighed for monofaglig sparring og et stærkt terapeutfagligt miljø, og dermed organisatorisk synes at prioritere faglighed og kvalitet, kan det modsat betyde en relationel distance til medarbejderne i hjemmeplejen, som derfor i høj grad fordrer terapeuternes synlighed og tilstedeværelse i hjemmeplejen for at det ønskede paradigmeskifte i hjemmeplejen kan finde sted. Hvis man med en central model med hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret i myndigheds- og visitationsafdeling ønsker et tættere samarbejde og mulighed for sparring mellem terapeuter og visitatorer samt mulighed for hurtig igangsættelse af hverdagsrehabiliteringsforløb, synes man at prioritere et organisatorisk fokus på omkostningsstyring, men på bekostning af faglighed og kvalitet, hvor hverdagsrehabiliterende terapeuter mangler mulighed for sparring med andre trænende terapeuter i kommunen. Hvis man – som en sidste mulighed – med en hverdagsrehabiliteringsteam-model ønsker at samle hverdagsrehabiliteringsindsatsen på færre, men specialiserede hænder, som bl.a. kan sikre ensartede tilbud på tværs af kommunen og et fokus på alene hverdagsrehabiliteringsopgaven, samtidig med at man organisatorisk synes at prioritere at "vende folk i døren" gennem det særlige tværfaglige team, kan en risiko være at det sker på bekostning af, at den hverdagsrehabiliterende tilgang forbeholdes de få og ikke kommer til at gennemsyre alle medarbejdere i hjemmeplejen eller organisationen som sådan.

Organiseringen af hverdagsrehabilitering i danske kommuner

Ideen om hverdagsrehabilitering har over det seneste årti spredt sig til alle danske kommuner. Men der er forskel på, hvornår hverdagsrehabilitering blev introduceret i kommunerne. Mens en fjerdedel af kommunerne har introduceret hverdagsrehabilitering inden 2010, har langt størstedelen af kommunerne introduceret hverdagsrehabilitering i periode fra 2011-2014, og kun to kommuner har introduceret hverdagsrehabilitering i perioden efter lovændringen i 2015.

Resultater fra en landsdækkende survey om organisering af hverdagsrehabilitering udsendt til chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde viser, at hverdagsrehabilitering i høj grad opleves at gennemsyre ældreplejeorganisationen i kommunerne, men der er dog fortsat kommuner, hvori hverdagsrehabilitering opleves som et supplement til kommunens øvrige ydelser (se opmærksomhedspunkt 9. Ifølge chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde er det primære formål med hverdagsrehabilitering at øge borgernes livskvalitet igennem øget selvhjulpenhed, og i mindre grad økonomiske besparelser i kommunerne. Derudover er de adspurgte chefer og ledere på det

kommunale ældreplejeområde overvejende positive overfor og oplever få ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering vurderes mest af alt at bidrage til højere livskvalitet for den enkelte borger, øget tværfagligt samarbejde og øget faglig viden på hele ældreområdet, og vurderes i mindre grad at bidrage til kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt medarbejderne i hjemmeplejen.

Ifølge de kommunale chefer og ledere på ældreplejeområdet vurderes målgruppen for hverdagsrehabilitering især at være borgere med pludselig eller gradvis opstået fysisk funktionsnedsættelse eller funktionsfald, mens borgere med nedsat psykisk funktionsnedsættelse, udviklingshæmning eller demens i mindre grad vurderes at være en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering i kommunerne. Generelt vurderes det, at kommunerne i høj grad har rutiner, der sikrer at borgerne deltager aktivt i hverdagsrehabiliteringsforløbets forskellige faser. Kommunerne har dog særligt organisatoriske rutiner, der sikrer borgernes aktive deltagelse og involvering ift. kortlægning og formulering af egne behov og mål, og i mindre grad ift. involvering i valg af indsatser og i opfølgning og evaluering af de aftalte mål. Derudover vurderes det, at kommunerne i højere grad understøtter borgernes selvhjulpenhed på områder tæt knyttet til servicelovens §83 om personlig pleje og praktisk hjælp, mens støtte på områder som ligger uden for servicelovens §83 i mindre grad understøttes af hverdagsrehabilitering i kommunerne (f.eks. hjælp og støtte til at komme uden for hjemmet, i at engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær samt at henvise til andre offentlige eller frivillige organisationer (se opmærksomhedspunkt 10).

Også de kommunale chefer og ledere på ældreplejeområdet vurderer de hverdagsrehabiliterende terapeuter som den mest centrale og gennemgående faggruppe i hverdagsrehabiliteringsforløb. En placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter centralt i træningsafdelingen sammen med kommunens øvrige trænende terapeuter er i sommeren 2017 den mest udbredte model for organisering af hverdagsrehabilitering.

Opmærksomhedspunkter

Nedenfor præsenteres ti opmærksomhedspunkter, som kommunerne kan være opmærksomme på i det videre arbejde med og udvikling af organiseringen af hverdagsrehabilitering i kommunerne. Opmærksomhedspunkterne tager afsæt i de væsentligste udfordringer, der blev identificeret på baggrund af resultaterne fra casestudiet i Jammerbugt og Thisted kommuner samt spørgeskemaundersøgelsen til chefer og ledere på ældreplejeområdet i samtlige danske kommuner. Opmærksomhedspunkterne er formuleret som spørgsmål, som beslutningstagere bør overveje og forholde sig til ved organisering af hverdagsrehabilitering.

Tekstboks 1. 10 opmærksomhedspunkter i organiseringen af hverdagsrehabilitering

1. Er kommunikationen mellem visitatorer, terapeuter og sosu-medarbejdere godt nok organiseret?

   Der er tydeligvis forskel på sosu-medarbejdernes opfattelse af hele tiden at arbejde med en rehabiliterende tilgang og terapeuternes og visitatorernes opfattelse af, at den hverdagsrehabiliterende tilgang er mangelfuldt integreret i hjemmeplejen. Det kan skyldes mange forhold – herunder manglende indblik i hinandens arbejde og forskellige opfattelser af hvad hverdagsrehabilitering indebærer.

2. Hvem skal arbejde hverdagsrehabiliterende – få udvalgte og særligt dedikerede, eller alle medarbejdere i hjemmeplejen?

   Nogle medarbejdere er mere motiverede for hverdagsrehabilitering end andre. Spørgsmålet er, om målsætningen om, at hverdagsrehabiliteringstilgangen skal gennemsyre hele ældreplejen er realistisk, eller om det er bedre at hverdagsrehabilitering primært er en opgave for en gruppe særligt uddannede og motiverede medarbejdere.

3. Skal alle medarbejdere i hjemmeplejen have opkvalificerende uddannelse eller kurser i hverdagsrehabilitering?

   Mange medarbejdere er ikke blevet tilstrækkeligt opkvalificeret i at arbejde hverdagsrehabiliterende. Kun få medarbejdere i hjemmeplejen blev oprindeligt uddannet som såkaldte hjemmetrænere med særlige kompetencer inden for hverdagsrehabilitering. I dag er der kun få af disse hjemmetrænere tilbage, og samtidig forventes alle sosu-medarbejdere i hjemmeplejen at arbejde hverdagsrehabiliterende.

4. Hvordan kan det daglige hverdagsrehabiliterende arbejde i hjemmeplejen tilrettelægges og organiseres, sådan at der sikres en højere grad af personkontinuitet i hverdagsrehabiliteringsforløbene og afsættes tilstrækkelig tid til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende?

   Borgerne møder mange forskellige medarbejdere i hverdagsrehabiliteringsforløb. Dette er et problem ift. kontinuiteten, at det ikke altid er den eller de samme få medarbejdere, der kommer hos borgeren. Derudover kan det i en presset tidsplan være svært at arbejde hverdagsrehabiliterende. At arbejde ud fra en hverdagsrehabiliterende tilgang betyder ofte, at der skal bruges mere tid hos den enkelte borger. For hverdagsrehabilitering tager tid, og er oplevelsen blandt medarbejderne i hjemmeplejen, at der ikke er afsat nok tid til en hverdagsrehabiliterende tilgang, er alternativet ofte en kompenserende tilgang.

5. Hvordan organiseres og sikres regelmæssig erfaringsudveksling og sparring om hverdagsrehabilitering på tværs af de forskellige medarbejdergrupper?

   Oplevelsen er, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne i hverdagsrehabiliteringsindsatsen ikke fungerer optimalt. Både visitatorer, hverdagsrehabiliterende terapeuter og sosu-medarbejdere i hjemmeplejen efterlyser mulighed for regelmæssig sparring og erfaringsudveksling på tværs af faggrupper. Dette kan ske ved enten afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder/konferencer, ved at ændre i den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, eller ved begge dele.

6. Hvordan skabes strukturer og incitamenter for at erfaringsudvekslingen (f.eks. i form af afholdelse af tværfaglige møder) prioriteres i hjemmeplejen?

   I et effektiviseret system som hjemmeplejen, som styres og finansieres af en aktivitetsbaseret model, bliver afholdelsen af tværfaglige møder om hverdagsrehabilitering ofte set som ineffektive og spild af tid. Afholdelsen af tværfaglige møder betragtes ikke som en reel aktivitet, og medarbejdernes deltagelse i møderne skal derfor betales af hjemmeplejens "egen lomme". Hjemmeplejen kan derfor mangle et incitament for at opprioritere deltagelsen i disse møder.

7. Hvor skal de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeres, sådan at alle andre relevante medarbejdere får det bedste udbytte af dem og for at det tværfaglige samarbejde har de bedste betingelser?

   De hverdagsrehabiliterende terapeuters vigtigste samarbejdspartnere – visitatorer og sosu-medarbejdere i hjemmeplejen ønsker terapeuterne placeret så tæt på som muligt, for at sikre den bedste mulighed for tværfagligt samarbejde i hverdagsrehabiliteringsindsatsen – dvs. centralt i myndighedsafdelingen, når man spørger visitatorerne, og decentralt i hjemmeplejen, når man spørger medarbejderne i hjemmeplejen. Terapeuterne selv ønsker en placering, hvor de sidder samlet som faggruppe, f.eks. centralt i træningsafdelingen med kommunens øvrige trænende terapeuter for at sikre et stærkt faglig miljø og mulighed for monofaglig sparring. Spørgsmålet er, om der skal prioriteres en mono-faglig eller tværfaglig mulighed for sparring.

8. Hvilke hensyn ønskes fremmet ved valg af model for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, og hvordan sikres samtidig at de nedprioriterede hensyn bliver taget for højde for?

   De hverdagsrehabiliterende terapeuter er en gennemgående og helt central faggruppe i hverdagsrehabilitering. Der er forskellige modeller for organisering af disse terapeuter, og der opleves fordele og ulemper ved alle modeller. Valget af organiseringsmodel vil derfor ofte være en afvejning og prioritering af forskellige hensyn. Uanset hvilken model for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter der vælges, er det nødvendigt at være opmærksom på og forholde sig til de nedprioriterede hensyn, som valget af en bestemt organiseringsmodel afstedkommer.

9. Hvordan sikres at hverdagsrehabilitering gennemsyrer hele organisationen og ikke kun betragtes som et supplement til kommunens øvrige ydelser?

   Hverdagsrehabilitering betragtes i dag som et mindset, der skal gennemsyre den måde, der tænkes og arbejdes med ældrepleje på i kommunerne. Der er dog fortsat kommuner, hvor hverdagsrehabilitering alene opleves som et supplement til de indsatser, som i øvrigt finder sted. Spørgsmålet er, hvordan kommunerne kan organisere området og udarbejde procedurer, som kan gøre hverdagsrehabilitering til et naturligt førstevalg.

10. Hvordan sikres at den hverdagsrehabiliterende indsats er helhedsorienteret og rettes mod borgerens samlede livssituation, dvs. også understøtter de psykiske og sociale dimensioner og ikke kun den eventuelle fysiske funktionsnedsættelse?

    I hverdagsrehabiliteringstankegangen lægges op til en helhedsorientering, hvor der er fokus på borgerens samlede livssituation og ikke kun fokus på den fysiske funktionsnedsættelse. Dog tyder det på, at kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsatser primært understøtter selvhjulpenhed ved problemer med fysisk funktionsnedsættelse og indsatser relateret til servicelovens § 83 om personlig pleje og praktisk hjælp, og i mindre grad understøtter aktiviteter uden for hjemmet og aktiviteter, som ikke direkte er knyttet til kommunens ydelseskatalog.

1 Introduktion

Danmark står, som mange andre OECD lande, over for en voksende udfordring knyttet til organiseringen af fremtidens ældreomsorg. Udfordringen skyldes en række forskellige forhold og herunder naturligvis den demografiske udvikling med en stigende andel ældre i befolkningen. I Danmark såvel som de andre nordiske lande varetages den største del af opgaveløsningen knyttet til ældreomsorg af de danske kommuner. Fra starten af 1990'erne og frem til midten af 00'erne var overvejelser om organiseringen af den danske kommunale ældreomsorg i høj grad præget af en tankegang inspireret af New Public Management fokuseret på mere effektiv serviceproduktion gennem effektivisering af arbejdsgange, retfærdig og gennemskuelig tildeling af ydelser og dokumentation af indsatsen. Men fra slutningen af 00'erne er fokus på effektiv serviceproduktion i ældreomsorgen i stigende grad blevet erstattet, eller i hvert fald suppleret med en hverdagsrehabiliterende indsats. I stedet for effektiv levering af ydelser fokuseres der i højere grad på en indsats, der gør den ældre i stand til helt eller delvist at klare sig selv.

I denne rapport undersøger vi forskelle og ligheder i, hvordan man i kommunerne griber organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats an og hvilke fordele, ulemper og udfordringer der knyttet til forskellige organiseringsformer.

1.1 Baggrund

En aktiverende tilgang har haft stor fremgang inden for den kommunale indsats på ældreområdet de seneste 10 år, hvor begrebet om hverdagsrehabilitering i stigende grad har vundet indpas. Begrebet repræsenterer en tilgang, hvor den enkelte borger søges trænet og aktiveret frem for plejet og kompenseret. Tilgangen er også blevet kaldt "Fredericia-modellen" fordi Fredericia Kommune var en af de første kommuner, der benyttede denne tilgang.

1.1.1 Lovgivning om hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er gået fra at være et pilotprojekt i en kommune, med inspiration fra en svensk kommune, til en tilgang som i flere år har stået højt på den politiske og administrative dagsorden både nationalt og lokalt, hvor alle danske kommuner i større eller mindre grad har indført hverdagsrehabilitering som Fredericia-modellen i deres egen lokale version. I 2014 introduceres lovgivning på området, som pr. 1/1 2015 forpligter danske kommuner til at tilbyde korterevarende og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb til personer, som vurderes at kunne forbedre funktionsevnen og dermed nedsætte behovet for hjælp fra kommunen.

Servicelovens bestemmelser for hhv. § 83: personlig pleje, praktisk hjælp og madservice samt § 83a: hverdagsrehabiliteringsforløb (LBK nr. 150 af 16/02/2015).

§ 83. *Kommunalbestyrelsen skal tilbyde*

1) personlig hjælp og pleje,

2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og

3) madservice.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Stk. 3. Forud for vurderingen af behovet for hjælp efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen vurdere, om et tilbud efter § 83 a vil kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter stk. 1.

Stk. 4. Tilbud om hjælp efter stk. 1 skal bidrage dels til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder, dels til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 5. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for hjælp efter stk. 1 til den enkelte modtager af hjælpen. Hjælpen skal løbende tilpasses modtagerens behov.

Stk. 6. I forbindelse med afslutning af et rehabiliteringsforløb efter § 83 a skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83.

Stk. 7. Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 79.

Stk. 8. Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

§ 83 a. *Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.*

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliterings- forløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6.

1.2 Formål og forskningsspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at analysere en af de helt centrale tendenser inden for organiseringen af dansk ældrepleje de seneste ti år – nemlig *hverdagsrehabilitering*. Hverdagsrehabilitering ses som en forholdsvis ny måde at tænke og levere kommunale ældrepleje på (Bertelsen, 2016). F.eks. var hverdagsrehabilitering ikke en fremtrædende tilgang i midten af 00'erne (M. B. Hansen & Vedung, 2005; Nielsen & Andersen, 2006), men kan i nogen grad opfattes som et brud og paradigmeskifte ift. den hidtidige måde at tænke og levere kommunal ældrepleje på. Der har altid været et element af hverdagsrehabilitering i den kommunale ældrepleje bl.a. i form af en hjælp-til-selvhjælp

tankegang, men med 2015-loven er hverdagsrehabilitering blevet helt central i lovgivningsmæssig forstand.

I denne rapport vil vi have specifikt fokus på, hvor udbredt hverdagsrehabilitering er i de danske kommuner, hvordan indsatsen organiseres og hvad der opleves som fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering og organiseringen heraf, når man spørger centrale interessenter i og omkring den hverdagsrehabiliterende indsats i kommunerne.

Med baggrund i undersøgelsens formål søges følgende centrale forskningsspørgsmål besvaret:

Forskningsspørgsmål:

1. Hvad siger den nationale og internationale forskning om, hvordan kommunale hverdagsrehabiliterende indsatser organiseres, hvilke centrale fordele og ulemper der er ved forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering inden for kommunal ældrepleje, og hvilke faktorer der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende indsats?
2. Hvilke ligheder og forskelle er der mellem Jammerbugt og Thisted kommuner med hensyn til indhold og organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser på ældreområdet?
3. Hvilke fordele og ulemper er der ved hverdagsrehabiliteringsindsatsens indhold og organisering ifølge centrale aktører (borgere, politikere, administrative ledere, visitatorer, terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen) i de to kommuner?
4. Hvilke ligheder og forskelle og dertil knyttede fordele og ulemper er der mere generelt knyttet til organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats i landets kommuner og hvorledes adskiller organiseringen i Jammerbugt og Thisted kommuner sig fra andre danske kommuner?

Spørgsmål 1 belyses gennem et systematisk review af den eksisterende nationalt og internationalt publicerede forskning på området. Spørgsmål 2 og 3 belyses primært gennem casestudier i Jammerbugt og Thisted kommuner og sekundært gennem survey data fra den landsdækkende undersøgelse. Spørgsmål 4 belyses primært gennem surveydata fra alle landets kommuner og sekundært gennem casestudierne fra Jammerbugt og Thisted kommuner.

1.3 Læsevejledning

Rapporten struktureres i syv kapitler: Kapitel 1 (dette kapitel) redegør for undersøgelsens baggrund, formål og forskningsspørgsmål samt grundideerne og logikken bag hverdagsrehabilitering (programteorien). I kapitel 2 præsenteres et litteratur review af den eksisterende publicerede forskning om organiseringen af hverdagsrehabilitering, fordele og ulemper ved forskellige organisationsmodeller, samt centrale faktorer der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende tilgang. Kapitel 3 redegør for undersøgelsens metoder, herunder litteratur review, casestudiet samt spørgeskemaundersøgelsen. Kapitel 4 redegør for erfaringerne fra Jammerbugt og Thisted kommuner ift. organiseringen af hverdagsrehabilitering, samt oplevede centrale fordele, ulemper og udfordringer ved den konkrete hverdagsrehabiliteringsorganisering i de to kommuner. Kapitel 5 redegør for resultaterne fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af organiseringen af hverdagsrehabilitering. I kapitel 6 diskuteres resultaterne fra de tre forskellige analyser. I kapitel 7 konkluderes på undersøgelsens fire forskningsspørgsmål og 10 opmærksomhedspunkter opstilles, som beslutningstagere bør overveje og forholde sig til ved organisering af hverdagsrehabilitering.

1.4 Hvad er grundideerne og logikken bag hverdagsrehabilitering (programteorien) og hvilke implikationer har det for indsatsens organisering inden for den kommunale ældrepleje?

Når man vælger at gøre noget nyt eller arbejde på en ny måde, er der som regel nogle mere eller mindre grundige overvejelser og begrundelser bag den nye indsats. Men hvad er egentlig grundideerne og logikken bag den betydelige opprioritering af hverdagsrehabilitering, som loven fra 2015 er udtryk for? Inden for evalueringsforskning taler man om, hvad teorien eller logikken er bag et givet nyt program eller en ændring i et eksisterende program. Når der er tale om ny lovgivning som her, kan man tale om den institutionaliserede programteori.

Programteori skal forstås som forestillinger om, hvordan et bestemt program eller intervention (i denne sammenhæng hverdagsrehabilitering) virker ind på en bestemt situation og ændrer eller bevarer denne. Programteorier består i deres mest omfattende form af tre elementer (M. B. Hansen & Vedung, 2005, 2010), hvor særligt virkningsteorien – her forestillinger om hvordan hverdagsrehabilitering skulle virke – er central for vores undersøgelse:

- **En situationsteori**
  Forestillinger om relevante træk i den kontekst, hvori programmet skal introduceres, herunder hvilket problem eller problemer denne intervention skal (være med til at) løse. Hvor stort er problemet på nuværende tidspunkt? Årsager til problemet og hvad er konsekvenserne af problemet, hvis ikke programmet introduceres?
- **En virkningsteori**
  Forestillinger om, hvordan programmet virker, samt direkte og indirekte gennem implementeringsprocessen påvirker årsagerne til det pågældende problem (se ovenfor), sådan at problemet vil forsvinde, formindskes eller forhindres i at blive forværret.
- **En normativ teori**
  Forestillinger og begrundelser for, at den ændring eller bevaring, som programmet skaber, er en forbedring ift. den nuværende situation eller den situation, som ville opstå, hvis programmet ikke introduceres.

Nedenfor præsenteres kort den institutionaliserede programteori bag hverdagsrehabilitering. Situations-, virknings- og normativ teori for hverdagsrehabilitering udvikles og rekonstrueres med udgangspunkt i de forestillinger der lå bag den formelle *nationale* indførelse af hverdagsrehabilitering i serviceloven gældende pr. 1 januar 2015, dvs. som forestillingerne kommer til udtryk i lovgivningen og diverse dokumenter i relation til indførelsen af hverdagsrehabilitering i dansk lovgivning (bekendtgørelse, betænkning, vejledning).

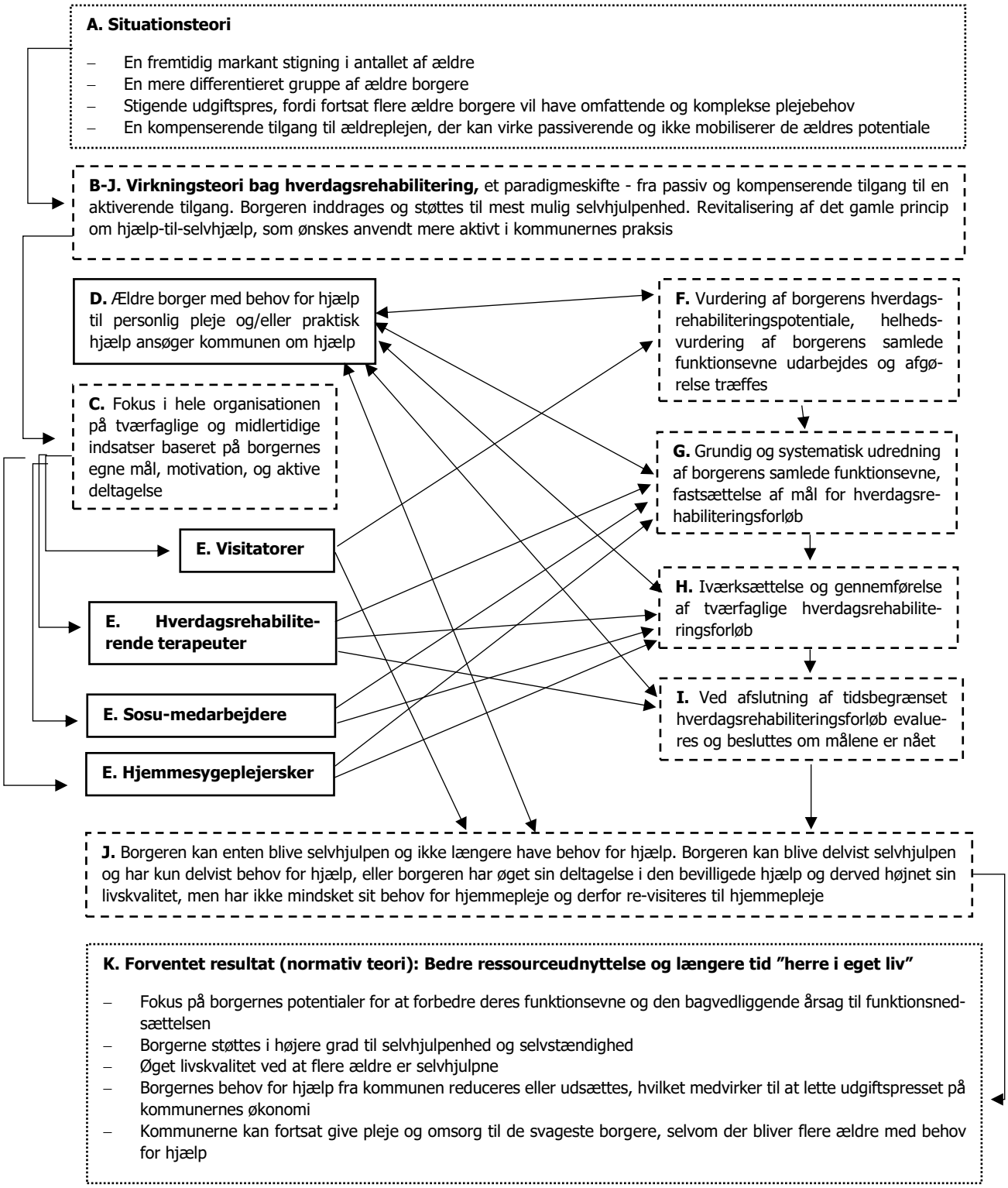
Men inden hverdagsrehabilitering blev indført ved lov og dermed forpligtede alle danske kommuner til at tilbyde hverdagsrehabiliteringsforløb, havde mange kommuner allerede indført forskellige modeller for hverdagsrehabilitering (Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen, & Rasmussen, 2013) med inspiration fra bl.a. Fredericia Kommune og deres erfaringer hermed. Den politiske aftale og lovforslaget om hverdagsrehabilitering fra 2014 er en opfølgning på Hjemmehjælpskommissionens rapport og anbefalinger fra 1. juli 2013 (Socialministeriet, 2014). Her anbefaler Hjemmehjælpskommissionen (Hjemmehjælpskommissionen, 2013) bl.a., at fremtidens hjemmehjælp skal tage afsæt i det igangværende paradigmeskifte i kommunerne, samt at der tilvejebringes et lovgrundlag, som understøtter kommunerne i at arbejde med hverdagsrehabilitering ud fra en fælles og bred forståelsesramme.

Formålet med selve lovforslaget var derfor ikke at introducere en helt ny tilgang eller arbejdsmetode i kommunerne, men i stedet at sikre en systematisering og målretning af de mange hverdagsrehabiliterende indsatser, der allerede eksisterede i mange kommuner på daværende tidspunkt. I bemærkninger til lovforslaget om introduktion af § 83a om hverdagsrehabilitering angives således:

"Formålet med lovforslaget er at understøtte, at kommunalbestyrelsen arbejder systematisk med rehabiliteringsforløb ud fra en fælles forståelse af de grundlæggende principper for rehabiliteringsforløb. Samtidig er formålet at understøtte borgerens retssikkerhed, idet lovforslaget sikrer, at rehabiliteringsforløb tildeles inden for en entydig lovgivningsmæssig ramme." (Socialministeriet, 2014a:6).

I lovgivningen og diverse dokumenter fra det lovforberedende arbejde fremgår programteorien ikke tydeligt – sandsynligvis fordi hverdagsrehabilitering netop i vid udstrækning allerede blev praktiseret i kommunerne, da lovforslaget blev formuleret. Men idet lovforslaget tager udgangspunkt i Hjemmehjælpskommissionens rapport og anbefalinger, samt andre ministerielle rapporter udarbejdet for Socialministeriet (primært Socialstyrelsen, 2014) rekonstrueres den institutionaliserede programteori derfor også med baggrund heri. I figur 1 præsenteres og illustreres den samlede programteori som grundlæggende idé og logik bag hverdagsrehabilitering.

Figur 1. Institutionaliseret programteori for hverdagsrehabilitering i ældreplejens organisering. (Aktører i massive bokse og processer i stiplede bokse).



Figur 1 starter med situationsteorien bag hverdagsrehabilitering (boks A). Herefter følger virkningsteorien (boks B-J), og sidst den normative teori, som præsenterer det forventede resultat af hverdagsrehabilitering (boks K).

Situationsteorien (boks A) af det kommunale ældreområde tager afsæt i de fremtidsudsigter, som udviklingen af ældreplejen står over for de kommende årtier. Der lægges særlig vægt på den demografiske udvikling, som betyder, at der i løbet af de kommende år vil ske en markant stigning i antallet af ældre, hvoraf mange forventes at få behov for hjælp og pleje fra kommunerne, hvilket vil skabe et stigende udgiftspres på kommunerne (Hjemmehjælpskommissionen, 2013). Samtidig peges der på, at den ældre del af befolkningen fremover vil være mere differentieret. Der vil være stor forskel på, hvilke ressourcer de ældre har ift. at tage ansvar for eget liv og klare sig selv. Det forventes at mange af de ældre i de kommende generationer er mere ressourcestærke end tidligere generationer, både ift. helbred, socialt netværk, fritidsliv og økonomi, således at de kan bevare kontrollen med og tage ansvaret for deres eget liv. Men der vil også være flere ældre, som ikke er så ressourcestærke og som har langvarige sygdomme og derfor vil have omfattende og komplekse plejebehov, samt har få eller ingen ressourcer til at klare sig selv uden hjælp (Hjemmehjælpskommissionen, 2013; Socialministeriet, 2014).

Derudover lægges der vægt på, at der er behov for et paradigmeskifte og en omlægning af praksis på det kommunale hjemmehjælpsområde – dvs. en radikalt anderledes grundopfattelse af, hvad ældrepleje egentlig er - fra at gøre noget for borgerne til at gøre noget i samarbejde med borgerne (Hjemmehjælpskommissionen, 2013). Til trods for at hjælp-til-selvhjælp har været et af grundprincipperne i den nationale lovgivning inden for hjemmepleje siden 1980'erne (E. B. Hansen, Eskelinen, & Dahl, 2011), er opfattelsen at denne tilgang aldrig rigtig er slået igennem. *"Hjemmehjælpen har i mange år fokuseret på at tage over for den ældre borger og løse de konkrete opgaver, som borgeren ikke selv kan klare. Fokus har i mindre grad været på at gøre noget ved det bagvedliggende problem – nemlig den nedsatte funktionsevne."* (Hjemmehjælpskommissionen, 2013:14). Det bliver således påpeget, at plejen, som bliver levereret, fortsat er udpræget kompenserende. Eksempelvis lægger Hjemmehjælpskommissionen i sin rapport og anbefalinger op til, at der er et behov for at gentænke måden at anskue den kommunale hjemmepleje på, sådan at den i højere grad bliver i overensstemmelse med de oprindelige målsætninger og grundprincipper i serviceloven om hjælp-til-selvhjælp og om at fremme den enkelte borgers mulighed for at klare sig selv.

Den grundlæggende idé bag hverdagsrehabilitering er, at hverdagsrehabilitering repræsenterer et paradigmeskifte i måden ældreplejen forstås og leveres på – fra en passiv og kompenserende tilgang til en aktiverende tilgang, hvor borgeren inddrages og støttes til mest mulig selvhjulpenhed, således at det gamle princip om hjælp-til-selvhjælp anvendes mere aktivt i kommunernes praksis (boks B). Dette paradigmeskifte betyder, at der i hele organisationen på det kommunale ældre- og sundhedsområde sættes fokus på tværfaglige og midlertidige indsatser baseret på borgernes egne mål, motivation og aktive deltagelse i tidsafgrænsede og koordinerede forløb (Hjemmehjælpskommissionen, 2013; Socialstyrelsen, 2014)(boks C). Et helt centralt element i virkningsteorien bag hverdagsrehabiliteringen er, at borgeren er en samarbejdspartner og aktivt er involveret i forløbet. Et væsentligt udgangspunkt for hverdagsrehabilitering er borgerens egen opfattelse af og ønsker til et selvstændigt og meningsfuldt liv. Borgernes motivation ses derfor som en vigtig forudsætning for, at hverdagsrehabiliteringsforløb bliver succesfulde (Socialstyrelsen, 2014).

Ifølge *virkningsteorien* bag hverdagsrehabilitering er første fase i et hverdagsrehabiliteringsforløb visitation. Når en borger henvender sig til sin kommune med et ønske om hjælp til personlig pleje eller praktisk hjælp (boks D) vil en visitator vurdere om borgeren har potentiale for at genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne og dermed bliver mere eller helt selvhjulpen i sit eget liv gennem

en hverdagsrehabiliterende indsats (boks F). Visitatoren identificerer et hverdagsrehabiliteringsbehov og potentiale ved 1) borgere, der ikke tidligere har modtaget hjemmepleje, og som selv eller via andre instanser retter henvendelse til kommunens visitation med anmodning om tildeling af hjemmehjælp, ved 2) borgere, der allerede modtager hjemmepleje men som re-visiteres til anden hjælp, eller ved 3) borgere, som allerede modtager hjemmepleje, men hvor sosu-personalet i hjemmeplejen identificerer et behov. Visitatoren besøger herefter borgeren og laver en helhedsvurdering af borgerens samlede funktionsevne og træffer derefter afgørelse om, hvorvidt borgeren skal tilbydes et hverdagsrehabiliteringstilbud eller tilbydes en anden indsats. Efter visitation til hverdagsrehabiliteringsforløb er næste fase ifølge virkningsteorien en grundig og systematisk tværfaglig udredning af borgerens samlede funktionsevne (boks G). I udredningen identificeres fokusområder for indsatsen i samarbejde med borgeren og med afsæt i borgerens behov og samlede livssituation, og udredningen danner grundlag for de mål, der sættes for indsatsen. Foruden borgeren og eventuelle pårørende kan forskellige relevante fagligheder inddrages i selve udredningen, f.eks. ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker og sosu-medarbejdere og andre relevante medarbejdere. I forlængelse af eller sideløbende med udredningen fastsættes mål for hverdagsrehabiliteringsforløbet i et samarbejde med borgeren og fagpersonerne (boks G). Målsætningen kan resultere i både overordnede mere langsigtede mål samt kortsigtede delmål, men målene skal være tidsafgrænsede f.eks. af tre måneders varighed. Borgerens overordnede mål vil skulle nedbrydes i delmål som forudsætninger for at nå det overordnede mål. Hvis borgerens overordnede og langsigtede mål f.eks. er at kunne deltage i sociale aktiviteter i en forening, vil et kortsigtet delmål herunder f.eks. være at varetage personlig pleje, kunne gå på trapper osv. På den måde kan de kortsigtede delmål være de skridt, der er nødvendige for at nå hen til det langsigtede og mere overordnede mål. De overordnede mål og delmål, som fastsættes med udgangspunkt i udredningen, skal efterfølgende være styrende for iværksættelsen og gennemførelsen af selve hverdagsrehabiliteringsforløbet (boks H), f.eks. i form af udarbejdelsen af en hverdagsrehabiliteringsplan. Herefter iværksættes hverdagsrehabiliteringsforløbet og de forskellige indsatser herunder. Indsatserne kan f.eks. dreje sig om behandling af underliggende sygdom, medicingennemgang, ernæringsindsats, fysisk træning, træning i dagligdagens aktiviteter, hjælpemidler, sociale indsatser rettet mod f.eks. ensomhed eller mod nedsat deltagelse i samfundslivet. I forløbet inddrages forskellige faggrupper og eventuelt også forskellige kommunale forvaltninger og sektorer afhængig af borgernes problematik, fokusområder og mål for forløbet, f.eks. egen læge, diætister, terapeuter, social- og sundhedspersonale, demenskoordinatorer og pædagoger. I forløbet arbejder medarbejderne efter det samme mål, koordinerer deres indsatser, justerer hvis nødvendigt i borgernes mål og/eller indsatser samt dokumenterer eventuelle justeringer, så disse bliver tilgængelig for alle relevante medarbejdere. Når den i udgangspunktet afsatte tid til hverdagsrehabiliteringsforløbet er gået, følges der op på, om borgeren har nået sit overordnede og langsigtede mål samt kortsigtede delmål (boks I). Resultaterne af hverdagsrehabiliteringsforløb kan være forskellige ved afslutning af hverdagsrehabiliteringsforløbet (boks J): Borgeren kan enten blive selvhjulpen og ikke længere have behov for hjælp. Borgeren kan blive delvist selvhjulpen og har kun delvist behov for hjælp, eller borgeren har øget sin deltagelse i den bevilligede hjælp og derved højnet sin livskvalitet, men har ikke mindsket sit behov for hjemmepleje og derfor re-visiteres til hjemmepleje.

Den normative teori (boks K) for hverdagsrehabilitering fremgår ikke eksplicit af de undersøgte dokumenter, men fremgår implicit af situations- og virkningsteorierne, der er gennemgået ovenfor. Ifølge den normative teori er det forventede resultat af hverdagsrehabilitering grundlæggende en bedre ressourceudnyttelse og at borgerne er "herre i eget liv" i længere tid. Overordnet set bliver

hverdagsrehabilitering set som en løsning på det oplevede behov for et paradigmeskifte og en omlægning af praksis på det kommunale ældreplejeområde – fra en kompenserende til aktiverende tilgang (jf. boks A), samtidig med at man i organiseringen af ældreplejen kan imødekomme det mere differentierede ældrebillede ved at tage højde for det potentiale, som man som ældre forventes at have for at kunne klare sig selv.

Med en hverdagsrehabiliterende tilgang sættes et større fokus på, at borgernes egne ressourcer skal sættes i spil, for at de ældre derved kan leve så uafhængigt og selvstændigt som muligt. I stedet for at levere en kompenserende pleje og i arbejdet have fokus på at kompensere for borgerens funktionsnedsættelse skal der via den hverdagsrehabiliterende tilgang sættes fokus på borgernes potentiale for at forbedre deres funktionsevne ved netop at sætte fokus på den bagvedliggende årsag til funktionsnedsættelsen. Ved en målrettet, helhedsorienteret, tværfaglig og tidsafgrænset træning og støtte forsøges borgerens funktionsniveau forbedret eller vedligeholdt og dermed gøres borgerne helt eller delvist selvhjulpne i dagligdagen. Den hverdagsrehabiliterende tilgang kan dermed ses som et forsøg på at gentænke måden at anskue ældreplejen på, samtidig med at det er et forsøg på at revitalisere det mangeårige begreb om hjælp-til-selvhjælp, som ønskes anvendt mere aktivt i praksis (Hjemmehjælps-kommissionen, 2013).

At borgerne støttes i højere grad af selvhjulpenhed og selvstændighed bidrager til øget livskvalitet blandt borgerne, samtidig med at færre borgere vil have brug for kommunens hjælp eller at borgernes behov for hjælp fra kommunen reduceres eller udsættes, hvilket på længere sigt vil medvirke til at lette udgiftspresset på kommunernes økonomi.

2 Litteratur review: Organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser – hvad ved vi?

Til trods for at hverdagsrehabilitering i dag bliver set som en lovende indsats og 'det eneste rigtige at gøre' (Aspinal et al., 2016), er knæsat som princip i lovgivningen og i vid udstrækning implementeres i praksis i danske kommuner, er den dokumenterede viden om hvilke effekter hverdagsrehabilitering har for borgernes livskvalitet og for kommunernes økonomi yderst begrænset, og de eksisterende resultater er ikke konsistente.

Flere systematiske litteraturstudier har haft fokus på at undersøge effekterne af hverdagsrehabiliterende indsatser – indsatser som ofte sammenlignes med almindelig hjemmepleje – på både borgerniveau og kommuneniveau (se f.eks. Böhm Nielsen, Langberg, & Rasmussen, 2013; Førland & Skumsnes, 2016; Legg, Gladman, Drummond, & Davidson, 2016; Petersen, Graff, Rostgaard, Kjellberg, & Kjellberg, 2017; Pettersson & Iwarsson, 2015). Men selvom der er foretaget en del studier og review studier af effekterne af hverdagsrehabilitering anses den dokumenterede viden fortsat som begrænset, og nogle går endda så langt som til at konkludere at fordelene ved hverdagsrehabilitering fortsat er udokumenterede (Legg et al., 2016).

Derudover er der også fortsat begrænset viden om, hvad hverdagsrehabilitering indebærer og hvordan man bedst kan organisere indsatsen (Aspinal et al., 2016; Petersen et al., 2017; Rabiee & Glendinning, 2010). Formålet med litteratur reviewet, som præsenteres i dette kapitel, er at afdække og sammenfatte den eksisterende nationale og internationale litteratur omhandlende kommunernes organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser. Herunder sættes fokus på hvilke organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering der findes (afsnit 2.1), om et organisatorisk set-up er mere hensigtsmæssigt end et andet (afsnit 2.3), begrundelser for valg af organisationsmodel samt fordele og ulemper ved de forskellige modeller (afsnit 2.4), og sidst faktorer ift. indhold og organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats, som vurderes enten at hæmme eller fremme implementeringen af en hverdagsrehabiliterende tilgang i kommunal ældrepleje (afsnit 2.5). For detaljerede oplysninger om litteraturstudiets metode og søgestrategi, se afsnit 3.1.

2.1 Organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering

Indholdet i hverdagsrehabilitering er ikke entydigt, og forskellige modeller og tilpasninger bliver praktiseret både mellem lande, men også inden for de enkelte lande. I Danmark har den hurtige spredning af ideen om hverdagsrehabilitering skabt en stor variation i måderne, som hverdagsrehabilitering organiseres og leveres på i kommunerne (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013) – på samme måde som det er tilfældet i både Norge og Sverige (Førland & Skumsnes, 2016; Langeland et al., 2016; Pettersson & Iwarsson, 2015; Tuntland & Ness, 2014b). Den danske og internationale forskning (primært Norge) identificerer forskellige modeller og måder at organisere hverdagsrehabilitering på ift. den organisatoriske forankring af den hverdagsrehabiliterende indsats.

I Danmark opereres med hhv. fire (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013) og fem (Rambøll, 2017) forskellige måder at organisere hverdagsrehabilitering på, mens der i Norge opereres med tre hovedmodeller. Nedenfor præsenteres de forskellige modeller, som er blevet identificeret i forskningslitteraturen i hhv. Danmark og Norge[1].

2.1.1 Modeller i Danmark

I Danmark ses en stor variation i måden som kommunerne har organiseret deres hverdagsrehabiliterende indsatser på (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013; Petersen et al., 2017; Rambøll, 2017). Inden lovændringen i Serviceloven med introduktionen af § 83a identificerede Kjellberg et al. (2013) for Socialstyrelsen 95 forskellige modeller for hverdagsrehabiliteringsforløb til borgere i eget hjem fordelt på 92 kommuner[2], herunder blev fire overordnede organisationstyper defineret. Efter kommunerne pr. 1. januar 2015 blev forpligtede til at tilbyde hverdagsrehabiliteringsforløb identificerer Rambøll (2017) for Sundheds- og Ældreministeriet fem forskellige modeller for organisering af varetagelsen af hverdagsrehabilitering i kommunerne.

2.1.1.1 2013-undersøgelsens fire modeller for organisering af hverdagsrehabiliteringsforløb

I kortlægningen fra 2013 identificeres følgende fire overordnede organisationstyper for hverdagsrehabiliteringsindsatsen:

1. Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger (60 ud af 95 forskellige modeller i 2013)
2. Hjemmepleje med ekstra ressourcer (15 ud af 95 forskellige modeller i 2013)
3. Tværfaglig specialenhed (13 ud af 95 forskellige modeller i 2013)
4. Terapeutmodellen (8 ud af 95 forskellige modeller i 2013)

Organisationstype 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger

I kortlægningen finder Kjellberg et al. (2013), at de fleste kommuner har organiseret deres tilbud (60 ud af 95) om rehabilitering til borgerne i hjemmeplejen som et samarbejde mellem den eksisterende hjemmepleje og andre afdelinger (type 1), f.eks. træningssektionen, sygeplejen, visitationen mv. Der er dog stor variation i, hvilke afdelinger hjemmeplejen arbejder sammen med og hvordan, og i kortlægningen identificeres en række forskellige undertyper af organisationstype 1 (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013), som udfoldes nedenfor:

Undertyper under organisationstype 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger:

a) Hjemmepleje i samarbejde med terapeuter i kommunens træningssektion

[1] I britisk kontekst identificerer Mann et al. (2016) på baggrund af survey data fire forskellige modeller for hverdagsrehabilitering (reablement). Dog er nærmere oplysninger og deltaljer om disse fire modeller endnu ikke offentliggjort og medtages derfor ikke i dette litteratur review.

[2] Samme kommune kunne have flere forskellige tilbud om hverdagsrehabilitering til borgere i eget hjem, hvorfor der er flere modeller end der er kommuner (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013).

b) Hjemmeplejen i samarbejde med hjemmesygeplejersker i sygeplejen
c) Hjemmepleje i samarbejde med visitationen, hjælpemiddelafsnit eller andre afdelinger
d) Ambassadørudgaven
e) Træning-før-pleje-udgaven

Hovedparten af de hverdagsrehabiliteringstilbud, der er typificeret som type 1 (hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger) er organiseret som et samarbejde mellem social- og sundhedspersonalet i hjemmeplejen og terapeuter i kommunens *træningssektion*. Ofte er et antal terapeuter, ansat i træningssektionen, reserverede eller 'frikøbt' til at arbejde med hverdagsrehabilitering, og i nogle kommuner har terapeuterne også almindelig genoptræning efter Sundhedsloven (§140) og Serviceloven (§86) ved siden af deres arbejde med hverdagsrehabilitering. I nogle kommuner har man valgt at give terapeuterne og træningssektionen hovedrollen i den hverdagsrehabiliterende indsats, og i disse tilfælde kører terapeuterne de fleste hverdagsrehabiliteringsforløb og inkluderer kun sporadisk social- og sundhedspersonalet i hjemmeplejen, hvis de vurderer, at det er relevant.

Hjemmesygeplejerskerne i *sygeplejen* spiller ikke en ligeså stor rolle i kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsats som terapeuterne. Kun i få kommuner indgår sygeplejerskerne på nogenlunde lige fod med terapeuterne. Men i de fleste kommuner er det stadig en uopfyldt ambition at få integreret sygeplejen i deres hverdagsrehabiliteringstilbud. For mange kommuners vedkommende skyldes dette en tvivl om, hvordan det kan lade sig gøre – både ift. hvilke ydelser, det skal dreje sig om og ift., hvordan hverdagsrehabiliteringen kan gå på tværs af servicelov og sundhedslov. I de få kommuner, der har integreret sygeplejen i hverdagsrehabiliteringen, foregår det typisk ved, at visitator ved visitation eller re-visitation vurderer, om borgeren har rehabiliteringspotentiale inden for en terapeutfaglig eller en sygeplejefaglig problemstilling[3], og derefter arrangeres forløbet ligesom andre hverdagsrehabiliteringsforløb: Sygeplejersken og social- og sundhedshjælper/-assistent medarbejderen (herefter sosu-medarbejderen) udarbejder mål og handleplan for og med borgeren. Sosu-medarbejder og borger træner mod målet og imens sygeplejersken superviserer. Et notat udarbejdet af Kjellberg & Graff (2017) om sygeplejerskernes rolle i hverdagsrehabilitering peger på, at sygeplejerskerne qua deres tætte tilknytning til hjemmeplejen har en vigtig funktion som sparringspartner for sosu-medarbejderne i hjemmeplejen med særligt henblik på behovet for en sygeplejefaglig udredning og indsats. Men sygeplejerskernes rolle afhænger af sygeplejerskerne organisatoriske tilknytning til kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsats, herunder om de indgår som tovholder på lige fod med hverdagsrehabiliterende ergo- og fysioterapeuter, indgår i arbejdet med alle borgere eller kun ved borgere med behov, eller er fastansat i en specialiseret enhed eller tilknyttes fra hjemmesygeplejen (Kjellberg & Graff, 2017).

Ud over hjemmeplejens tætte samarbejde med enten træningssektionen eller sygeplejen, samarbejder hjemmeplejen også med andre afdelinger, som eksempelvis visitations-/myndighedsafdelin-

[3] En sygeplejefaglig problemstilling kan f.eks. være at dryppe øjne eller at tage medicin.

gen eller hjælpemiddelafsnittet. Disse samarbejder drejer sig dog oftere om at skabe nogle organisatoriske relationer og fælles forståelser på lederniveau og om at forbedre kommunikationen, end om de praktiske samarbejder mellem de enkelte medarbejdere i plejen og i de øvrige afdelinger. Enkelte steder er hjælpemiddelterapeuter og visitatorer dog jævnligt til stede på gruppemøder i hjemmeplejen for at se, om de med deres faglighed kan bidrage med en løsning for borgeren.

En del kommuner har valgt, at det kun er nogle af sosu-medarbejderne i hjemmeplejens udekørende gruppe, der skal tage de hverdagsrehabiliterende forløb. Nogle af disse kommuner beskriver denne beslutning som et ressourcespørgsmål, hvor de på denne måde sparer penge ved kun at uddanne nogle af medarbejderne. Andre af disse kommuner uddanner alle medarbejdere, men udnævner nogle medarbejdere til 'ambassadører' eller 'rehabiliteringsagenter' og giver dem særlig uddannelse inden for rehabilitering. Fælles for de to udgaver er, at man satser på en afsmittende effekt og (ofte) en gradvis overgang til at alle medarbejdere i plejen skal kunne være kvalificerede til at tage de rehabiliterende forløb - hvorfor denne "ambassadørudgave" ikke nævnes som en selvstændig organisationstype, men som en udgave af organisationstype 1.

Nogle kommuner kalder deres tilbud om hverdagsrehabilitering for 'træning før hjælp'. Træning før hjælp-tilbud er typisk organiseret som et samarbejde mellem hjemmeplejen og træningssektionen, men er særligt, fordi det retter sig mod nye borgere, der henvender sig om en ydelse eller borgere, der bliver re-visiteret. Som navnet antyder, går det ud på, at borgeren tilbydes et målrettet træningsforløb, før han eller hun kan blive visiteret til en hjemmeplejeydelse. Det kan også være, at borgeren bliver tilbudt et hjælpemiddel, som kan gøre borgeren i stand til at varetage opgaven selv. På den måde søger kommunerne at 'vende borgerne i døren' – dvs. gøre dem helt eller mere selvhjulpne, sådan at de bliver i stand til bedre at klare sig selv og har behov for færre ydelser.

Organisationstype 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer

Om end type 1 (hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger) er den mest udbredte organisationsmodel, er der også kommuner, der har valgt at ansætte ekstra ressourcer i form af terapeuter eller sygeplejersker direkte i hjemmeplejen (type 2). Ifølge kortlægningen i 2013 er 14 ud af 95 tilbud etableret som et tværfagligt tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen ved ansættelse af særlige faglige ressourcepersoner (terapeuter og/eller sygeplejersker) direkte i hjemmeplejen frem for et samarbejde med andre afdelinger (jf. ovenfor). Der er flere fordele ved denne model. For det første underbygger denne model en tæt, tværfaglig sparring mellem forskellige faggrupper. For det andet har de medarbejdere, der indgår i den hverdagsrehabiliterende indsats, samme leder. På den måde reduceres risikoen for, at fagspecifikke forståelser af rehabiliteringsindsatsens mål, metoder og rollefordeling kolliderer.

Organisationstype 3: Tværfaglig specialenhed

Andre kommuner har valgt at organisere deres hverdagsrehabiliterende indsats ved at etablere en tværfaglig specialenhed. 13 ud af 95 tilbud i 2013 var, ifølge kortlægningen, organiseret som en specialiseret, tværfaglig enhed, som arbejder på tværs af hjemmeplejens områdegrænser i den enkelte kommune. I nogle kommuner er dette det eneste hverdagsrehabiliteringstilbud, mens det i andre kommuner spiller sammen med hverdagsrehabilitering organiseret i de "normale" udekørende hjemmeplejegrupper. Den specialiserede enhed er oftest organiseret som en selvstændig enhed med egen ledelse. Den personalemæssige sammensætning af de specialiserede enheder varierer, men omfatter altid ergoterapeuter og sosu-medarbejdere, og nogle gange hjemmesygeplejersker,

fysioterapeuter og ernæringsfagligt personale. I den tværfaglige specialenhed er terapeutnormeringen højere end i de almindelige hjemmeplejegrupper (type 1). De specialiserede enheder er ofte designet til at tage sig af de nye borgere, der henvender sig om hjælp og støtte efter Servicelovens § 83 – og som får en tidsbegrænset og målrettet rehabiliteringsindsats (ofte efter § 86 i Serviceloven). De specialiserede enheder har relativt meget tid til den enkelte borger, fordi det ses som en investering ift. at gøre borgeren selvhjulpen.

Organisationstype 4: Terapeutmodellen

Kun et mindre antal kommuner har valgt at organisere deres hverdagsrehabiliterende indsats som en terapeutmodel (type 4). Dvs. at det i overvejende grad er terapeuter, der varetager træningen med borgerne uden at involvere andre personalegrupper – inklusive sosu-personalet i hjemmeplejen. Ifølge kortlægningen i 2013 er kun 8 ud af 95 tilbud organiseret som terapeutfaglig indsats til ansøgere og modtagere af hjemmehjælp[4].

2.1.1.1 2017-undersøgelsens fem modeller for organisering af hverdagsrehabiliteringsforløb

På samme tidspunkt som denne undersøgelse foretages, udgiver Rambøll (2017) for Sundheds- og Ældreministeriet en praksisundersøgelse af servicelovens § 83 a (hverdagsrehabilitering), hvori det bl.a. undersøges hvordan kommunerne organiserer hverdagsrehabiliteringsforløb og hvilke modeller for organisering, der er mest udbredte i kommunerne. Rambøll analyserer organiseringen af hverdagsrehabilitering på baggrund af casestudier i otte kommuner og en kommunesurvey blandt visitations- og myndighedsafdelinger. Rambøll-undersøgelsen har således samme ambitioner som denne undersøgelse om at identificere forskellige modeller for organisering, samtidig med at undersøgelsen trækker på stort set samme datagrundlag – datagrundlaget er dog mindre end vores ift. spørgeskemaundersøgelsen (65 vs. 95 kommuner), men er til gengæld større i casestudierne (8 vs. 2).

Rambøll konstruerer på baggrund af deres analyser fem overordnede modeller for organisering ift. varetagelse af § 83a-forløb i kommunerne. De primære forskelle på modellerne skal ses ift. den organisatoriske placering af den såkaldte rehabiliteringskoordinator eller forløbsansvarlige fagperson, som har en koordinatorfunktion i rehabiliteringsforløbet og som samarbejder med myndighedsafdelingen og den udfører, som forestår rehabiliteringsindsatsen. Rehabiliteringskoordinatoren kan være placeret i visitationen, hjemmeplejen eller i træningsenheden og er enten terapeut, sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

[4] Ifølge Tuntland & Ness (2014a) kan den model, som af Kjellberg et al. (2013) kaldes for terapeutmodellen, ikke karakteriseres for hverdagsrehabilitering, idet der ikke er stærk involvering af og samarbejde med andre faggrupper, f.eks. sosu-personalet i hjemmeplejen, men at det alene er terapeuter, der er ansvarlige for alle faser i hverdagsrehabiliteringsforløbet. Dvs. i denne model mangler det tværfaglige element.

1. Koordinerende myndighed: Rehabiliteringskoordinator (terapeut eller sygeplejerske) er tilknyttet myndighedsafdelingen og arbejder tæt med hjemmeplejen, som spiller en central rolle i gennemførelsen af forløbet. (42 % af 65 kommuner i 2017 ifølge Rambøll)

2. Koordinerende træningsafdeling: Rehabiliteringskoordinator er tilknyttet kommunens træningsafdeling, er forløbsansvarlig og støtter hjemmeplejen, som spiller en central rolle i udførelsen af forløbet, f.eks. som hjemmetrænere. (17 % af 65 kommuner i 2017 ifølge Rambøll)

3. Rehabiliteringsteam-modellen: Selvstændige tværfaglige teams, som står for alle § 83a-forløb og indeholder både rehabiliteringskoordinator og tovholder (ofte samme person). Hvis borgeren overgår til ordinære hjemmeplejeydelser (§ 83) overflyttes denne først derefter til hjemmeplejen. (17 % af 65 kommuner i 2017 ifølge Rambøll)

4. Matrixorganisering: Rehabiliteringskoordinatorer på § 83a-forløb kan komme både fra træningsafdelingen og fra sygeplejen. De pågældende koordinatorer samarbejder herefter med hjemmeplejen. (Få kommuner)

5. Hjemmeplejemodellen: Hele koordineringen og gennemførelsen af § 83 a-forløb er placeret i hjemmeplejen, som har interne kompetencer / ekstra ressourcer, der kan varetage rollen som rehabiliteringskoordinator. Rehabiliteringskoordinator kan være enten terapeuter, sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter. (Få kommuner)

Rambølls 2017-kortlægning indikerer, at den mest udbredte organiseringsmodel er model 1, der indeholder en koordinerende myndighed, hvor varetagelsen af § 83a forløbet sker i hjemmeplejen med ekstra ressourcer i form af en forløbsansvarlig fagperson (f.eks. en terapeut eller sygeplejerske fra myndighed). Ud af i alt 65 deltagende kommuner peger 42 % på, at hverdagsrehabiliteringen varetages af hjemmeplejen med ekstra ressourcer i form af terapeut eller sygeplejerske fra myndighedsafdelingen som rehabiliteringskoordinator (model 1). Herefter kommer 17 % for koordinerende træningsafdeling (model 2), og 17 % for rehabiliteringsmodellen (model 3). Kun ganske få kommuner anvender matrixorganisering eller hjemmeplejemodellen (model 4 og 5).

2.1.2 Modeller i Norge

Norske studier viser - på samme måde som i Danmark - at de norske kommuner har valgt forskellige organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering (Fürst & Høverstad, 2014; Førland & Skumsnes, 2016; Langeland et al., 2016). Nærmest i lighed med typificeringen af organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering fra Danmark (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013), skelner Langeland et al. (2016), i en følgeevaluering af hverdagsrehabilitering i norske kommuner, mellem tre forskellige hovedtyper af modeller for organisering af hverdagsrehabilitering, ift. hvor den hverdagsrehabiliterende indsats er organisatorisk placeret, hhv. i:

1. En hjemmepleje-integreret model, som er en tværfaglig tjeneste, der er organiseret i hjemmeplejen i samarbejde med rehabiliteringsafdelingen
2. En specialist model, som er en tværfaglig tjeneste organiseret, som en egen selvstændig afdeling ved siden af hjemmeplejen og rehabiliteringstjenesten, og med selvstændigt ansvar for hele hverdagsrehabiliteringsprocessen
3. En rehabiliterings-integreret model, som er en tværfaglig tjeneste organiseret i rehabiliteringstjenesten i samarbejde med hjemmeplejen

Ifølge evalueringen er en hjemmepleje-integreret model mest udbredt (42 % af de deltagende kommuner) i de norske kommuner, men hverken en specialistmodel eller en rehabiliterings-integreret model er usædvanlig (hhv. 36 og 22 %).

Fürst & Høverstad (2014) har derimod en mere nuanceret skelnen ift. modeller for organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatsen. De skelner mellem seks forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering ift. 1) ansvar og opgaver i hverdagsrehabiliteringsprocessen samt 2) organisatorisk forankring af indsatsen.

Ift. ansvar og opgaver i hverdagsrehabiliteringsprocessen skelnes mellem hhv.:

1. Rehabiliteringsteams med fuldt ansvar
   Teamet har ansvaret for hele rehabiliteringsprocessen, herunder udredning, planlægning og gennemførelsen af indsatsen. Til den enkelte borger sammensættes et team med ergo-/fysioterapeut, evt. sygeplejersker og egne hjemmetrænere
2. Rehabiliteringsteams som "motor" for hverdagsrehabilitering
   Teamet – som består af terapeuter – har ansvaret for udredning, planlægning og opfølgning af hverdagsrehabiliteringsprocessen, mens træningsopgaverne og den "daglige" træning med borgerne udføres af medarbejderne i hjemmeplejen under vejledning og opfølgning af terapeuter i rehabiliteringsteamet.

Ift. organisatorisk forankring af hverdagsrehabiliteringsindsatsen skelnes mellem hhv.:

a) Hverdagsrehabilitering knyttet til hjemmeplejen
b) Hverdagsrehabilitering knyttet til rehabiliteringstjenesten
c) Delt organisering (terapeuter i rehabiliteringsenheder, hjemmetrænere i hjemmeplejen)

På baggrund af disse sondringer udvikler Fürst & Høverstad (2014:33) en 2x3-felts tabel i et forsøg på at kategorisere de forskellige organisatoriske modeller ud fra ansvar og opgaver i hverdagsrehabiliteringsprocessen på den ene side og den organisatoriske forankring af hverdagsrehabiliteringsindsatsen på den anden.

Beskrivelsen af organiseringen af hverdagsrehabilitering i den eksisterende nationale og internationale litteratur (primært norsk) illustrerer således en variation i, hvordan hverdagsrehabilitering organiseres – ift. både forskellige medarbejderes opgaver og ansvar, men ikke mindst med hensyn til den organisatoriske forankring af hverdagsrehabiliteringsindsatsen. Hverdagsrehabilitering kan organiseres med en organisatorisk forankring i hjemmeplejen, i myndighedsafdelingen, i en trænings- og/eller sundhedsafdeling, som en delt organisering, eller ved at oprette specialist-hverdagsrehabiliteringsteams med fuldstændig ansvar for hverdagsrehabiliteringsforløbene. Tabel 1 opsummerer de forskellige typer af organisationsmodeller for de fire inkluderede publikationer om organiseringen af hverdagsrehabilitering.

Tabel 1. Organisatorisk forankring af den hverdagsrehabiliterende indsats – forskellige modeller i Danmark og Norge

	Danmark		Norge	
Forfattere	*Kjellberg et al. (2013)*	*Rambøll (2017)*	*Fürst & Høverstad (2014)*	*Langeland et al. (2016)*
Typer af organisationsmodeller	1. Hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger, herunder fem forskellige undertyper	1. Koordinerende myndighed	1. Hverdagsrehabilitering knyttet til hjemmeplejen	1. Hjemmepleje-integreret model
	2. Hjemmepleje med ekstra ressourcer	2. Koordinerende træningsafdeling	2. Hverdagsrehabilitering knyttet til rehabiliteringstjenesten	2. Specialist model
	3. Tværfaglig specialenhed	3. Rehabiliterings-team-model	3. Delt organisering	3. Rehabiliterings-integreret model
	4. Terapeutmodel	4. Matrix-organisering		
		5. Hjemmeplejemodel		
Mest udbredte model	Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger	Koordinerende myndighed	Delt organisering	Hjemmepleje-integreret model

På tværs af de to lande og internt i de enkelte lande er der derudover variation i, hvordan disse organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering typologiseres. Selvom organisationsformerne i de fire publikationer typologiseres forskelligt, er der dog en række ligheder i de fire forskellige typologier, hvor alle modeller grundlæggende afspejler centrale spørgsmål om, hvilken rolle forskellige medarbejdergrupper skal have i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og i hvilke organisatoriske enheder disse forskellige medarbejdergrupper skal placeres.

Eksempelvis synes organisationsmodel 1 (hjemmepleje i samarbejde med andre modeller) hos Kjellberg et al. (2013) at svare til både organisationstype 1 (koordinerende myndighed) og 4 (matrix-organisering) hos Rambøll (2017), organisationstype 3 (delt organisering) hos Fürst & Høverstad (2014), samt organisationstype 1 (hjemmepleje-integreret model) og 3 (rehabiliterings-integreret model) hos Langeland et al. (2016). Fælles for alle de nævnte modeller er, at hverdagsrehabilitering foregår i et samarbejde mellem hjemmeplejen og andre afdelinger, f.eks. myndighedsafdeling eller terapeuter i træningsafdeling, men hvor det karakteristiske for modellerne er, at de forskellige tværfagligt samarbejdende medarbejdergrupper ikke er organiseret i samme afdeling, men hver for sig. Forskellene mellem de nævnte modeller kan dog være forskelle i ansvar og opgaver mellem medarbejdergrupperne.

På samme måde synes der at være en vis lighed i mellem organisationstype 2 (hjemmepleje med ekstra ressourcer) hos Kjellberg et al. (2013) og organisationstype 5 (hjemmeplejemodel) hos Rambøll (2017) og organisationstype 1 (hverdagsrehabilitering knyttet til hjemmeplejen) hos Fürst & Høverstad (2014). Karakteristisk for disse modeller er, at hele koordineringen og gennemførelsen af hverdagsrehabilitering er organisatorisk placeret i hjemmeplejen uden samarbejde med andre afdelinger. I disse modeller er særlige faglige ressourcepersoner (terapeuter og/eller sygeplejersker) ansat direkte i hjemmeplejen, der fungerer som interne hverdagsrehabiliteringskoordinatorer eller -tovholdere.

Til sidst synes organisationsmodel 3 (tværfaglig specialenhed) hos Kjellberg et al. (2013) at svare til organisationstype 3 (rehabiliteringsteam-model) hos Rambøll og organisationstype 2 (specialist model) hos Langeland et al. (2016). Det grundlæggende fællestræk ved disse modeller er, at hverdagsrehabiliteringen varetages af selvstændige, tværfaglige teams, som har ansvar for hele hverdagsrehabiliteringsprocessen og som arbejder på tværs af hjemmeplejens områdegrænser i den enkelte kommune.

2.2 En ny typologi for organisering af hverdagsrehabilitering

Inspireret af de fire øvrige typologier af organiseringen af hverdagsrehabilitering konstruerer vi i denne undersøgelse endnu en typologi – men en mere simpel typologi over forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering, se tabel 2 nedenfor.

Tabel 2. Organisatorisk forankring af de hverdagsrehabiliterende terapeuter

1. Central placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter (f.eks. i visitation- eller træningsafdeling)	**2. Decentral placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter i hjemmeplejen**	**3. Hverdagsrehabiliteringsteam**
Definerende kendetegn	*Definerende kendetegn*	*Definerende kendetegn*
- Hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret centralt i enten myndigheds- og visitationsafdeling eller træningsafdeling - Hverdagsrehabiliterende terapeuter ansat i en afdeling (trænings- eller myndighedsafdeling) samarbejder med sosu-medarbejderne ansat i anden afdeling (hjemmeplejen)	- Hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret decentralt i hjemmeplejegrupperne - Hverdagsrehabiliterende terapeuter samarbejder med sosu-medarbejderne i bestemte og faste hjemmeplejegrupper	- De hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret i et selvstændig, tværfagligt team - Hverdagsrehabiliterende terapeuter samarbejder tværfagligt med en fast gruppe af medarbejdere i teamet – (sosu-medarbejdere, sygeplejersker, ernæringsfaglig personale mv.)

I den konstruerede typologi tages udgangspunkt i, at på tværs af forskellige typer af organisationsmodeller og typologier er de hverdagsrehabiliterende terapeuter centrale, og kan ses som den væsentligste medarbejdergruppe i den hverdagsrehabiliterende indsats (se også figur 1). Fagligheden blandt de hverdagsrehabiliterende terapeuter og ergo- og fysioterapeuter i almindelighed er bygget op omkring den rehabiliterende tankegang, om at gøre borgerne mest mulig selvhjulpne – en tankegang som også er helt grundlæggende for den hverdagsrehabiliterende tilgang. Derudover fungerer de hverdagsrehabiliterende terapeuter oftest også som 'motor' (Fürst & Høverstad, 2014) og tovholder for det tværfaglige hverdagsrehabiliteringsforløb, hvor terapeuterne ofte har ansvaret for udredning, planlægning og opfølgning af hverdagsrehabiliteringsforløbet, mens den daglige træning med borgeren ofte varetages af medarbejderne i hjemmeplejen under vejledning og støtte af de hverdagsrehabiliterende terapeuter. De hverdagsrehabiliterende terapeuter spiller derfor en central rolle i den hverdagsrehabiliterende indsats, og i denne undersøgelse og konstruktionen af en ny typologi betragtes den organisatoriske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter som en indikator på, hvor kommunerne organisatorisk har placeret det primære ansvar for hverdagsrehabilitering (til sammenligning typologiseres organisationsmodeller i Rambøll-undersøgelsen ift. den organisatoriske placering af rehabiliteringskoordinator, se ovenfor).

Udgangspunktet for organiseringsmodeller i denne undersøgelse er derfor spørgsmålet om, hvor og hvordan disse hverdagsrehabiliterende terapeuter er organiseret?

1. I konstruktionen af typologien tages derfor udgangspunkt og skelnes imellem, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter er organiseret. F.eks. med en *central placering* af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i organisationen i f.eks. visitations- og myndighedsafdelingen eller i træningsafdelingen men hvor det hverdagsrehabiliterende arbejde foregår i tæt samarbejde med bl.a. sosu-medarbejderne i hjemmeplejen, som varetager den daglige hverdagsrehabiliterende indsats. Denne model har visse ligheder med organisationsmodel 1 hos Kjellberg et al. (2013), organisationstype 1 hos Rambøll (2017), organisationstype 3 hos Fürst & Høverstad (2014) samt organisationstype 1 og 3 hos Langeland et al. (2016).

2. Derudover kan de hverdagsrehabiliterende terapeuter have en *decentral placering* i organisationen med ansættelse direkte i hjemmeplejen, f.eks. hvor terapeuterne er tilknyttet bestemte hjemmeplejegrupper. Denne model eller organisationstype minder på mange måder om Rambøll's (2017) organisationstype 5 (hjemmeplejemodel) og Fürst & Høverstads (2014) organisationstype 1 (hverdagsrehabilitering knyttet til hjemmeplejen).

3. Som alternativ til enten en central eller decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter er en mere selvstændig placering af terapeuterne i et eget selvstændigt, tværfagligt hverdagsrehabiliteringsteam, hvor hele hverdagsrehabiliteringsprocessen varetages af dette tværfaglige team, og hvor borgerne kun overgår til hjemmeplejen, hvis de efter endt hverdagsrehabiliteringsforløb har brug for mere kompenserende hjælp og pleje efter SEL § 83. Denne model skal derfor forstås på samme måde som organisationstype 3 hos Kjellberg et al. (2013), organisationstype 4 hos Rambøll (2017) og organisationstype 2 hos Langeland et al. (2016).

2.3 Hvilken model virker bedst?

I den eksisterende forskning kan forskellige modeller for organisering af kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsats således identificeres. Men om nogle modeller for organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats er mere hensigtsmæssige end andre, mangler der dog fortsat forskning om (Førland & Skumsnes, 2016; Mann et al., 2016). Der er meget sparsom forskning om de forskellige organisationsmodellers effekter, konsekvenser, hensigtsmæssighed og lokale tilpasning (Førland & Skumsnes, 2016). Der er foretaget et par enkelte forskningsstudier i Norge om organisationsmodellernes effekt, men resultaterne er ikke entydige. Eksempelvis indikerer resultaterne fra en norsk statistisk undersøgelse af 712 borgere i 34 norske kommuner foretaget af Tuntland et al. (2017a), at et hverdagsrehabiliteringsteam organiseret som en hjemmepleje-integreret model i samarbejde med rehabiliterings- og træningstjeneste (ergo- og fysioterapeuter), synes at give en anelse bedre COPM-P outcomes (Occupational performance – et effektmål for borgernes udførelse af daglige aktiviteter) sammenlignet med en specialist-team-model, eller en rehabiliterings-integreret model. Dog er disse resultater ikke statistisk signifikante.

Ifølge et andet studie af Langeland et al. (2016) synes effekten af hverdagsrehabiliterende indsatser at være uafhængig af, hvilken organisationsmodel for hverdagsrehabilitering, der benyttes i kommunerne. Ingen af de tre modeller for organisering af hverdagsrehabilitering (hjemmepleje-integreret model, specialist model og en rehabiliterings-integreret model, jf. ovenfor) er mere hensigtsmæssig end andre modeller med hensyn til effekt af brugernes udførelse og tilfredshed med daglige aktiviteter. Ifølge Langeland et al. (2016) kan dette skyldes, at modellerne langt hen ad vejen er lokalt tilpasset kommunernes øvrige organisatoriske opbygning, størrelse og behov – dvs. at valg af model er udtryk for tilpasninger til den lokale kontekst. Eksempelvis geografisk store kommuners valg af en hjemmepleje-integreret model. I mange små kommuner og områder med spredt beboelse tilsiger rejseafstande, at det bliver for ressourcekrævende at have en centraliseret specialist-model (Fürst & Høverstad, 2014). Derudover vil et centralt placeret team have vanskeligt ved at magte

regelmæssigt at skulle følge op på hverdagsrehabiliteringsindsatser for mange borgere over store geografiske afstande. Mindre teams i flere områder og som er geografisk tættere på borgerne vil være mere tidsøkonomisk. Modsat har flere tætbefolkede områder valgt en specialist-model fordi rejseafstandene er små, og fordi man har ønsket at opbygge specialistkompetence og erfaring for et afgrænset antal ansatte i første omgang (Langeland et al., 2016). Logikken i Langelands overvejelser på grundlag af norske erfaringer antyder, at en specialist model kunne virke bedre i Danmark med de relativt små afstande – men det vil være forskelligt fra en kommune til en anden.

På baggrund af den eksisterende empiriske forskning kan vi således ikke konkludere, at en type organisationsmodel for hverdagsrehabilitering er mere hensigtsmæssig eller har større effekt end andre modeller, jf. klassisk organisationsteoretiske argumenter om, at der ikke findes "perfekte" organisationsformer (Bakka & Fivelsdal, 2014). Valget af organisationsmodel afhænger af lokale forhold og ræsonnementer i den enkelte kommune. De lokale modeller formes i høj grad af forskelle i økonomiske vilkår og organisatoriske strukturer. Men også ressourcer der investeres i modellerne og muligheder for rekruttering vil også ofte spille en væsentlig rolle.

2.4 Fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering

Selvom der ingen helt rigtige løsninger er, når det gælder at strukturere en organisation (Bakka & Fivelsdal, 2014) kan vi dog komme et stykke vej med udgangspunkt i klassiske organisationsteoretiske overvejelser om fordele og ulemper ved forskellige former for organisationsstruktur (Bakka & Fivelsdal, 2014; Egeberg, 2003; Gulick & Urwick, 1937). Sådanne teorier forudsiger, med nogen opbakning fra empirisk forskning på helt andre områder end ældreplejen, at man gennem den formelle struktur kan fremme nogle hensyn frem for andre. Hvis man primært ønsker at fremme en stærk hverdagsrehabiliteringsindsats med høj faglighed, så skal man lave en organisatorisk enhed med fokus på det. Her vil en model i stil med Langeland et al.'s norske 'specialist model' og Kjellberg et al.'s danske terapeutmodel eller tværfaglige specialenhed (se ovenfor) være de rigtige. Sådanne modeller vil øge sandsynligheden for, at man bruger den nyeste ekspertviden om, hvilke rehabiliteringsindsatser der virker for hvem. Vel at mærke under forudsætning af at rekruttering ikke er et problem. Hvis man derimod primært ønsker at hverdagsrehabiliteringsindsatsen skal underordnes en stram central styring af omkostningerne, så er det vigtigt at forløbskoordinatorerne er tæt knyttet til visitationsenheden og myndighedsorganisationen som eksempelvis i Rambølls koordinerende myndighedsmodel, som 62 % af de danske kommuner brugte i 2017 ifølge Rambølls undersøgelse. Forskellige mellemformer kan naturligvis tænkes.

I den empiriske litteratur om hverdagsrehabiliteringens organisering kan lignende overvejelser findes (Fürst & Høverstad, 2014; Førland & Skumsnes, 2016; Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013; Langeland et al., 2016). Til forskellige organisationsmodeller knyttes en række overvejelser om fordele og ulemper (se også Petersen, Graff, Rostgaard, Kjellberg, & Kjellberg, 2017). Herunder kobles disse fordele og ulemper til typologien konstrueret oven for ift. hhv. en central eller decentral placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter eller placeringen af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i et tværfagligt hverdagsrehabiliteringsteam (se tabel 2 ovenfor).

Både en central og decentral model, hvor sosu-medarbejderne i hjemmeplejen samarbejder med terapeuter enten i kommunens træningsafdeling (central) eller som ekstra ressourcepersoner ansat direkte i hjemmeplejen (decentral), kan give et kompetenceløft og en øget bevidsthed om hverdagsrehabilitering i hele hjemmeplejen (Førland & Skumsnes, 2016), samtidig med at hverdagsrehabiliteringsindsatsen bedre kan blive integreret i og blive en naturlig del af hjemmeplejen, idet det vil

sprede og forankre tankegangen og arbejdsmetoden i arbejdskulturen i hele hjemmeplejen (Langeland et al., 2016). Det kræver en holdningsændring fra at "gøre for" til at "støtte til at mestre selv". Disse to modeller kan være med til at skabe grundlag for, at hverdagsrehabilitering involverer hele hjemmeplejen og ikke kun nogle få særligt dedikerede og motiverede medarbejdere (Fürst & Høverstad, 2014) – som ved en organisering af hverdagsrehabiliterende terapeuter i en hverdagsrehabiliteringsteam-model eller terapeutmodel. Derudover kan disse modeller medvirke til at sikre en bedre overgang og opfølgning fra hverdagsrehabilitering til ordinær hjemmepleje, idet borgeren er kendt i hjemmeplejen både før, under og efter hverdagsrehabiliteringsforløbet (Langeland et al., 2016). Udfordringerne ved disse modeller er dog, at opgaver om hverdagsrehabilitering skal konkurrere med de ordinære pleje- og omsorgsopgaver, og i en travl hverdag kan det være nødvendigt at nedprioritere og reducere i de hverdagsrehabiliterende aktiviteter for at kunne nå alle opgaver (Fürst & Høverstad, 2014).

Fordele ved særligt en central model, f.eks. med organisatorisk forankring i træningsafdelingen, er, at de hverdagsrehabiliterende terapeuterne kan medvirke til at få rodfæstet hverdagsrehabilitering i det træningsfaglige område fremfor kun i hjemmeplejen, men også at terapeuterne, fordi de kommer fra en anden organisation og "ikke har fingrene i driften" i hjemmeplejen, kan se på indsatsen i hjemmeplejen med nye øjne (Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen, & Rasmussen, 2013:19). Fordele ved en decentral model med ansættelse af hverdagsrehabiliterende terapeuter direkte i hjemmeplejen er, at det kan styrke det tætte samarbejde på tværs af fagligheder. Udfordringer forbundet med en decentral model er dog, at det bl.a. kan være svært at rekruttere og fastholde terapeuter til sådanne stillinger. Mange terapeuter ønsker ikke at være ansat i hjemmeplejen, fordi terapeuterne dermed kommer til at sidde alene i hjemmeplejen med deres fagområde, og fordi terapeuterne får mest ud af at indgå i et personligt og fagligt fællesskab med andre terapeuter (f.eks. ved ansættelse i en central træningssektion) (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013).

Hvor de to øvrige modeller kan være krævende både økonomisk og organisatorisk (Langeland et al., 2016), kræver en hverdagsrehabiliteringsteam model oplæring af færre medarbejdere sammenlignet med de to øvrige modeller. Derudover sikrer en hverdagsrehabiliteringsteam model, som arbejder på tværs af hele kommunen, ensartede tilbud om hverdagsrehabilitering på tværs af kommunen. Dertil kan man frygte, at hverdagsrehabilitering vil blive nedprioriteret, hvis den placeres som en del af en anden tjeneste, f.eks. i hjemmeplejen og at personalets tid vil blive "spist op" af de andre ordinære tjenesters arbejdspres og knaphed på ressourcer (Langeland et al., 2016). I hverdagsrehabiliteringsteam modellen kan det tværfaglige specialist team koncentrere sig om hverdagsrehabilitering, idet medarbejderne "skærmes" for almindelige pleje- og omsorgsopgaver (Fürst & Høverstad, 2014). Dog er en ulempe ved denne model, at medarbejderne i hjemmeplejen kan se den specialiserede enhed som en trussel, der fjerner deres arbejdsgrundlag (når borgerne får brug for mindre hjælp) og overflødiggør deres faglighed (da medarbejderne i teamet ofte har efteruddannelse og særlige kompetencer, som de almindelige hjemmeplejegrupper ikke har)(Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013). I tabel 3 gives en oversigt over fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering, som de er beskrevet i den eksisterende litteratur, men struktureret efter den nye typologi for organisering af hverdagsrehabilitering.

Tabel 3. Fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering

	Central placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter (f.eks. i visitations- eller træningsafdeling)	**Decentral placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter i hjemmeplejen**	**Hverdagsrehabiliterings-team**
Fordele	Indsatsen involverer hele hjemmeplejen og ikke kun få udvalgte og dedikerede medarbejdere Kan dermed bidrage til: - Et kompetenceløft og en øget bevidsthed i hele hjemmeplejen - Spredning, integration og forankring af tankegangen som en naturlig tankegang og arbejdsmetode i hele hjemmeplejen - Sikring af en bedre overgang og kontinuitet fra hverdags-rehabilitering til evt. ordinær hjemmepleje	Samme fordele som model med central placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter, derudover også: Underbygger tæt, tværfaglig sparring og samarbejde på tværs af fagligheder De medarbejdere, der indgår i den hverdagsrehabiliterende indsats har samme leder. Risiko reduceres for at fagspecifikke forståelser af rehabiliteringsindsatsens mål, metoder og rollefordeling kolliderer.	Oplæring af færre ansatte i hverdagsrehabilitering end ved de øvrige modeller Sikrer ensartede tilbud om hverdagsrehabilitering på tværs af kommunen Skærmes fra almindelige pleje- og omsorgsopgaver, og kan derved koncentrere sig om og holde fokus på hverdagsrehabilitering
Ulemper	Hverdagsrehabilitering er i konkurrence med andre ordinære pleje- og omsorgsopgaver Risiko for at hverdagsrehabilitering nedprioriteres i en travl hverdag	Samme ulemper som central model, derudover også: Vanskeligt at rekruttere terapeuter til stillinger med organisatorisk forankring i hjemmeplejen, hvor man sidder alene med sit fagområde	Risiko for, at medarbejderne i hjemmeplejen ser det specialisede team som en trussel, der fjerner deres arbejdsgrundlag og overflødiggør deres faglighed

2.5 Centrale faktorer der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende tilgang

På trods af, at den eksisterende forskning ikke entydigt kan pege på, at en model er mere hensigtsmæssig end andre, peger enkelte studier (Glendinning et al., 2010; Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013; Petersen et al., 2017; Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011) dog på en lang række faktorer, som vurderes enten at hæmme eller fremme implementeringen af den hverdagsrehabiliterende tilgang uafhængigt af den organisatoriske forankring af hverdagsrehabiliteringsindsatsen. Nedenfor præsenteres og sammenfattes fire faktorer, der anses som helt centrale for en succesfuld implementering, og som til en vis grad går på tværs af de forskellige organisationsmodeller.

2.5.1 Borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering

En central forudsætning for en succesfuld implementering af en hverdagsrehabiliterende tilgang afhænger af borgernes motivation (Glendinning et al., 2010; Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011). Studierne viser, at hverdagsrehabilitering har den bedste virkning, hvis borgerne er positive over for hverdagsrehabilitering og er motiverede for at blive selvhjulpne. Derudover vurderes hverdagsrehabilitering at fungere bedst for yngre borgere og for borgere, som er ny-visiterede og dermed ikke tidligere har erfaring med at modtage hjemmepleje (Glendinning et al., 2010; Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011). Borgere som allerede har erfaring med en kompenserende

hjælp og pleje vurderes at være vanskeligere at rehabilitere, da de derfor ofte vil have forventninger om at tingene bliver gjort for dem, og disse forventninger kan være vanskelige at ændre.

I forlængelse heraf er det væsentligt at borgerne inddrages i forløbet, ikke mindst ift. identificeringen og formuleringen af de mål, der opstilles for hverdagsrehabiliteringsforløbet – dvs. at tildelingen af en hverdagsrehabiliterende indsats tager udgangspunkt i borgernes egne mål, og ikke som udgangspunkt i kommunens ydelseskatalog (Petersen et al., 2017).

Ift. at arbejde med borgernes motivation og mål for hverdagsrehabiliteringsforløbet vurderes det også som væsentligt, at der er en høj grad af kontinuitet i relationen mellem borgerne og medarbejderne (Petersen et al., 2017). Når det er de samme få medarbejdere, der kommer hos borgerne og gennemfører forløbene, giver det mulighed for mere velkørende forløb, hvor medarbejderne kan trække på deres viden om borgerens situation og hidtidige udvikling, samtidig minimeres risikoen for at borgerne "kræver" mere af den enkelte medarbejder ud fra et argument om, at andre medarbejdere gør det anderledes (f.eks. gør tingene for borgeren i stedet for at opfordre borgeren til i højere grad selv at gøre det).

2.5.2 Medarbejderne

En anden vigtig forudsætning er, om de medarbejdere, som i det daglige forventes at skulle varetage en hverdagsrehabiliterende indsats (sosu-personalet i hjemmeplejen), faktisk arbejder hverdagsrehabiliterende eller ej. Om medarbejdernes tilgang og arbejdsmåde er hverdagsrehabiliterende afhænger i høj grad af medarbejdernes anciennitet og uddannelse (Glendinning et al., 2010; Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011). Lang erfaring med udelukkende at arbejde på den traditionelt kompenserende måde kan give modstand blandt sosu-medarbejderne mod den nye måde at arbejde på, eller det kan være svært at ændre holdning og praksis samt omstille sig til den nye måde at arbejde på. Omvendt vil nyansatte og medarbejdere med kort eller ingen erfaring med at arbejde på en traditionelt kompenserende måde være lettere at oplære i hverdagsrehabilitering og involvering af borgerne i både beslutninger om og aktiviteter i relation til hjemmepleje. Derudover vurderes indledende men også løbende kurser i hverdagsrehabilitering som vigtige ift. at styrke hverdagsrehabiliteringstilgangen i det daglige arbejde (Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011).

2.5.3 Det tværfaglige samarbejde

I de hverdagsrehabiliterende indsatser vurderes et tæt, tværfagligt samarbejde og mulighed for sparring mellem forskellige faggrupper som en central forudsætning for en effektiv implementering (Petersen et al., 2017). Herunder vurderes muligheden for både uformelle og formelle møder mellem faglighederne som en vigtig forudsætning for et vellykket samarbejde. Formelt f.eks. ved regelmæssige tværfaglige møder med deltagelse af alle fagpersoner, der er en del af det hverdagsrehabiliterende arbejde med borgerne, hvor vidensdeling, koordination og kompetenceudvikling kan finde sted. Men også muligheden for mere uformelle møder, f.eks. daglig "trappesparring" (Petersen et al., 2017)) anses som vigtige i det tværfaglige samarbejde. Disse overvejelser gælder i mindre grad en hverdagsrehabiliteringsteam-model, som kræver en mindre grad af samarbejde på tværs.

2.5.4 Dokumentation, kommunikation og tid

Et konsistent og grundigt registrerings- og dokumentationssystem bliver anset for at være afgørende for muligheden for at sikre kontinuitet i forløbene og kommunikation mellem de involverede medarbejdere, f.eks. ved at registrere hvad målene med et forløb er, hvad medarbejderne gør ved hvert besøg, hvor langt og hvordan borgerne har udviklet sig ift. at nå deres mål og hvad risikofaktorerne

er (Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011). Men der peges på, at den skriftlige dokumentations- og kommunikationsopgave kan være vanskelig for særligt sosu-personalet. Det betyder, at de i stedet og oftere anvender mundtlig dialog som et kommunikationsredskab, men hvor dokumentationen dermed udebliver (Petersen et al., 2017). Mangelfuld og forskelligartet registrering og dokumentation opleves at vanskeliggøre kontinuiteten og muligheden for at de forskellige involverede faggrupper kan bygge videre på den fremgang, som borgerne opnår (Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011). Her er det vigtigt, at de der skal dokumentere og kommunikere i disse systemer, oplever systemerne som relevante og at de har de fornødne kompetencer til at dokumentere og kommunikere i systemet (Petersen et al., 2017).

Hverdagsrehabilitering tager længere tid end traditionel kompenserede hjemmepleje, men afsættes der ikke mere tid eller opstår der forsinkelser i forløbet, opleves dette som en barriere for hverdagsrehabiliteringsindsatsens effekt (Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011).

Tabel 4. Afgørende faktorer for en succesfuld implementering af hverdagsrehabilitering

Borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering - At borgerne ønsker og er motiverede for at blive selvhjulpne - At borgerne er positive over for deltagelse i hverdagsrehabiliteringsindsatser - Yngre borgere og ny-visiterede opleves som mere motiverede - At tildeling af hverdagsrehabiliterende indsats tager afsæt i borgernes egne mål - At borgerne inddrages i forløbet, f.eks. ift. identificering og formulering af mål med hverdagsrehabiliteringsforløb
At medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende - At medarbejderne i hjemmeplejen er uddannede i hverdagsrehabilitering – både via grunduddannelse eller kurser - At medarbejderne i hjemmeplejen har kort eller ingen erfaring med at arbejde på en traditionel kompenserende måde
Det tværfaglige samarbejde - Tæt, tværfagligt samarbejde og sparring mellem faggrupper, f.eks. gennem formelle og uformelle møder
Dokumentation, kommunikation og tid - Skriftlig kommunikation og dokumentation sikrer kontinuitet i hverdagsrehabiliteringsforløb - At medarbejderne oplever dokumentations- og kommunikationssystemerne som relevante - At medarbejderne har de fornødne kompetencer til at bruge systemet - At der ikke er ventetid eller sker forsinkelser i forløbet - At der afsættes tilstrækkelig tid til hverdagsrehabilitering

Kilder: Glendinning et al., 2010; Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013; Petersen et al., 2017; Rabiee et al., 2009; Rabiee & Glendinning, 2011

2.6 Opsummering

På baggrund af litteratur reviewet af den nationale og internationale forskning - herunder fra primært Danmark og Norge - af organiseringen af hverdagsrehabiliterende indsatser kan der peges på forskellige modeller for organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats – både ift. opgaver og ansvar, men særligt ift. organisatorisk forankring. På baggrund af litteratur reviewet finder vi videre, at der ikke er belæg for at kunne sige, at en model er mere hensigtsmæssig end en anden model – dvs. at den nuværende forskning på området ikke har belæg for at fremhæve en organisationsform som den rigtige - der er ikke én rigtig måde at organisere hverdagsrehabiliteringsindsatsen på. Organiseringen af hverdagsrehabilitering afhænger i høj grad af lokale forhold i den enkelte kommune – men der eksisterer både fordele og ulemper ved alle modellerne.

Med inspiration fra allerede udviklede typologier over organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering udvikles en ny typologi. I denne skelnes mellem tre forskellige modeller ift. hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter, som en central aktør og 'motor' i hverdagsrehabiliteringsforløbene, er

organisatorisk placeret – enten placeret centralt, decentralt eller i et selvstændigt og tværfagligt hverdagsrehabiliteringsteam.

Fordelen ved en model hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter er centralt placeret i en myndigheds- eller træningsafdeling, men i et tæt samarbejde med medarbejderne i hjemmeplejen kan være, at hverdagsrehabilitering involverer hele hjemmeplejen og ikke kun få udvalgte og dedikerede medarbejdere, hvilket kan bidrage til et kompetenceløft og øget bevidsthed om hverdagsrehabilitering i hele hjemmeplejen. Ulemperne ved denne model kan være, at hverdagsrehabilitering er i konkurrence med andre ordinære pleje- og omsorgsopgaver og at der dermed er risiko for, at hverdagsrehabilitering nedprioriteres i en travl hverdag.

Der er også fordele og ulemper ved en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter direkte i hjemmeplejen. Denne model kan underbygge en tæt, tværfaglig sparring og samarbejde på tværs af fagligheder (sosu-medarbejdere og terapeuter), men det er en model, som kan betyde, at det kan være vanskeligt at rekruttere terapeuter til, fordi terapeuterne ikke ønsker at sidde alene med sit fagområde ude i hjemmeplejegrupperne.

Fordele og ulemper ved placeringen af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i et tværfagligt og specialiseret hverdagsrehabiliteringsteam er, at denne model på den ene side kræver oplæring af færre ansatte i hverdagsrehabilitering, medvirker til at sikre ensartede tilbud om hverdagsrehabilitering på tværs af kommunen, og medarbejderne i teamet kan holde fokus på hverdagsrehabilitering, fordi de skærmes fra almindelige kompenserende pleje- og omsorgsopgaver. På den anden side er en risiko ved denne model, at medarbejderne i hjemmeplejen ser det specialiserede team som en trussel, der fjerner der deres arbejdsgrundlag.

Afslutningsvis præsenteres en række faktorer ift. indhold og organisering af en hverdagsrehabiliterende indsats, som ifølge den eksisterende forskning, kan enten fremme eller hæmme implementeringen af en hverdagsrehabiliterende tilgang i den kommunale ældrepleje. Særligt er borgernes motivation og hvorvidt medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende afgørende for implementeringen af hverdagsrehabilitering, men også muligheden for et tværfagligt samarbejde, brugen af skriftlig dokumentations- og kommunikationssystemer, samt at indsatsen er rettidig og tiden afsat til hverdagsrehabilitering er tilstrækkelig.

- Der findes forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering afhængig af hvilken rolle forskellige medarbejdergrupper har i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og hvordan de forskellige medarbejdere organisatorisk er placeret i forskellige organisatoriske enheder i kommunen.
- Den nuværende forskning på området ikke har belæg for at fremhæve en organisationsform som den rigtige - der er ikke dokumentation for én rigtig måde at organisere hverdagsrehabiliteringsindsatsen på.
- Organiseringen af hverdagsrehabilitering afhænger i høj grad af lokale eksisterende (eksempelvis økonomiske og organisatoriske) forhold i den enkelte kommune.
- For alle modeller ses fordele og ulemper.
- Borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering, at medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende, det tværfaglige samarbejde, samt dokumentation, kommunikation og tid er helt afgørende faktorer for en succesfuld implementering af hverdagsrehabilitering.

3 Undersøgelsens metoder

For at besvare projektets fire forskningsspørgsmål foretages først et systematisk litteratur review, som afdækker og sammenfatter den eksisterende nationale og internationale litteratur omhandlende kommunernes organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser (jf. forskningsspørgsmål 1).

Herefter foretages et kvalitativt, multipelt casestudie af hverdagsrehabilitering på ældreområdet i Jammerbugt og Thisted kommuner, hvori der sættes fokus på forskelle og ligheder i indhold i og organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats, samt oplevede fordele og ulemper ved den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner (jf. forskningsspørgsmål 2 og 3).

Litteratur- og casestudiet suppleres efterfølgende med en kortlægning og komparativ analyse af organisering af hverdagsrehabilitering samt oplevede fordele og udfordringer ved den hverdagsrehabiliterende indsats i den samlede population af danske kommuner (jf. forskningsspørgsmål 4) baseret på en national spørgeskemaundersøgelse udsendt til chefer og ledere på det kommunale ældreområde.

Samlet set analyserer og sammenligner undersøgelsen således både organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats samt oplevede fordele, ulemper og udfordringer herved i to udvalgte kommuner samt i samtlige danske kommuner.

I dette kapitel beskrives hvordan de tre forskellige delundersøgelser – litteratur review, casestudie og spørgeskemaundersøge er gennemført. I afsnit 3.1 beskrives først hvordan litteratur studiet er foretaget. Foruden at beskrive resultatet af litteratursøgningen og give en oversigt over de inkluderede publikationer i litteraturreviewet, defineres hverdagsrehabiliteringsbegrebet, samt søgestrategi- og metode, inklusions- og eksklusionskriterier bliver beskrevet. I afsnit 3.2 redegøres for, hvordan casestudiet er gennemført. Casestudiet baseres primært på interviews med centrale nøglepersoner i hver af de to kommuner. I afsnittet redegøres for hvem der er interviewet og hvordan særligt borgerne, der deltager i interviewundersøgesen, er blevet udvalgt. I afsnit 3.3 redegøres for den gennemførte spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt chefer og ledere på ældreområdet i de danske kommuner. Der redegøres for spørgeskemaets udformning, udsendelse, indhold, undersøgelsens svarprocent samt hvad der karakteriserer de respondenter, der har besvaret spørgeskemaet.

3.1 Litteratur review

Litteraturstudier af hverdagsrehabiliterende indsatser og deres effekter er blevet undersøgt i flere studier (se f.eks. Böhm Nielsen, Langberg, & Rasmussen, 2013; Førland & Skumsnes, 2016; Legg, Gladman, Drummond, & Davidson, 2016; Petersen, Graff, Rostgaard, Kjellberg, & Kjellberg, 2017; Pettersson & Iwarsson, 2015). Formålet med dette litteratur review er at foretage en mere afgrænset og målrettet søgning, præsentation og sammenfatning af den eksisterende viden med særligt fokus på organiseringen af hverdagsrehabilitering.

3.1.1 Begrebsdefinition

Inden litteratursøgningen foretages er der behov for en begrebsafklaring og -definition. Hvad mener vi helt præcist, når vi taler om rehabilitering eller hverdagsrehabilitering?

Rehabiliterende indsatser, som har været tilrettelagt i kommunerne de seneste år har haft forskellige betegnelser, men hvor hverdagsrehabilitering er det begreb, der har været anvendt som en samlet betegnelse for kommunernes tilbud. Hverdagsrehabilitering er et ord, der blev opfundet i Fredericia Kommune ifm. udviklingen af kommunens projekt "Længst muligt i eget liv" (Kjellberg, Kjellberg,

Navne, & Ibsen, 2013) med inspiration fra Östersund Kommune i Sverige. I denne rapport vil begrebet hverdagsrehabilitering blive anvendt.

Både nationalt og internationalt er begrebet dog vagt defineret (Aspinal et al., 2016; Legg et al., 2016), dog findes der ingen alment accepteret definition af hverdagsrehabilitering (E. B. Hansen, 2015a). Hverdagsrehabilitering defineres på forskellige måder på tværs af lande og derudover findes ingen veletableret engelsk oversættelse af begrebet. Det betyder, at der er forskelle i, hvad der udgør hverdagsrehabilitering mellem landene og at der er forskellige modeller for indsatserne, der går under dette navn, hvilket i sidste ende betyder, at det kan være vanskeligt at sammenligne resultaterne fra forskellige studier på tværs af landene (Pettersson & Iwarsson, 2015) men også internt i det enkelte land på tværs af kommuner, fordi de har forskellige modeller (se også kapitel 2).

I en dansk kontekst defineres rehabilitering i Hvidbog om rehabilitering (MarselisborgCentret, 2004:4) således:

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

Flere danske ministerielle rapporter bygger på denne definition af rehabilitering (f.eks. Socialstyrelsen, 2014), men definitionen kan dog kritiseres for at være bred og for ikke at fange det særlige ved netop *hverdagsrehabilitering*. Videre er hverdagsrehabilitering blevet defineret som *"...den fællesbetegnelse, som kommunerne bruger til beskrivelse af de tilbud om rehabilitering, som er målrettet borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på at gøre borgeren mere selvhjulpen i dagligdagen"* (Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen, & Rasmussen, 2013:15).

Ifølge Tuntland & Ness (Tuntland & Ness, 2014b) er denne definition dog også bred og upræcis, idet definitionen omfatter alle former for rehabilitering i borgernes hjem, og dermed ikke adskiller sig fra traditionel rehabilitering i hjemmet i det hele taget. De præsenterer derfor en definition af hverdagsrehabilitering, som består af flere kendetegn (Tuntland & Ness, 2014a:26, egen oversættelse):

- at der startes med spørgsmålet: "Hvad er vigtige aktiviteter i dit liv nu?"
- et målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillægger betydning
- en tidlig, tidsafgrænset indsats i personens hjem eller nærmiljø
- styrket involvering og samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter og personalet i hjemmeplejen
- øge selvhjulpenhed i daglige gøremål, sådan at personen fortsat kan bo hjemme, være aktivt i eget liv og deltage socialt i samfundet
- et tankesæt om at personens selv styrer deltagelse og hverdagsmestring
- mulighed for inkludering af aktuelle pårørende og frivillige

Hverdagsrehabilitering kan således have flere ting til fælles med anden almindelig rehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016; Tuntland & Ness, 2014a), f.eks. at det er en tidsafgrænset proces med klare mål defineret af borgeren, at borgerens egen indsats vægtlægges i form af hverdagsmestring, vægtlægningen af en tværfaglig indsats og at formålet er øget selvstændighed, mestring og social deltagelse i samfundet. Men hverdagsrehabilitering adskiller sig også fra rehabilitering, f.eks. ved at

arenaen, hvor hverdagsrehabilitering foregår er begrænset til borgerens eget hjem og nærmiljø, at hverdagsrehabiliteringsindsatsen foregår i tæt samarbejde og integration med den kommunale hjemmepleje, at det først og fremmest er hverdagsaktiviteter som er mål og tema for den intensive rehabilitering. I og med at hverdagsrehabilitering sker i nærmiljøet muliggør det en tæt samarbejde med civilsamfundet – med pårørende, frivillige foreninger, interesseorganisationer mv. (Tuntland & Ness, 2014a).

Cochrane et al. (2016) identificerer på baggrund af et litteratur review fem væsentlige definerende kriterier for, at en indsats eller intervention kan kaldes for "re-ablement" (hverdagsrehabilitering).

- Participants must have had an identified need for formal care and support or be at risk of functional decline
- The intervention must have been time-limited (up to 12 weeks) and intensive (e.g. multiple home visits)
- The intervention must have been delivered in the older person's own home, and provided by an interdisciplinary team
- The intervention must have been focused on maximizing independence; and
- The intervention must have been person-centred and goal-directed

Der således en vis variation i, hvordan hverdagsrehabilitering defineres. Trods variationen er der dog nogle fællestræk (Aspinal et al., 2016), og i denne rapport lægger vi os op ad følgende definition, som vi mener indeholder flest af de relevante definerende træk:

Reablement is an inclusive approach that seeks to work with all people who could benefit from this kind of support, irrespective of diagnosis, age and capacity - although they may be targeted at those for whom reablement is considered most likely to lead to improvement. It is a focused, time-limited (typically 4–12 weeks) intervention provided in people's homes or in community settings, often multidisciplinary in nature and integrated across social care and health sectors, that aims to help people regain as much functional independence as possible following a period of ill health, an admission to hospital or a decline in function. Services tend to focus on supporting people to regain skills around daily activities and should be goal-orientated, holistic and person-centred - working to achieve participation in daily activities that matter to the individual, supporting them to lead chosen lifestyles and working with them in their family and local context. (Aspinal et al., 2016:576)

Med inspiration fra de forskellige definitioner af hverdagsrehabiliteringsbegrebet, definerer og opererer vi i dette projekt med følgende definition af hverdagsrehabilitering:

Hverdagsrehabilitering er en fællesbetegnelse for kommunernes rehabiliteringsindsatser, som er målorienterede, holistiske, korterevarende, og tidsafgrænsede, der er målrettet borgere eller potentielle borgere i hjemmeplejen, og som gennemføres i borgernes eget hjem eller nærmiljø, med henblik på at gøre borgeren mere selvhjulpen i daglige gøremål. Indsatsen er ofte tværfaglig og udføres ofte i et samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedshjælpere og -assistenter i hjemmeplejen.

3.1.2 Metode/ Søgestrategi

Med det formål at afdække og sammenfatte den nationale og internationale litteratur om organiseringen af hverdagsrehabiliterende indsatser er litteratursøgningen foretaget ud fra følgende forskningsspørgsmål (forskningsspørgsmål 1):

Hvad siger den nationale og internationale forskning om, hvordan kommunale hverdagsrehabiliterende indsatser organiseres, hvilke centrale fordele og ulemper der er ved forskellige modeller for

organisering af hverdagsrehabilitering inden for kommunal ældrepleje, og hvilke faktorer der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende indsats?

Litteratursøgningen er i første omgang gennemført i februar 2017, men med en opfølgende søgning i oktober 2017, og foretages med udgangspunkt i tre forskellige søgeteknikker:

1) Bloksøgning efter internationalt publiceret litteratur
2) Søgning efter "grå litteratur"
3) Kædesøgning

3.1.2.1 Bloksøgning

I første omgang foretages en søgning efter internationalt publiceret litteratur i databaserne Web of Science og Scopus for perioden 2000 til 2017[5]. Søgningen foretages efter Buliding Block metoden – eller på dansk *bloksøgning*[6]. I begge databaser foretages en bloksøgning på følgende søgeord og synonymer (se tabel 5 nedenfor) med anvendelse af boolske operatorer (OR og AND), frasesøgning og trunkering. I Scopus søges i artiklens titel, abstract og keywords, i Web of Science søges i "Topic".

Tabel 5. Bloksøgning med søgeord og synonymer

BLOK 1 (Population)	**BLOK 2 (Fænomen)**	**BLOK 3 (Problem)**	**Blok 4 (Kontekst)**
Old*	Reablement*	Organization*	"Home care"
Elder*	Re-ablement*	Organisation*	Homecare
Aged	Restorative*	Model*	
"Older adults"			

Søgeordene og synonymer sammensættes i følgende søgestreng:

(Old OR elder* OR aged OR "older adults") AND (reablement* OR re-ablement* OR restorative*) AND (organization OR organisation OR model*) AND ("home care" OR homecare)) AND PUBYEAR > 1999*

Ovenstående søgeord i de fire blokke er dannet på baggrund af søgeord anvendt i tidligere litteratur reviews (Böhm Nielsen et al., 2013; Førland & Skumsnes, 2016; Langeland et al., 2016) samt angivne keywords i relevante artikler om emnet. Betegnelserne reablement (re-ablement) og restorative anvendes som tilnærmet synonyme begreber for den nordiske forståelse af hverdagsrehabilitering, jf. Langeland et al. (Langeland et al., 2016) og Førland & Skumsnes (Førland & Skumsnes, 2016).

[5] Litteratur om hverdagsrehabilitering i England, Australien, New Zealand og USA findes tilbage fra 2001 (Tuntland, 2014).

[6] Bloksøgning foregår ved at forskningsspørgsmål inddeles i blokke, som repræsenterer vigtige elementer.

Udtrykket hverdagsrehabilitering bruges primært i de skandinaviske lande. Internationalt bruges begreberne "reablement" og "home care re-ablement" i England, og "restorative care" og "restorative home support" i USA, New Zealand og Australien (Aspinal et al., 2016) og "active service model" og "restorative home-care programme" og "home independence programme" i Australien (Bond, Mulvenna, Finlay, & Martin, 2015; Førland & Skumsnes, 2016; J. G. M. Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013; J. Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2012; Tuntland, 2014). De nævnte begreber har været anvendt i disse lande i de sidste to årtier.

Efter søgning i de to databaser vurderes og sorteres litteraturen på baggrund af opstillede inklusions-eksklusionskriterier (se nedenfor) efter relevans af først artiklens titel og abstract, herefter fuldtekst. For oversigt over trinvis sorterings-/udvælgelsesproces se figur 2 nedenfor.

3.1.2.2 Søgning efter "grå litteratur"

Som supplement til bloksøgningen foretages i anden omgang en søgning i Google Scholar efter national litteratur (herunder også norsk og svensk litteratur), der ikke er publiceret i tidsskrifter og dermed ikke er tilgængelige via bibliografiske databaser – i en dansk kontekst f.eks. rapporter udarbejdet af DSI, KORA, SFI mv.

På Google Scholar søges på følgende emneord: Hverdagsrehabilitering, rehabiliteringsforløb, kommuner, ældre, hjemmepleje, ældrepleje, organisering. Der søges på følgende to søgestrenge for tidsperioden 2007-2017:

Hverdagsrehabilitering OR rehabiliteringsforløb AND kommuner AND ældre AND hjemmepleje OR ældrepleje AND organisering

Hverdagsrehabilitering OR rehabilitering AND kommuner AND ældre AND hjemmepleje OR ældrepleje AND organisering)*

3.1.2.3 Kædesøgning

Til sidst foretages en kædesøgning, dels hvor referencelisterne i centrale artikler (identificeret i trin 1) gennemgås, dels ved at identificere publikationer, som citerer allerede identificerede centrale artikler fra bloksøgningen (bagudrettet og fremadrettet kædesøgning), hvorved andre relevante artikler bliver identificeret.

3.1.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Med udgangspunkt i projektets definition af hverdagsrehabilitering formuleres i denne litteratursøgning en række inklusions- og eksklusionskriterier, som kan anvendes i sorteringer af artikler fra søgeproceduren, bl.a. i relation til afgrænsning ift. typer af forløb og indsatser.

Søgningen inkluderer litteratur:

- Udgivet i perioden 2000-2017
- Udgivet på engelsk, dansk, svensk eller norsk
- Forløb og indsatser til ældre
  - over 65 år
  - med nedsat funktionsevne (fysisk, psykisk eller social)
  - som foregår i kommunerne, herunder i borgernes hjem og/eller nærmiljø
  - som er kortvarige, individuelt målrettede, helhedsorienterede og bygger på tværfagligt samarbejde
- Der omhandler indhold og organisering af hverdagsrehabilitering

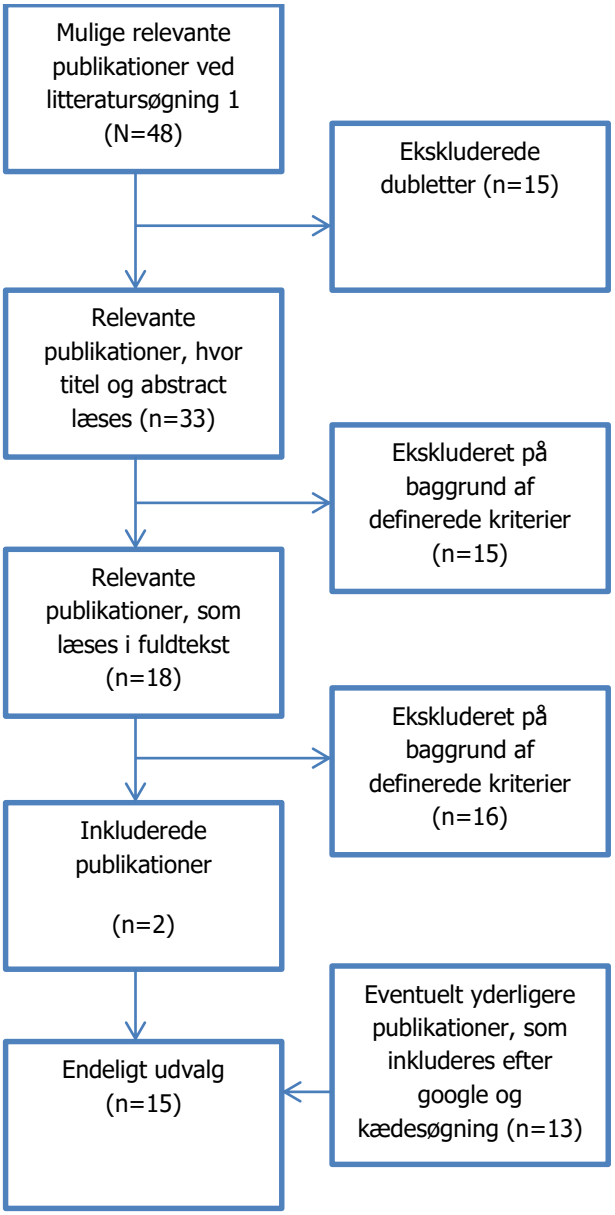
Søgningen ekskluderer litteratur:

- Som omhandler mere sygdomsspecifikke rehabiliteringstilbud og -indsatser, f.eks. rehabilitering efter/ifm. specifikke sygdomme, f.eks. apopleksi, diabetes, cancer, hoftebrud osv.
- Som er kommunernes egne evalueringer af hverdagsrehabiliteringsindsatser

3.1.4 Resultat af søgning og sorteringsproces

I figur 2 illustreres litteratursøgningens sorteringsproces og resultat med inkluderede og ekskluderede publikationer. Som resultat af søgning- og efterfølgende sorteringsproces omfatter reviewet i alt 15 inkluderede publikationer, heraf to som resultat af bloksøgningen og 13 som resultat af søgning på google scholar og kædesøgning. De inkluderede publikationer listes i tabel 6 nedenfor, sorteret i kronologisk rækkefølge efter årstal for publicering.

Figur 2. Litteratursøgningens sorteringsproces og resultat



Tabel 6. Oversigt over inkluderede publikationer i litteratur review

Forfatter(e)	Årstal for publicering	Titel på publikation
Rabiee, P., Glendinning, C., Arksey, H., Baxter, K., Jones, K., Forder, C., Julien, E., Curtis, L. A.	2009	Investigating the Longer Term Impact of Home Care Re-ablement Services. The Organisation and Content of Home Care Re-ablement Services. Interim Report
Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L., Wilde, A., Arksey, H., Forder, J.	2010	Home care re-ablement services: investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)
Rabiee, P. & C. Glendinning	2010	The organisation and content of home care re-ablement services
Rabiee, P. & C. Glendinning*	2011	Organisation and delivery of home care re-ablement: What makes a difference?
Kjellberg, P. K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M. H., Rasmussen, S. R.	2013	Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet
Fürst, R. & L. Høverstad	2014	Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner
Tuntland, H. & N. E. Ness	2014	Hverdagsrehabilitering
Pettersson, C. & S. Iwarsson	2015	Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt
Førland, O. & R. Skumsnes	2016	Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap
Langeland, E., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, I., Jacobsen, F. F., Tuntland, H.	2016	Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?
Mann, R., Beresford, B., Parker, G., Rabiee, P., Weatherly, H., Faria, R., Kanaan, M., Laver-Fawcett, A., Pilkington, G., Aspinal, F.	2016	Models of reablement evaluation (MoRE): a study protocol of a quasi-experimental mixed methods evaluation of reablement services in England
Rostgaard, T. & L. Graff	2016	Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering
Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J., Kjellberg, P.	2017	Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?
Rambøll	2017	Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83 A
Tuntland, H., Kjeken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Førland, O., Aaslund, M. K. *	2017	Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults

*Publikationer markeret med * er fra bloksøgning i databaser*

På baggrund af de inkluderende publikationer identificeres hhv. 1) hvilke organisationsmodeller for hverdagsrehabilitering der findes, 2) om et organisatorisk set-up er mere hensigtsmæssigt end et andet ift. hverdagsrehabilitering, 3) begrundelser for valg af organisationsmodel samt fordele og ulemper ved de forskellige modeller, 4) og sidst faktorer ift. indhold og organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats, som vurderes enten at hæmme eller fremme implementeringen af en hverdagsrehabiliterende tilgang i kommunal ældrepleje (se kapitel 2).

3.2 Casestudie

Med henblik på at indkredse ligheder og forskelle ift. organiseringen af den hverdagsrehabilitering samt oplevede fordele og ulemper herved foretages et casestudie i Jammerbugt og Thisted kommuner. Fra hver kommune inddrages relevant foreliggende materiale om organiseringen af hverdagsrehabilitering. Derudover gennemføres i hver kommune interviews med personer, der vurderes at være centrale for den hverdagsrehabiliterende indsats: Borgere, som selv deltager eller har deltaget i hverdagsrehabiliteringsforløb, sosu-medarbejdere i hjemmeplejen, gruppeledere i hjemmeplejen, visitatorer, hverdagsrehabiliterende terapeuter, politiske og administrative ledere på ældreområdet i de to kommuner samt repræsentanter for borgerne mere generelt i form af interview med en repræsentant for hhv. ældreråd og Ældre Sagen i hver kommune. I alt er gennemført 34 interviews, herunder en række fokusgruppeinterviews med hhv. medarbejdere, visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter, se tabel 7 nedenfor for en oversigt.

Tabel 7. Antal interviews samlet set og fordelt på de to kommuner

	Jammerbugt Kommune	Thisted Kommune	I alt
Borgere	7	5	12
Formand Social- og sundhedsudvalget	1	1	2
Formand for ældrerådet	1	1	2
Formand for Ældre Sagens lokale koordinationsudvalg	1	1	2
Sundheds- og ældrechef	1	1	2
Myndighedsleder	1	1	2
Leder af Sundhedsafdeling og Sundhedscentre	1	-	1
Leder af Træningsafdeling	-	1	1
Visitatorer	1	1	2
Hverdagsrehabiliterende terapeuter	1	1	2
Områdeleder af hjemmeplejen	1	1	2
Gruppeledere i hjemmeplejen	1	1	2
Sosu-medarbejdere i hjemmeplejen	1	1	2
I alt	**18**	**16**	**34**

Interviewene med ledere, medarbejdere og repræsentanter for ældreråd og Ældre Sagen er foretaget i perioden marts til maj 2017, mens interviewene med de udvalgte borgere er foretaget i september 2017.

3.2.1 Borgerinterviews

Udvælgelsen af borgere til interviews er foretaget af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i begge kommuner, fordi det er dem der vurderes at have det bedste overblik over relevante borgere og hverdagsrehabiliteringsforløb. Først og fremmest er målet at få inddraget nogle borgere med forskellige typer af hverdagsrehabiliteringsforløb og indsatser. Men i udvælgelsen af borgere er de hverdagsrehabiliterende terapeuterne blevet bedt om at tage udgangspunkt i en række kriterier og at de forsøger at tilstræbe en vis variation f.eks. ift. alder (65+ år) og køn. Derudover er terapeuterne blevet bedt om at skele til om borgerne er 'kendte' eller 'nye borgere', længden på borgerens hverdagsrehabiliteringsforløb, om forløbene er simple eller komplekse og består af enten én eller flere forskellige indsatser. Sidst skal borgerne være i stand til at deltage i et interview, skal have gennemført eller være så langt i et hverdagsrehabiliteringsforløb, at de kan fortælle om erfaringerne

fra forløbet, samtidig med at vi gerne vil interviewe borgere, som terapeuterne vurderer har en positiv eller negativ opfattelse af hverdagsrehabilitering og deres forløb.

Terapeuterne har fundet det svært at opfylde alle kriterier. F.eks. beskriver en hverdagsrehabiliterende terapeut fra Thisted Kommune, at det særligt er fordi at borgerne, som modtager hverdagsrehabiliteringsforløb, ofte har en høj alder og dermed ofte en vis grad af demens, hvorfor borgernes kognitive tilstand er en barriere for deltagelse i interview. Men derudover også at langt flere kvinder end mænd har været henvist til hverdagsrehabilitering, og at borgerne under hverdagsrehabiliteringsforløbet ofte har besøg af rigtig mange mennesker og derfor har svært ved at skelne den ene faggruppe fra den anden, f.eks. forveksler en hverdagsrehabiliterende terapeut med en visitator.

I Thisted Kommune blev syv borgere identificeret og som gav tilsagn om deltagelse, mens otte borgere blev identificeret i Jammerbugt Kommune, og som gavn tilsagn om deltagelse i interview. Ud af de 15 udvalgte borgere blev interviews gennemført med 12 borgere, hhv. fem i Thisted Kommune og syv i Jammerbugt Kommune. En borger var det ikke muligt at lave en aftale med, en anden borger var langt under 65 år, og var derfor ikke i målgruppen, mens den sidste borger pludseligt blev dårlig og derfor trak sit tilsagn om deltagelse tilbage. En oversigt over borgere der deltog i interviews præsenteres nedenfor i tabel 8.

Tabel 8. Interviewede borgere

Køn	Alder	Hverdagsrehabiliteringsforløb omhandler
Kvinde	72	Selvhjulpenhed i badsituation
Kvinde	83	Tværfagligt forløb med fokus på selvhjulpenhed i ADL-aktiviteter
Kvinde	78	Tværfagligt forløb med fokus på selvhjulpenhed i ADL-aktiviteter
Kvinde	67	Selvhjulpenhed i badsituation
Mand	66	Oplæring i brug af kompressionsstrømpehjælpemiddel
Kvinde	92	Brug af diverse hjælpemidler og træning med fysiske øvelser
Mand	76	Selvhjulpenhed i praktisk hjælp og personlig pleje samt oplæring i brug af kompressionsstrømpehjælpemiddel
Mand	67	Oplæring i brug af kompressionsstrømpehjælpemiddel
Mand	83	Oplæring i brug af kompressionsstrømpehjælpemiddel
Kvinde	78	Selvhjulpenhed i personlig pleje og praktisk hjælp, selvhjulpen ift. påtagning af støttebind
Kvinde	83	Selvhjulpenhed i personlig pleje, mobilitetstræning i hjemmet, fokus på tryghed i gang
Kvinde	85	Oplæring i brug af kompressionsstrømpehjælpemiddel

Note: ADL – Activities of Daily Living

Som det fremgår af tabellen er de deltagende borgere på tidspunkt for interview imellem 66 og 82 år, fire borgere er mænd mens otte borgere er kvinder. Kun to af borgerne bor på undersøgelsestidspunktet sammen med en ægtefælle, mens resten af borgerne bor alene. Borgernes hverdagsrehabiliterende forløb varierer men omhandler primært selvhjulpenhed i personlig pleje, herunder i badsituationen samt oplæring i brug af hjælpemiddel til på- og aftagning af kompressionsstrømper.

Efter at have identificeret relevante borgere har de hverdagsrehabiliterende terapeuter taget kontakt til de enkelte udvalgte borgere for at oplyse om projektet og få borgernes tilsagn til deltagelse i interview. Herefter er navn og kontaktoplysninger på de borgerne, der havde givet tilsagn, blevet oplyst til projektmedarbejderne, som efterfølgende har taget telefonisk kontakt til de udvalgte borgere for at lave aftale om interviewtidspunkt. Alle interviews med borgere er blevet foretaget i borgernes egne hjem, og efter forudgående accept optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet i sin fulde længde. Varigheden på interviews med borgerne varierer fra en halv til en hel time. I rapporten er borgernes navne ændret af hensyn til at sikre borgernes anonymitet.

Interviewene med borgerne er udformet som semi-strukturerede interviews med fokus på borgernes opfattelser af og erfaringer med hverdagsrehabiliterende indsatser samt erfaringer med brug af eventuelle hjælpemidler og/eller velfærdsteknologi i den hverdagsrehabiliterende indsats.

I tillæg til interviews af borgere, som har praktisk erfaring med at deltage i hverdagsrehabiliteringsforløb, suppleres borgerperspektivet med enkeltinterviews med hhv. formænd for kommunernes ældreråd og formænd for Ældre Sagens lokale koordinationsudvalg i begge kommuner, se tabel 7, for at få inddraget et mere generelt borgerperspektiv.

3.2.2 Interviews med centrale chefer, ledere og medarbejdere i de to kommuner

Ud over at belyse borgernes opfattelser af og erfaringer med hverdagsrehabiliterende indsatser, er også foretaget interviews og fokusgruppeinterviews med en række relevante nøglepersoner i kommunerne, som vurderes at have centrale perspektiver på den hverdagsrehabiliterende indsats, den lokale organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatserne samt fordele og ulemper ved forskellig organisering heraf. I hver kommune er foretaget interviews med hhv. udvalgsformand og administrative chefer samt fokusgruppeinterviews med nøglemedarbejdere og -ledere i relation til hverdagsrehabilitering, se tabel 7 ovenfor.

Interviews med medarbejderne, herunder visitatorer, sosu-medarbejdere i hjemmeplejen samt hverdagsrehabiliterende terapeuter – men også gruppeledere i hjemmeplejen, er foretaget som såkaldte fokusgruppeinterviews. Fokusgruppeinterviewene blev sammensat som homogent segmenterede grupper (Halkier, 2016), hvor deltagerne i hver fokusgruppe tilhører den samme medarbejdergruppe i organisationen, dvs. hhv. visitatorer, sosu-medarbejdere i hjemmeplejen og hverdagsrehabiliterende terapeuter. Hver fokusgruppe består af 3-7 deltagere. For fokusgruppeinterview med sosu-medarbejderne i hjemmeplejen er tilstræbt en vis variation i, fra hvilke grupper medarbejderne arbejder i, således at sosu-medarbejdere fra flere eller alle hjemmeplejegrupper er repræsenteret i fokusgruppeinterviewet. I fokusgruppeinterviews med medarbejdere (i hjemmeplejen, visitatorer og terapeuter) samt gruppeledere af hjemmeplejen er fokus på udførelsen af hverdagsrehabilitering i praksis, den organisatoriske tilrettelæggelse af hverdagsrehabilitering, oplevede fordele og ulemper ved den valgte organiseringsform og alternativer, samt udfordringer ved hverdagsrehabilitering i praksis. Fokusgruppeinterviewene varer ca. to timer og har taget udgangspunkt i en udarbejdet interviewguide. Interviewene er optaget på diktafon og transskriberet i sin fulde længde.

Samtidig foretages interviews med politisk udvalgsformand, ældrechefen, leder af myndigheds- og visitationsafdeling, områdeleder i hjemmeplejen samt leder af sundhedsafdeling eller træningsafdeling afhængig af kommunens overordnede organisering på ældre- og sundhedsområdet. I disse interviews er informationer søgt afdækket vedrørende indhold i organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats, begrundelser samt fordele og ulemper ved den valgte organiseringsform, baggrund og historik for den hverdagsrehabiliterende indsats samt chefer og lederes perspektiv på udfordringer, muligheder og potentialer. Varigheden af hver af disse interviews er ca. en time, og er, som de øvrige interviews, med forudgående accept optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet i sin fulde længde. I rapporten er interviewpersonernes navne udeladt men stillingsbetegnelser bibeholdt.

3.3 Spørgeskemaundersøgelsen

Med henblik på at perspektivere casestudiets resultater og resultaternes relevans for andre kommuner, herunder undersøge i hvor høj grad erfaringerne fra Jammerbugt og Thisted kommuner kan overføres til andre kommuner (jf. forskningsspørgsmål 4), gennemføres endvidere en kortlægning

og sammenlignende analyse af ældreplejens organisering i den samlede population af danske kommuner med fokus på hverdagsrehabilitering og organiseringen heraf. Denne analyse baseres på en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt ledere og chefer på ældreområdet i de danske kommuner. Det drejer sig primært om ældre- og sundhedschefer med det primære ansvar for ældreområdet, samt forskellige funktionsledere; leder af visitations- og myndighedsafdelingen, leder af kommunens trænings- og/eller rehabiliteringsafdeling, leder af den kommunale hjemmeplejeleverandør, og enkelte gruppeledere i hjemmeplejen (samt på kommunale nøgletal og relevante tal fra Statistikbanken).

Foruden at kunne perspektivere casestudiets resultater kan denne analyse også fungere som et selvstændigt bidrag ved at give et overblik over det kommunale "hverdagsrehabiliteringslandskab", og indsigt i ligheder og forskelle mellem landets kommuner med hensyn til organisering af, samt oplevede fordele og ulemper og oplevede udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Hvordan denne spørgeskemaundersøgelse er blevet til, beskrives i de følgende afsnit.

3.3.1 Indsamling af data og svarprocent

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i en periode over to måneder fra ultimo juni til ultimo august 2017.

Spørgeskemaet er udarbejdet dels på baggrund af eksisterende forskning om organiseringen af hverdagsrehabiliterende indsatser (se kapitel 2), dels på baggrund af de foreløbige resultater af casestudiet i de to kommuner (se kapitel 4), og dels inspireret af tidligere udsendte spørgeskemaer om bl.a. organiseringen af hverdagsrehabiliterende indsatser i hhv. Norge (Langeland et al., 2016) og England (Mann et al., 2016).

Spørgeskemaundersøgelsen foretages blandt kommunale chefer og ledere på forskellige niveauer på ældre- og sundhedsområdet i danske kommuner med relevans for hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og kan betegnes som en såkaldt 'multiple informant survey', hvor der indsamles information fra respondenter fra flere ledelsesniveauer og enheder i samme organisation. Populationen afgrænses til, at der som udgangspunkt - og hvor det har været muligt, samt med øje for kommunernes forskellige overordnede organiseringer på ældreområdet - er repræsenteret følgende chefer og ledere fra hver kommune:

1. En ældre- og/eller sundhedschef
2. Afdelings- og funktionschefer for
    a. Sundhedsafdeling
    b. Visitations-/myndighedsafdeling
    c. Trænings- og rehabiliteringsafdeling
    d. Områdeleder af hjemmeplejen og/eller gruppeledere i hjemmeplejen

Ved hjælp af en søgning på de enkelte kommuners hjemmesider, er i første omgang udarbejdet en liste over respondenterne med registrering af navn og e-mailadresse. Ved søgning på kommunernes hjemmesider er det dog oftest kun muligt at identificere navne og e-mailadresser på ældre- og/eller sundhedscheferne. Navne og e-mailadresser på de øvrige chefer og ledere er ofte ikke tilgængelige via kommunernes hjemmesider. Derfor foretages en rundringning til de kommuner, hvor navn og kontaktoplysninger ikke er tilgængelige. Dette giver en population på i alt 422 chefer og ledere. På baggrund af manuelle og automatiske tilbagemeldinger fra respondenter er det blevet registeret, at på undersøgelsestidspunktet er 17 personer enten fratrådt deres stilling, holder barsel, er gået på pension, ikke er involveret i hverdagsrehabiliteringsindsatsen eller ved invalide e-mail adresser og

derfor frafaldes populationen. Af en population på 422 står dermed et udvalg på 405 personer tilbage. Af disse har 297 besvaret spørgeskemaet, hvoraf 32 personer har svaret på nogle af spørgsmålene, mens 265 svarede på (næsten) alle spørgsmål. Dette giver en total svarprocent på 73,3 %, og en svarprocent på 65,4 % for de kommunale chefer og ledere, der har besvaret (næsten) alle spørgsmål. Svarprocenten er størst ved de første spørgsmål i spørgeskemaet og lavere til sidst. Svarprocenten for de enkelte spørgsmål varierer med mellem 72,6 % ved det første spørgsmål og 61,5 % ved det sidste.

Spørgeskemaet er gennemført som en elektronisk og webbaseret spørgeskemaundersøgelse ved hjælp af survey-systemet SurveyXact fra Rambøll Management. Respondenterne har hver modtaget en e-mail med et link til spørgeskemaet. Hvert link er personspecifikt og kan derfor kun besvares én gang. Det personspecifikke link betyder også, at det er muligt at se, hvilke respondenter som har/ikke har besvaret spørgeskemaet. Respondenter, som ikke har besvaret spørgeskemaet, har løbende modtaget en række påmindelser om undersøgelsen. Dette er gjort ad fem omgange for at sikre, at så mange som muligt besvarer spørgeskemaet.

Den 27. juni 2017 udsendes første e-mail til samtlige respondenter i populationen. Undersøgelsen forløber herefter i alt over ni uger frem til d. 31. august 2017. Pga. sommerferieperiode bliver første påmindelse udsendt cirka en måned efter at spørgeskemaet er blevet distribueret. Påmindelsen bliver udsendt til de chefer og ledere, som enten ikke har besvaret spørgeskemaet eller har besvaret spørgeskemaet delvist. Herefter udsendes påmindelser ca. en gang ugentligt. For at øge svarprocenten er en af de i alt fem påmindelser foretaget ved telefonisk rundringning. Se tabel 9 nedenfor for oversigt over udsendelses- og påmindelsesproceduren.

Tabel 9. Administration og timing af spørgeskemaundersøgelsen

Dato	Påmindelsesnummer og –type	Antal besvarelser i perioden	Total antal besvarelser (kumuleret)
27/6	Spørgeskema distribueret	150	150
31/7	Påmindelse 1 (e-mail)	61	211
7/8	Påmindelse 2 (e-mail)	41	252
15/8	Påmindelse 3 (e-mail)	27	279
22/8	Påmindelse 4 (e-mail)	6	285
30.-31./8	Påmindelse 5 (Afsluttende påmindelse pr. telefon)	12	297
1/9	Undersøgelsen afsluttes		

Alle kommuner er repræsenteret i spørgeskemaundersøgelsen med undtagelse af to kommuner. I hver af de øvrige 96 kommuner har mellem en og syv chefer og ledere besvaret spørgeskemaet med et gennemsnit på tre respondenter i hver kommune.

3.3.2 Spørgeskemaets indhold

Fokuspunkter i spørgeskemaundersøgelsen er kommunernes organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatserne, samt oplevede gevinster og udfordringer ved hverdagsrehabilitering blandt ældrechefer og ledere af hverdagsrehabiliteringsindsatserne i kommunerne. Spørgeskemaet er vedlagt i bilag 1. Spørgeskemaet består af og er struktureret efter fire tematikker eller hovedtemaer:

1. Baggrundsoplysninger, herunder spørgsmål om respondentens:
   - Stilling
   - Ansvarsområde
   - Alder
   - Køn
   - Uddannelse
   - Anciennitet
   - Personaleansvar
2. Organisering og indhold af hverdagsrehabiliterende indsatser i kommunerne, herunder spørgsmål om:
   - Betydningen af hverdagsrehabilitering og hverdagsrehabiliteringens primære formål
   - Indførelsestidspunkt for hverdagsrehabilitering i kommunen
   - Reorganiseringer på ældreområdet
   - Målgruppen for hverdagsrehabilitering og målgruppens deltagelse i hverdagsrehabilitering
   - Forskellige gruppers involvering i hverdagsrehabiliteringsindsatsens forskellige faser
   - De hverdagsrehabiliterende terapeuters organisatoriske forankring
   - Inddragelse af private leverandører i hverdagsrehabiliterende indsats
   - Typer af hverdagsrehabiliterende indsatser
   - Typer af hjælpemidler og velfærdsteknologi i hverdagsrehabiliterende indsatser samt vigtigste samarbejdspartnere og leverandører af velfærdsteknologiske hjælpemidler ifm. hverdagsrehabilitering
3. Fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering, herunder spørgsmål om fordele, ulemper og udfordringer, der relaterer sig til borgere og medarbejdere samt organisatoriske forhold.
4. Opfattelser af og holdninger til styring af ældreplejen og motivation i det daglige arbejde

3.3.3 Kort karakteristik af respondenterne

I dette afsnit foretages en kort karakteristik af de respondenter, der har deltaget i undersøgelsen. Tabeller kan ses i bilag 2.

Hovedparten af spørgeskemaets respondenter er kvinder. Hele 90 % af respondenterne er kvinder. Der er således en underrepræsentation af mænd i undersøgelsen, hvilket dog er forventeligt, da hovedparten af chefer og ledere på dette kommunale sektorområde netop er kvinder. Respondenternes alder varierer fra 32 år som den yngste til 66 år som den ældste, men med et gennemsnit på 53 år.

Derudover er spørgeskemaets respondenter primært ældrechefer (21,8 %), ledere af visitations- og myndighedsafdelingen (21,8 %), ledere af hjemmeplejen (områdeledere) (19,4) samt leder af kommunens trænings- og rehabiliteringsafdeling. Det er samtidig ledere med varierende omfang af lederansvar. Ganske få respondenter har ikke lederansvar, mens knap en tredjedel af chefer og lederne har ansvaret for 26-100 ansatte. De ledere der har flest medarbejdere ansat har ansvaret for 2400, mens gennemsnittet ligger på ca. 250 medarbejdere.

Respondenterne har arbejdet forholdsvis lang tid på det kommunale sundheds- og ældreområde fra 1 til 43 år, men med et gennemsnit på 17 år. Ancienniteten i respondenternes nuværende ansættelseskommune varierer fra 0 til 43 år med en gennemsnitlig anciennitet på knap 11 år, mens ancienniteten i respondenternes nuværende stilling går fra 0 til 30 år med et gennemsnit på knap 6 år.

4 Organisering af hverdagsrehabilitering - erfaringer fra Jammerbugt Kommune og Thisted Kommune

Som det blev præsenteret i litteratur reviewet (kapitel 2) er der stor variation i, hvordan kommunerne organiserer deres hverdagsrehabiliteringsindsatser. Derudover blev forskellige modeller, som er blevet identificeret i den eksisterende litteratur, beskrevet. På trods af, at der på tværs af studier findes flere forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering, synes et vigtig fællestræk dog at være spørgsmålet om, hvor centrale medarbejdere, involveret i den hverdagsrehabiliterende indsats, er organisatorisk forankret i den enkelte kommune, herunder hvem de centrale medarbejdere er, og hvilken rolle de spiller i den hverdagsrehabiliterende indsats. Med udgangspunkt i disse forskellige typificeringer af organisationsmodeller og organisatorisk set-up for hverdagsrehabilitering fra litteratur reviewet vil vi i dette kapitel se nærmere på ligheder og forskelle i, hvordan den hverdagsrehabiliterende indsats er organiseret i de to case kommuner, som er i fokus i denne undersøgelse, nemlig Jammerbugt og Thisted kommuner (jf. forskningsspørgsmål 2), samt hvilke centrale fordele og ulemper der er ved hverdagsrehabilitering og organiseringen heraf ifølge centrale aktører (borgere, politikere, administrative ledere, visitatorer, terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen) i de to kommuner (jf. forskningsspørgsmål 3).

For hver af de to kommuner vil vi se nærmere på organiseringen af ældreområdet i de to kommuner, herefter på baggrunden for indførelse af hverdagsrehabilitering fra projekt til en del af driften, og organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner (afsnit 4.1) samt centrale oplevede fordele og ulemper ved organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats (afsnit 4.2).

4.1 Organisering af ældreområdet og den hverdagsrehabiliterende indsats

I litteratur reviewet så vi, at den mest anvendte model eller type for organisering af hverdagsrehabilitering i de danske kommuner var *hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger* (Kjellberg, Hauge-Helgestad, et al., 2013) eller en organisering med en koordinerende myndighed, hvor varetagelsen af hverdagsrehabiliteringsforløbet sker i hjemmeplejen med ekstra ressourcer i form af terapeut eller sygeplejerske fra myndighedsafdelingen som rehabiliteringskoordinator (Rambøll, 2017). Som det vil fremgå herunder, er det også *overordnet set* den organisationstype, som anvendes i både Jammerbugt og Thisted kommuner dog med mindre variationer ift. hvilke afdelinger der primært samarbejdes imellem.

4.1.1 Thisted Kommune

På undersøgelsestidspunktet er den hverdagsrehabiliterende indsats i Thisted Kommune organisatorisk placeret på kommunens Sundheds- og Ældreområde, som er organiseret inden for kommunens Beskæftigelses-, Social- og Sundhedsforvaltning. Foruden Sundheds- og Ældreområdet omfatter forvaltningen borgerservice, beskæftigelses- samt handicap og psykiatriske indsatser. Sundheds- og Ældreområdet er organiseret i fem forskellige afdelinger/funktion, hhv.; Sundhed og Kvalitet, Træning og Rehabilitering, Visitation og Hjælpemidler (myndighed), Hjemmeplejen og Plejecentre. Herunder er hjemmeplejen organiseret i to overordnede områder "Hjemmeplejen Nord" og "Hjemmeplejen Syd" – med hver deres områdeleder og de to områder er yderligere inddelt i nogle mindre

områdegrupper med hver deres teamleder. Hjemmeplejegrupperne har mødesteder lokalt forskellige steder rundt omkring i kommunen – to i Hjemmeplejen Syd og tre i Hjemmeplejen Nord[7].

4.1.1.1 Hverdagsrehabilitering: Hverdagstræning

I oktober 2011 igangsætter Thisted Kommune et hverdagsrehabiliteringsprojekt kaldet "Selvhjulpen i eget liv". Projektet kører først i et år frem til 1. oktober 2012, men bliver efterfølgende forlænget seks måneder frem til og med marts 2013. Fra og med april 2013 overgår projektet til permanent drift som såkaldt "Hverdagstræning". Resultaterne fra projektperioden er generelt positive i form af højere livskvalitet for afsluttede selvhjulpne borgere, øget arbejdsglæde blandt medarbejderne samt økonomisk besparelse, selvom slutresultatet dog er lavere ift. de på forhånd opstillede succeskriterier, f.eks. ift. andelen af selvhjulpne (Thisted Kommune, 2013).

Organisatorisk starter man med projektet i én hjemmeplejegruppe, og udvider lidt efter lidt til de øvrige tre andre hjemmeplejegrupper over det næste år. I hver hjemmeplejegruppe uddanner man ifm. projektperioden et særligt korps af sosu-medarbejdere, som skal agere som særlige ressourcepersoner eller såkaldte hverdagstrænere. Disse hverdagstrænere (i projektperioden i alt ca. 45 personer) er blevet opkvalificeret med et kursus og skal varetage hverdagstræningen i samarbejde med og superviseret af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, som er ansat og organisatorisk forankret i kommunens træningssektion. I projektperioden er tre terapeuter ansat på projektet.

I Thisted Kommune varetages den hverdagsrehabiliterende indsats – både i projektperioden og på undersøgelsestidspunktet – af hverdagsrehabiliterende fysio- og/eller ergoterapeuter i samarbejde med medarbejderne i hjemmeplejen (som nu alle er hverdagstrænerne). På undersøgelsestidspunktet er den hverdagsrehabiliterende indsats organiseret ved en delt organisering (Fürst & Høverstad, 2014), hvor de 6-7 hverdagsrehabiliterende terapeuter (kaldet hverdagstræningsterapeuter) er ansat samt organisatorisk og fysisk placeret i kommunens Trænings- og Rehabiliteringsafdeling sammen med kommunens øvrige terapeuter, mens hjemmetrænerne er ansat i hjemmeplejen. Hverdagstræningsterapeuterne varetager andre opgaver ud over hverdagsrehabiliteringsforløb, f.eks. ifm. genoptræningsplaner samt genoptræning efter Sundhedslovens § 140[8] og Servicelovens § 86[9]. Derudover arbejder de også som en slags 'konsulenter' på midlertidige pladser samt på kommunens plejecentre, hvor de samarbejder med plejepersonalet, som fungerer som træningsassistenter.

Fordelene ved den delte organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatsen beskrives af Thisted Kommune tilbage i 2013, som dels at der bevares et tilhørsforhold til egen faggruppe, dels at der ikke er spildtid, fordi ledig tid blandt terapeuter eller hverdagstrænere kan bruges på andre borgere (som ikke omfatter hverdagsrehabilitering). Omvendt oplevedes det som en udfordring at have en stor

[7] I sommeren 2017 samles de tre mødesteder i nord til et mødested.
[8] Jf. Sundhedslovens § 140 skal kommunalbestyrelsen tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.
[9] Jf. Servicelovens § 86 skal kommunalbestyrelsen tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

gruppe af hverdagstrænere (ca. 45 i alt), idet det kan være vanskeligt at pleje og fastholde en "korpsånd" tilstrækkeligt (Thisted Kommune, 2013).

4.1.2 Jammerbugt Kommune

På undersøgelsestidspunktet ligger den hverdagsrehabiliterende indsats i Jammerbugt Kommune organisatorisk på kommunens Sundheds- og Senioområde, som er organiseret inden for kommunens Social-, Sundheds- og Beskæftigelsesforvaltning. Forvaltningen varetager indsatser inden for beskæftigelse, ældreområdet, sociale tilbud til voksne, sundhedsfremme og forebyggelse, samt handicap- og socialpsykiatriområderne, og er inddelt i tre afdelinger; Sundhed og Senior, Sundhed og Arbejdsmarked, Sundhed og Handicap. Sundhed & Senior-afdelingen er yderligere inddelt i en række områder, herunder Pleje- og ældreboliger, Hjemmepleje og hjemmehjælp, Hjælpemidler, Visitation til madservice og Sygeplejen. Hjemmeplejen er organiseret under ledelse af en områdeleder i ét samlet område, som er opdelt i seks forskellige hjemmeplejegrupper med hver deres hjemmeplejeledere (områdeorganisering). Hjemmeplejegrupperne har ligesom i Thisted Kommune mødesteder placeret forskellige steder i kommunen.

4.1.2.1 Hverdagsrehabilitering: Vi-Bevæger-Ældre

I december 2011 igangsætter Jammerbugt Kommune hverdagsrehabiliteringsprojektet "Vi Bevæger Ældre" for en toårig forsøgsperiode. Pr. januar 2014 slutter projektet og overgår til en del af driften på kommunens ældreområde.

Organisatorisk forankres projektet i myndighedsafdelingen i den tidligere Social- og Sundhedsafdeling – nu Sundhed- og Seniorafdeling. I projektperioden er 11 medarbejdere tilknyttet projektet foruden en projektleder. En fysio- og en ergoterapeut ansættes som såkaldte Vi-Bevæger-Ældre-terapeuter (VBÆ-terapeuter), og derudover rekrutteres ni sosu-medarbejdere, som kommer fra hver af kommunens hjemmeplejedistrikter (2-3 fra hvert distrikt), og som bliver specielt uddannet til at fungere som såkaldte hjemmetrænere, men med fortsat ansættelse i hjemmeplejen. Hjemmetrænere får indledningsvist et uddannelsesforløb varetaget af de to VBÆ-terapeuter ifm. opstart af projektet i bl.a. hverdagsrehabilitering. Efterhånden som flere og flere borgere bliver visiteret til hverdagsrehabilitering, bliver flere og flere medarbejdere inddraget i de hverdagsrehabiliterende indsatser. Oplæringen af disse medarbejdere sker ved sidemandsoplæring, samt undervisning og information på visitationsmøder og gruppemøder. Tanken er på daværende tidspunkt, at den hverdagsrehabiliterende tankegang - via de ni særligt uddannede hverdagstrænere i hjemmeplejedistrikterne - skal sprede sig til øvrige medarbejdere i hjemmeplejen (Jammerbugt Kommune, 2011).

På undersøgelsestidspunktet er den hverdagsrehabiliterende indsats i Jammerbugt Kommune også organiseret som en delt organisering, hvor en gruppe af fem hverdagsrehabiliterende terapeuter (tre ergoterapeuter og to fysioterapeuter) er organisatorisk og fysisk placeret i myndighedsafdelingen under Social- og Seniorafdelingen sammen med kommunens visitatorer, herunder visiterende terapeuter, der arbejder med visitation til hjælpemidler. En hverdagsrehabiliterende indsats foregår dog i tæt samarbejde med hjemmeplejen (alle medarbejdere i hjemmeplejen er nu hjemmetrænere), hvor VBÆ-terapeuterne overdrager hjemmetræningen til medarbejderne i hjemmeplejen så snart det er muligt. Ud over hverdagsrehabiliteringsforløb varetager VBÆ-terapeuterne også andre opgaver, f.eks. genoptræningsplaner efter udskrivelse fra sygehus og genoptræning efter Servicelovens §86. De øvrige trænende terapeuter i kommunen var indtil en større reorganisering i efteråret 2017 organiseret i Sundhedsafdelingen (en parallel afdeling til hhv. ældreafdelingen og myndighedsafdelingen), under Social- og sundhedsafdelingen i Social-, Sundheds- og Beskæftigelsesforvaltningen.

4.1.3 Opsummering

Både i Thisted og Jammerbugt kommuner har man, som mange andre danske kommuner, i høj grad været inspireret af Fredericia-modellen og Fredericia Kommunes erfaringer med hverdagsrehabilitering. Det har betydet, at i 2011 indføres en hverdagsrehabiliterende indsats på forsøgsbasis i begge kommuner ud fra denne overordnede hverdagsrehabiliteringsmodel og tankegang, men med tilpasninger til de lokale kontekster. Efter få års forsøgsperiode med lovende erfaringer bliver hverdagsrehabilitering implementeret som en del af driften på kommunernes ældreplejeområder i begge kommuner.

For begge kommuner gælder det, at organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats kan ses som en delt organisering (jf. Fürst & Høverstad, 2014), hvor hverdagsrehabilitering foretages i et tæt samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere (hverdagstrænere) i hjemmeplejen. De hverdagsrehabiliterende terapeuter fungerer i begge kommuner som en slags "motor" (jf. Fürst & Høverstad, 2014) for den hverdagsrehabiliterende indsats, hvor terapeuterne har ansvaret for udredning, planlægning og opfølgning af hverdagsrehabiliteringsforløbet, mens den daglige hverdagsrehabiliterende træning med borgerne varetages af medarbejderne i hjemmeplejen (som hverdagstrænere) under vejledning og opfølgning af de hverdagsrehabiliterende terapeuter.

I begge kommuner gælder det dog, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter er organisatorisk – men også fysisk – placeret centralt i enten kommunens visitations- og myndighedsafdeling som i Jammerbugt Kommune eller i kommunens Trænings- og Rehabiliteringsafdeling som i Thisted Kommune. De hverdagsrehabiliterende terapeuter er således ikke ansat i hjemmeplejen men ansat og organisatorisk forankret centralt i andre afdelinger, hvorfra de bidrager med fagkompetence fra de respektive afdelinger, de er ansat i. Forskellen på de to kommuner er dog ift. hvilken central afdeling de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk er forankret.

Organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner minder således om den måde, som de fleste kommuner har organiseret indsatsen på i form af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger. For Thisted Kommune en model, hvor hverdagsrehabilitering foretages i samarbejde med kommunens træningssektion (type 1a jf. Kjellberg et al. 2013) eller i form af en koordinerende træningsafdeling (model 2 jf. Rambøll 2017), hvor hjemmeplejen spiller en central rolle i hverdagsrehabiliteringsforløbet med støtte fra rehabiliteringskoordinatorer (f.eks. terapeuter) tilknyttet kommunens træningsafdeling. Eller for Jammerbugt Kommune, hvor hverdagsrehabilitering foretages i samarbejde med visitationsafdelingen (type 1c jf. Kjellberg et al. 2013) eller i form af en koordinerende myndighed (model 1 jf. Rambøll 2017), hvor hjemmeplejen spiller en stor rolle i hverdagsrehabilitering med støtte fra en rehabiliteringskoordinator tilknyttet kommunens myndighedsafdeling.

- I begge kommuner har man arbejdet med hverdagsrehabilitering siden 2011, dvs. at hverdagsrehabilitering er introduceret før formel lovgivning om hverdagsrehabilitering indføres pr. 1/1 2015.
- Hverdagsrehabilitering afprøves først på forsøgsbasis. Efter få års forsøgsperiode med lovende erfaringer implementeres hverdagsrehabilitering som en del af driften på kommunernes ældreplejeområder: I Thisted Kommune i april 2013 og i Jammerbugt Kommune i januar 2014.
- Hverdagsrehabilitering er i begge kommuner placeret i en Social-, Sundheds- og Beskæftigelsesforvaltning.
- Hverdagsrehabilitering varetages i begge kommuner i et samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter (hverdagstræningsterapeuter i Thisted og Vi-Bevæger-Ældre-terapeuter i Jammerbugt Kommune) og medarbejdere i hjemmeplejen.
- I begge kommuner forventes alle medarbejdere i hjemmeplejen at arbejde hverdagsrehabiliterende

- I begge kommuner er de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk placeret centralt.
- Den væsentligste forskel mellem kommunerne i organisering af hverdagsrehabilitering er, hvilken central afdeling de hverdagsrehabiliterende terapeuter er ansat i.
- I Jammerbugt Kommune er de hverdagsrehabiliterende terapeuter fysisk og organisatorisk placeret i myndighedsafdelingen blandt visitatorer, mens de hverdagsrehabiliterende terapeuter i Thisted Kommune er organisatorisk og fysisk placeret i træningsafdelingen blandt kommunens øvrige trænende terapeuter.

Tabel 10. Forskelle og ligheder i organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser mellem Jammerbugt og Thisted kommuner

		Thisted Kommune	Jammerbugt Kommune
Kommunale baggrundsoplysninger	Areal i km2	1074	864
	Antal indbyggere*	43.751	38.639
	Andel 60+ år	30,2 %	30,2 %
	Andel borgere visiteret til hjemmehjælp 2016**	2,5 %	2,9 %
Hverdagsrehabiliteringens opstart	Navn	Selvhjulpen i eget liv	Vi-Bevæger-Ældre
	Projektopstart	Oktober 2011	December 2011
	Går i drift	April 2013	Januar 2014
	Bemanding i projektperiode	Tre hverdagstræningsterapeuter og ca. 45 hjemmetrænere	To VBÆ-terapeuter og ni hjemmetrænere
Organisering i dag	Indsats varetages af	Hverdagstræningsterapeuter i samarbejde med hverdagstrænerne (i dag i princippet alle medarbejdere i hjemmeplejen)	VBÆ-terapeuter i samarbejde med hverdagstrænere (i dag i princippet alle medarbejdere i hjemmeplejen)
	Organisering	BUM-organisering***	BUM-organisering***
		Central organisering – i træningsafdeling	Central organisering – i myndighedsafdeling
		Koordinerende træningsafdeling (Rambøll 2017)	Koordinerende myndighed (Rambøll 2017)
		Hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger (træningssektion) (Kjellberg et al. 2013)	Hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger (myndighedsafdeling) (Kjellberg et al. 2013)
		Delt organisering (Fürst & Høverstad 2014)	Delt organisering (Fürst & Høverstad 2014)
		Hverdagstræningsterapeuter (6-7 terapeuter) ansat i Trænings- og Rehabiliteringsafdeling sammen med kommunens øvrige terapeuter	VBÆ-terapeuter (5 terapeuter) ansat i Myndighedsafdelingen sammen med visitatorer
		Hjemmetrænere og medarbejdere ansat i hjemmeplejen	Hjemmetrænere og medarbejdere ansat i hjemmeplejen

Kilde: Danmarks Statistik: StatistikBanken: ARE207, FOLK1A, AED06, og egne beregninger.
* K4 2017
** Andel modtagere visiteret til hjemmehjælp (modtagere af hjemmehjælp i alt) (2016) af indbyggertal (K4 2017)
*** Bestiller-Udfører-Model, hvor kommunerne opdeler deres organisation på området i en myndigheds- og en udfører-organisation

4.2 Oplevede centrale fordele og ulemper ved organiseringen af hverdagsrehabilitering i de to kommuner

Med baggrund i de to forskellige organisatoriske set-up for hverdagsrehabiliteringsindsatsen, som blev præsenteret ovenfor, præsenteres nedenfor en række fordele, ulemper og udfordringer, som de oplevedes af relevante aktører rundt omkring den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner.

I overensstemmelse med den institutionaliserede programteori (virkningsteorien) bag hverdagsrehabilitering (afsnit 1.4) er der på tværs af begge kommuner og på tværs af de forskellige interviewede aktører enighed om, at det vigtigste parameter for, at hverdagsrehabilitering lykkes, er, at borgerne er motiverede til at blive selvhjulpne igennem en hverdagsrehabiliterende indsats. Samtidig lægges der vægt på vigtigheden af, at medarbejderne i hjemmeplejen i det daglige har mulighed for og er motiverede til at arbejde hverdagsrehabiliterende og "med hænderne på ryggen". Nedenstående citat fra en hverdagsrehabiliterende VBÆ-terapeut i Jammerbugt Kommune illustrerer, hvordan både borgerens motivation og hjemmeplejens arbejde med hverdagsrehabilitering i det daglige er vigtige forudsætninger for at hverdagsrehabilitering lykkes – og særligt det sidste opleves som en særlig udfordring i begge kommuner.

"Vi møder jo tit de borgere, der allerede fra start har den opfattelse; Jamen nu har de nået en hvis alder, så er det lovligt ikke at kunne tingene selv, og så har de heller ikke motivationen for at gå ind i opgaven. Og så går det nogle gange hen og bliver lidt selvforstærkende, når nu der så kommer en af de lidt ældre hjemmeplejere ud og har det helt store omsorgs- og plejegen, og tager det som en selvfølge; "jamen selvfølgelig skal du da have den hjælp". Så kan vi jo nogle gange godt... Det oplever jeg i hvert fald, at man godt kan stå i den situation, at motivationen er der ikke og hjemmeplejen er måske ikke lige den rette til at få det her op at køre. Så på den måde så tænker jeg, at der går stadig en hel del år inden, at den nye tankegang ordentlig kommer ind…" (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

4.2.1 Borgernes motivation

"[J]eg tænker, at meget af det der er afgørende for om det er en succes eller ej, det er borgerens motivation." (Medarbejder i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

Som citatet fra en medarbejder i hjemmeplejen her indledningsvist udtrykker, er spørgsmålet om borgernes motivation for selvhjulpenhed gennem en hverdagsrehabiliterende indsats centralt. At borgerne er motiverede for at blive selvhjulpne opleves som en væsentlig forudsætning for at hverdagsrehabilitering kan lykkes, og at nogle borgere ikke er motiverede opleves derfor som en udfordring.

Blandt de interviewede sosu-medarbejdere, visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter i begge kommuner er opfattelsen, at langt de fleste ældre borgere ønsker at være selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp i daglige aktiviteter og gøremål. Generelt møder sosu-medarbejdere, visitatorer og terapeuter ikke modstand fra de ældre borgere i relation til at deltage i hverdagsrehabilitering og langt de fleste borgere opleves at tage positivt imod kommunernes tilbud om en hverdagsrehabiliterende indsats. Men de møder dog fortsat også et mindretal af borgere, som ikke er specielt interesserede i og motiverede for at blive selvhjulpne – og oplevelsen er, at det

gælder i højere grad ved den praktiske hjælp (eksempelvis hjælp til rengøring) end ved den personlige pleje[10] (eksempelvis hjælp til personlig hygiejne, toiletbesøg m.v.).

Alle borgere som deltog i interview ifm. denne undersøgelse gav udtryk for, at de var motiverede til at deltage i hverdagsrehabiliteringsforløb og til derved at blive selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp. Spørger man borgerne selv, er dét der i høj grad motiverer dem til at deltage i hverdagsrehabilitering netop at kunne blive uafhængige af kommunens hjælp. Alle de interviewede borgere sætter stor pris på den hjælp de har fået af deres respektive kommune. Men flere borgere peger på, at en udfordring ved deres forløb har været, at de ofte i det daglige har skullet vente på kommunens hjælp, sådan at de føler at deres liv i for høj grad skal indordnes og tilpasses kommunens organisering af det daglige arbejde og medarbejdernes kørelister end omvendt – og denne ventetid og uforudsigelighed i det daglige gør, at borgerne bliver særligt motiverede til igen at blive selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp. F.eks. har flere af de interviewede borgere haft oplevelser med, at flere forskellige medarbejdere kommer i borgerens hjem eller at de i det daglige skulle vente på, at medarbejderne i hjemmeplejen kommer forbi og hjælper med enten støttestrømper eller bad. Disse oplevelser har bidraget til, at de er blevet særligt motiverede til at blive selvhjulpne igen. Nedenstående fire tekstbokse er eksempler på borgere, hhv. Bent, Helle, Vagn og Karin, som pga. af særligt frustration og irritation over aldrig at vide, hvornår hjemmeplejens medarbejdere kommer, har gjort at de har været motiverede for igen at blive selvhjulpne.

Tekstboks 2. Borgereksempel

Bent er en 67-årig mand, der bor alene i et mindre rækkehus midt i en mindre by i Jammerbugt Kommune. Bent har efter en sygehusindlæggelse, hvor man fandt blodpropper i begge hans ben, varigt behov for kompressionsstrømper. Bent lider derudover af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom(KOL). Efter sygehusindlæggelsen skal Bent via et hverdagsrehabiliteringsforløb oplæres i selv at tage støttestrømper af og på vha. et hjælpemiddel. Bent fortæller, at han i første omgang fik hjælp af hjemmeplejen, som kom og satte støttestrømperne på om morgenen og tog dem af igen om aftenen. Efter et par dage bliver han kontaktet af en hverdagsrehabiliterende terapeut fra kommunen, som opfordrer ham til at lære, hvordan han selv med brug af et hjælpemiddel, kan tage støttestrømperne af og på. Efter at terapeuten har instrueret og vejledt ham i brugen af hjælpemidlet, bliver den daglige træning i brugen heraf fulgt op af en medarbejder i hjemmeplejen. Bent giver udtryk for, at han er motiveret til at blive selvhjulpen, og at det er særligt pga. irritation over at sidde og være afhængig af, hvornår hjemmeplejen har tid på kørelisten til at komme forbi og hjælpe ham.

"Jeg ville gerne selv. Fordi det er godt nok at få besøg og få hjælp med strømperne, men den ene morgen kommer de kl. 7.45, den næste kl. 9.30 og man er fuldstændig låst og venter på at de har været her. Det synes jeg, at det var bedre at jeg selv gjorde det." (Borger, Jammerbugt Kommune).

[10] For lignende pointer, se Hansen (2015b).

Tekstboks 3. Borgereksempel

Helle er 67 år, folkepensionist og bor med sin mand i en lille by i Thisted Kommune. Helle kommer i kontakt med Thisted Kommune efter et voldsomt fald, som resulterede i et brækket ben og en kort indlæggelse på sygehus. Efter Helle bliver udskrevet fra sygehuset modtager hun et hverdagsrehabiliterende forløb af ca. halvanden måneds varighed.

Helle fortæller, at hun bliver kontaktet allerede på sygehuset for at høre om, hvad hendes behov for hjælp er, når hun bliver udskrevet. Når Helle kommer hjem, vil Helles mand tage sig af de huslige pligter, men Helle ønsker kommunens hjælp til at komme i bad dagligt. Det skal hendes mand ikke også stå for, understreger hun.

Helle får efter udskrivelsen fra sygehuset herefter hjælp til at komme i bad og støttet i at blive selvhjulpen i badsituationen lidt efter lidt. En ergoterapeut kommer først, midt i og sidst i forløbet for at vurdere Helles behov og fremgang og samtidig blev forskellige hjælpemidler installeret i badeværelset. Dertil er det forskellige sosu-medarbejdere, der varetager den daglige støtte og træning med Helle i badsituationen. Helle fortæller, at dét at flere forskellige medarbejdere kommer i hendes hjem og at de medarbejdere, der kommer hos hende, ikke kommer på samme tidspunkt hver dag, og hun dermed ikke ved hvornår de kommer, har gjort at hun har været særligt motiveret til at kunne klare sig selv igen.

"Jeg bliver motiveret til at kunne klare mig selv, for jeg syntes at der var mange fremmede ind over. Det handler nok også om at jeg bliver ringet op ret hurtigt fra hjemmeplejen efter jeg var blevet indlagt i Thisted. Jeg kom fra Hjørring til Thisted. De spurgte om jeg havde brug for hjælp. Jeg siger, at det ved jeg ikke. Jo, jeg ved at jeg gerne vil i bad hver dag og det synes jeg ikke at min mand skal stå med, fordi jeg kunne se, hvad han skulle klare så. Så spørger de om jeg var interesseret i det her trænings…. Det er helt fint. Det ville jeg gerne. Det fungerede fint. Altså bortset fra… Jamen det er nok fordi ens selvbestemmelse bliver taget fra en… De kommer ikke på samme tid hver dag. De kunne komme klokken 9, når vi lige var stået op og det var fint. Nogle dage kom de klokken 11. Jeg ved godt at de har travlt. Jeg ved godt, at det ikke var livstruende det, som jeg fejlede. Men det irriterede mig. Jeg ved godt, at det er utaknemmeligt. Nogle gange gjorde vi det - når jeg sagde; nej det gad jeg simpelthen ikke at vente på - at vi fik bakset mig ned på sådan en badebænk og så vaskede jeg mig selv. Der sagde jeg, at det kunne være nok. Der fandt jeg ud af, at jeg godt kunne nogle ting selv. Det var sådan set det eneste, der irriterede mig. Det var rart, hvis man kunne vide at de kom klokken 9. Nogle gange nåede vi næsten at skulle have middagsmad inden de kom. Selvom du ved egentlig godt at du ikke fejler noget alvorligt, men det var alligevel skide irriterende." (Borger, Thisted Kommune).

Tekstboks 4. Borgereksempel

Vagn er 65 år, folkepensionist og bor alene i en lille lejlighed i Thisted by. Vagn bliver indlagt på sygehuset efter mistanke om hjerteproblemer og blodprop. På sygehuset får han at vide, at han fremover skal benytte kompressionsstrømper bl.a. pga. hans hævede ben. På sygehuset modtager han et par kompressionsstrømper, og efter udskrivelse fra sygehuset kommer hjemmeplejen i Thisted Kommune dagligt hos Vagn i ca. 2-3 uger og giver ham støttestrømperne på. *"Og så var det, at de kom i tanke om, at det kunne jeg godt selv"*, fortæller Vagn. Vagn får efter udskrivelsen taget mål til nye strømper. Efter 2-3 uger kommer en hverdagsrehabiliterende terapeut og instruerer ham i, hvordan han ved hjælp af et hjælpemiddel selv kan tage kompressionsstrømperne på. Forløbet

varer 14 dage i alt, og i forløbet får Vagn besøg af en terapeut to gange, mens hjemmeplejen kommer dagligt for at se, om Vagn får sat strømperne korrekt på.

Men i dette forholdsvis korte forløb, når Vagn også at blive irriteret over, at det først er langt op ad formiddagen at hjemmeplejen kommer for at kigge til og hjælpe Vagn med kompressionsstrømperne:

"Jeg fik godt nok at vide, at jeg skulle have dem i tre uger, men der gik.... Den første uge gik med at de kom og kiggede. Så begyndte vi anden uge... Så sagde jeg "Det gider jeg da ikke, at I skal rende…". Fordi mange gange der kom de først kl. 11.45. Og så længe gider jeg altså ikke at sidde hjemme." (Borger, Thisted Kommune).

Tekstboks 5. Borgereksempel

Karin er 85 år, folkepensionist og bor alene i en lejlighed i et boligkompleks midt i en mindre by i Jammerbugt Kommune. Karin har haft et omfattende og langvarigt sygdomsforløb efter adskillige hofteoperationer, der er gået galt. Karin fortæller, at hun for at forebygge blodprop i benene fra sygehuset har fået besked om, at hun skal bruge kompressionsstrømper. Efter udskrivelse fra sygehuset kommer hjemmeplejen først dagligt og sætter strømperne på. Efterfølgende får Karin besøg af en hverdagsrehabiliterende terapeut, som afprøver forskellige strømper og strømpe-påtagere med henblik på at gøre hende selvhjulpen ift. på- og aftagning af kompressionsstrømperne. I ca. tre måneder trænes og støttes Karin med hjælp fra hjemmeplejen i at tage strømperne på, og hun afsluttes først til 'selvhjulpen' i aftenvagten, fordi hun ikke syntes at det var rart at skulle sidde og vente og være afhængig af hjemmeplejen i aftentimerne.

Karin: Men jeg har lidt hjælp fra hjemmehjælpen. Til rengøring hver 14. dag. En halv time eller sådan noget. For de var jo begyndt med mine strømper, men det siger de, at det skal jeg selv.

Interviewer: Hvad var det de var begyndt med?

Karin: Jeg sluttede i Frederikshavn [sygehuset], fordi de havde hverken plads til mig i Thisted eller Aalborg. Så til sidst var jeg i Frederikshavn, inden jeg kom hjem. Så begyndte de med de her strømper. Nu har jeg sådan nogle rigtig stramme nogen. De første det var sådan nogle.... du kan se de er godt stramme og varme. Men jeg kan selv trække i dem. Jeg har sådan en dippedut.

Interviewer: Er det noget Jammerbugt Kommune har hjulpet dig med?

Karin: Ja, de tilhører da Jammerbugt Kommune. Det er ergoterapeuten, der er kommet med dem. Og hun synes at jeg skal kunne selv. Til at begynde med havde jeg en til at komme. Jeg sagde, at jeg ville gerne have en om morgenen, men om aftenen kan jeg godt selv få dem af. Det er sådan at sidde og vente. Man ved aldrig hvornår de kommer. (Borger, Jammerbugt Kommune).

4.2.2 At arbejde med "hænderne på ryggen" - manglende kultur og holdningsændring i hjemmeplejen

En anden vigtig forudsætning for, at hverdagsrehabilitering lykkes er, at medarbejderne i hjemmeplejen – som er de medarbejdere, der står for den daglige hverdagsrehabiliterende træning med borgerne – arbejder hverdagsrehabiliterende i det daglige. I begge kommuner starter man i projektperioderne med, at udvalgte medarbejdere i hjemmeplejen, der er særligt motiverede for at arbejde med og har fået kompetencer til at arbejde med hverdagsrehabilitering, indgår i et slags specialist-

team sammen med enkelte hverdagsrehabiliterende terapeuter, som tager sig af hverdagsrehabiliteringsforløb. Men ved overgangen fra projekt til drift ønsker man, at den hverdagsrehabiliterende tilgang skal integreres mere bredt i hele hjemmeplejen blandt alle medarbejdere. Det betyder, at efter hverdagsrehabiliteringen går i drift, er det ikke kun disse særlige ressourcepersoner, der skal arbejde hverdagsrehabiliterende, men det skal nu alle medarbejdere i hjemmeplejen. Det skal være en tankegang som gennemsyrer hele organisationen og som også skal præge alle medarbejderne på "yderste revle".

Men oplevelsen blandt mange af de interviewede er, at den nødvendige kultur- og holdningsændring i hjemmeplejen fortsat mangler, og at dette er en central udfordring. Som en leder af myndighedsafdelingen i Jammerbugt Kommune udtrykker det i citatet nedenfor, opleves det som en udfordring, at arbejdet med hverdagsrehabilitering ikke prioriteres i hjemmeplejen.

"[H]verdagsrehabilitering er jo ikke bedre end den, der udfører det. Og hvordan den der skal udføre det, prioriterer det. Og det er en udfordring. Det er det" (Leder af myndighedsafdeling, Jammerbugt Kommune).

Selvom der er indført hverdagsrehabilitering, som en ny tilgang og paradigmeskifte i begge kommuner i 2011, er opfattelsen blandt særligt visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter i begge kommuner, at arbejdet med denne ændring og særligt den mentale omstilling hos medarbejderne i hjemmeplejen endnu ikke er slået tilstrækkeligt igennem på undersøgelsestidspunktet i foråret 2017. Oplevelsen er, at man er udfordret med hjemmeplejen, og visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter ser dem til tider som en modspiller i hverdagsrehabiliteringen i stedet for en medspiller, som f.eks. en visitator i Jammerbugt Kommune giver udtryk for:

"Det er hvert fald min oplevelse at leverandøren er en modspiller i nogle af forløbene. (…) Jeg oplever desværre tit det der med at hjemmeplejen de ikke arbejder med os. At de ikke tænker rehabilitering." (Visitator, Jammerbugt Kommune).

Gruppelederne i hjemmeplejen i Jammerbugt Kommune vurderer, at det er hovedparten af medarbejderne i hjemmeplejen som arbejder hverdagsrehabiliterende mens fåtallet ikke gør:

"Gruppeleder: Jeg synes da også, at vi er ved at få omvendt medarbejderne til, at det er borgerne, der skal gøre tingene, det er ikke os. Vi kommer for at støtte. Den tror jeg vi er ved... men der er jo altid nogen – blandt de ældre medarbejdere. Men jeg synes, at vi er ved at være langt med det.

Gruppeleder: De fleste, 80 procent, men jeg har da nogle stykker, der synes man skal gøre det hele for borgeren, som ikke kan se ideen i, at borgeren selv skal.

Gruppeleder: Jeg synes også, at vores personale i starten var bange for, om deres arbejde "hang i en tynd tråd"; "Hvis nu vi får gjort dem selvhjulpne alle sammen, så har vi ingen arbejde." Den holder bare slet ikke, fordi vi har i hvert fald rigeligt at lave. Men det hører vi slet ikke mere. Den var der i starten indtil, at man fandt ud af, at det også var mere behageligt, at arbejde på den måde." (Gruppeledere i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

De hverdagsrehabiliterende terapeuter og visitatorerne er dog mere skeptiske:

"Før jeg føler, at jeg har bare fem ud af ti medarbejdere med på den, så synes jeg ikke vi er kommet ret langt. Det tror jeg ikke, at jeg har. Jeg har nogle enkelte medarbejdere i hjemmeplejen rundt omkring, jeg synes, der er skide dygtige til at være hjemmetrænere i 'hjemmetrænerens ånd'-forstand. Så har jeg i den grad også… Jeg vil nok sige 80 % af dem har svært ved at påtage sig den rolle. Jeg tror, at det er fordi, at vi vælger at lade det være en rolle. Fordi det er en rolle. Det er en ny måde at arbejde på, og det er en ny måde at være medarbejder på i Jammerbugt Kommune." (Terapeut, Jammerbugt Kommune).

Visitator "Men det er jo også en kultur vi er oppe i mod, hvor hele den der gamle måde… Ja, jeg er for øvrigt uddannet social- og sundhedshjælper også, altså før jeg læste til sygeplejerske, og den gang der var det også noget med... Altså man blev jo virkelig opdraget til 'varme hænder' og 'stort hjerte'. Og at det bestemt ikke var til borgerens bedste at komme ud og sætte dem i sving. Fordi vi skulle ud og imødekomme dem efter hvert ønske næsten. Altså så der er jo virkelig et kulturopgør, der skal tages. Og jeg ved godt, at det er 25 år siden, men jeg kan da se, at der ikke er rykket sig meget siden den gang."

Visitator: "Men §83 [dvs. hjælp-til-selvhjælp] er jo aldrig slået i gennem. Heller ikke før vi havde hjemmetræning og VBÆ."

Visitator: "Det der hjælp-til-selvhjælp det fungerede jo ikke."

Visitator: "Nej... kun nogle få steder"

Visitator: "Det er i hvert fald blevet meget firkantet nu. Hvis ikke der er tænkt 83A - hverdagsrehabilitering fra vores side af, så er det et fåtal af vores udøvere, der tænker tanken selv. Så er det simpelthen fastholdelse og kompenserende, oplever jeg. Eller det tænker jeg, at vi alle sammen oplever, det er da det jeg hører. Men det gælder lige fra sygeplejen til hjemmeplejen" (Visitatorer, Jammerbugt Kommune).

Omvendt mener medarbejderne i hjemmeplejen selv, at de i høj grad arbejder hverdagsrehabiliterende: De arbejder som udgangspunkt ikke kompenserende, men tænker hjælp-til-selvhjælp ind fra start og i det meste af det de gør. F.eks. som medarbejderne i hjemmeplejen i Thisted Kommune giver udtryk for:

"Jeg synes også, at man hurtigt finder ud af, at man kan gøre nogle andre ting ind i mellem [mens borgeren gør noget selv]. Altså ved måske at hjælpe med nedre hygiejne så de selv kan komme i deres tøj, så kan man godt lige gøre noget andet klar og sådan. Det bliver hurtigt en dejlig fornemmelse for dem, at man bare sådan lader dem have den tid til at komme i deres tøj. Så selvom det ikke er rehabilitering hele tiden så tænker vi det. Vi kan slet ikke lade være. (…) Når vi har lavet nedre hygiejne, og de så får lov til at sidde og tage tøj på, og vi så går ud og laver kaffe og sådan noget eller hvad det nu kan være. Det kommer også bare helt naturligt. At man gør en ting i stedet for bare at stå og kigge. Det er også fordi, at vi har været så længe i det vi gør."

"Jamen jeg siger til mig selv, at jeg sætter ikke hænderne i mine lommer, for det virker så dovent, men jeg sætter dem om på ryggen. Og så står jeg sådan set og samtaler med mine borgere og guider dem på den måde, og det er jo at yde hjælp til selvhjælp, i allerhøjeste grad. Så kan man lige guide og hjælpe. "Så gør du lige det og sådan.""(Medarbejdere i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

Som uddrag af interviewene ovenfor illustrerer, giver især de interviewede terapeuter og visitatorer, således udtryk for, at en manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen fortsat er en udfordring. Dog indikerer interviews med især medarbejderne i hjemmeplejen selv, en betydelig forskel i opfattelsen af, hvor velintegreret hverdagsrehabilitering er i ældreplejens praksis. Ikke desto mindre indikerer interviewundersøgelsen overordnet, at der fortsat er udfordringer knyttet til at få hverdagsrehabilitering integreret i hjemmeplejens daglige praksis.

På baggrund af analysen af interviewmaterialet er i forlængelse heraf identificeret en række faktorer, der vurderes som udfordringer i arbejdet med hverdagsrehabilitering og som dermed vurderes at kunne have betydning for, at den hverdagsrehabiliterende tankegang fortsat ikke er fuldt implementeret i hjemmeplejen.

- Skal alle medarbejdere i hjemmeplejen eller udvalgte få arbejde med hverdagsrehabilitering? (afsnit 4.2.2.1)
- Manglende kontinuitet og manglende tid til hverdagsrehabilitering (afsnit 4.2.2.2)

- Behov for at styrke det tværfaglige samarbejde, enten ved afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder, ved at ændre i den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, eller ved begge dele (afsnit 4.2.2.3)

Disse udfordringer og overvejelser præsenteres og diskuteres i de nedenstående afsnit.

4.2.2.1 Hvem kan og skal arbejde hverdagsrehabiliterende?

At medarbejderne ikke i tilstrækkelig grad arbejder hverdagsrehabiliterende kan hænge sammen med, hvem og hvor mange af medarbejderne i hjemmeplejen, der forventes at skulle arbejde hverdagsrehabiliterende. Er det få udvalgte eller samtlige medarbejdere, og hvordan har tankegangen og tilgangen spredt sig i hjemmeplejen? Og hvilken form for uddannelse og opkvalificering i hverdagsrehabilitering har medarbejderne i hjemmeplejen modtaget i forbindelse hermed?

I interviewene med de forskellige faggrupper bliver det bl.a. også diskuteret, hvorvidt alle eller få udvalgte medarbejdere i hjemmeplejen skal arbejde hverdagsrehabiliterende – og fordele og ulemper herved diskuteres. Og det viser sig, at det også er overvejelser man har haft ved overgangen fra hverdagsrehabiliteringens projektfase til driftsfase – f.eks. i Thisted Kommune hvor man ifølge sundheds- og ældrechefen har stillet sig selv følgende spørgsmål:

"Hvor bredt skal man sprede det ud? Er det på lidt færre men mere specialiserede hænder? Eller er det "det her, det skal alle kunne". (…) Altså vi talte meget om dengang helt i den spæde start om nogle, der ligesom var fanebærere og brændte for det her, og vi talte os egentlig også varme på, at måske var det vigtigere, at man virkelig vil det her og brænder for det og kan se en fidus i det, end om man er hjælper eller assistent af uddannelse eller sygeplejerske for den sags skyld. At så er det sådan tilgangen. Men det var selvfølgelig også i den spæde opstart, hvor man havde brug for de der 'first movers', som vil det." (Sundheds- og ældrechef, Thisted Kommune)

Ifølge Kjellberg et al. (2013) har nogle kommuner arbejdet med en model i hjemmeplejen, hvor samtlige sosu-medarbejdere indgår i hverdagsrehabiliteringsforløb, mens andre kommuner har arbejdet med en model, hvor kun udvalgte sosu-medarbejdere i hjemmeplejen indgår. I både Thisted og Jammerbugt kommuner har man faktisk prøvet begge modeller. Som det blev beskrevet i afsnit 4.1 valgte man i begge kommuner ved opstart af hverdagsrehabiliteringsprojekter at uddanne en udvalgt gruppe af sosu-medarbejdere i hjemmeplejen som såkaldte hjemmetrænere (kaldet 'ambassadører' eller 'rehabiliteringsagenter' af Kjellberg, Hauge-Helgestad et al. (2013) – se afsnit 2.1.1).

I projektfasen er ca. 45 medarbejdere fordelt på hjemmeplejens forskellige hjemmeplejegrupper i Thisted Kommune, og ni medarbejdere i hjemmeplejen er uddannet og udnævnt som hjemmetrænere i Jammerbugt Kommune, ca. 2-3 medarbejdere fra hvert distrikt. Disse hjemmetrænere blev på daværende tidspunkt og bliver fortsat anset som særlige ressourcepersoner, som er særligt motiverede og kompetente ift. at arbejde hverdagsrehabiliterende. Men da projekterne overgår til drift, ønsker man, at den hverdagsrehabiliterende tilgang og tankegang skal spredes og at alle medarbejdere nu skal arbejde hverdagsrehabiliterende. Alle medarbejdere i hjemmeplejen bliver nu betragtet som hjemmetrænere og det forventes, at de alle arbejder ud fra en hverdagsrehabiliterende tilgang.

I begge kommuner har man forestillet sig, at uddannelsen af disse få udvalgte hverdagstrænere vil have en afsmittende effekt på samtlige medarbejdere i hjemmeplejen, og at udbredelsen af den hverdagsrehabiliterende tilgang vil ske løbende ved hjælp af bl.a. sidemandsoplæring og sparring ved møder. Fordelene ved de to modeller knytter sig begge til et ressourcespørgsmål; Ved den første model med få udvalgte medarbejdere kan man som kommune spare penge ved kun at uddanne

nogle af medarbejderne, men geografien er derimod en udfordring, når færre medarbejdere skal dække et stort geografisk område. Ved den anden model kan man derimod ved udbredelsen af hverdagsrehabilitering til alle medarbejdere lave en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse og ruteplanlægning ("de bruger mindre tid på vejen"), end hvis det kun er nogle enkelte medarbejdere i hjemmeplejen, der dækker det samme område. Tabel 11 opsummerer fordele og ulemper ved om hverdagsrehabilitering foretages af alle medarbejdere i hjemmeplejen eller udvalgte få medarbejdere (ressourcepersoner) i hver hjemmeplejegruppe.

Tabel 11. Fordele og ulemper ved hverdagsrehabilitering på få eller mange hænder

		Fordel	Ulempe
Hverdagsrehabilitering på…	… Få hænder	Spare penge ved kun at uddanne nogle af medarbejderne, herefter afsmittende effekt på alle medarbejdere	Geografien er en udfordring. Ineffektivt – meget tid brugt på 'vejtid'
	… Mange hænder	Effektiv arbejdstilrettelæggelse og ruteplanlægning, så der ikke bruges meget tid på 'vejtid'	Ikke alle medarbejdere er dedikerede og uddannede i hverdagsrehabilitering Kun få medarbejdere arbejder reelt hverdagsrehabiliterende

Men som det blev problematiseret indledningsvist arbejder alle medarbejdere i hjemmeplejen fortsat ikke hverdagsrehabiliterende. Ifølge hhv. en hverdagsrehabiliterende terapeut og en leder af myndighedsafdelingen - begge fra Jammerbugt Kommune - er det måske heller ikke succeskriteriet, at alle medarbejdere skal arbejde hverdagsrehabiliterende:

" (…) vi har ikke alle medarbejderne med. Jeg tror heller ikke succeskriteriet er, at vi får alle medarbejdere med." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune)

"Der er absolut nogen, der er bedre til 83a-tanken [hverdagsrehabilitering] end andre. Og det tror jeg også, at man kommer til at forholde sig til i kommunerne. Hvorfor bede medarbejdere om at udføre en opgave, som de måske ikke er den bedste til? Hvorfor ikke lade dem, der er gode til tanken, lade dem have tjansen (…) Vi er ikke lige gode til alt. Så jeg tænker, lad nu folk arbejde med det, de er gode til i stedet for, at man skal arbejde med 10 tommelfingre på en opgave. Sådan er det, jamen sådan har alle mennesker det. Og der tænker jeg, at det kunne blive anderledes. Det har en kæmpe betydning, hvis man går ind i sådan en opgave med liv og sjæl. Fordi i den modsatte ende, hvis man går ind i opgaven og tænker 'jo før jeg får rehabiliteret Magda, jo før bliver jeg arbejdsløs-tanken'. Det er sådan helt ude i den sorte ende ikke også. Det er der jo ikke ret meget givtigt i. Jeg tror bestemt, at der kunne være et rationale i, at man udnytter, at alle ikke er lige gode til alt. Og så lader dem, der er bedst udføre opgaven. Det gør vi med alt andet." (Leder af myndighedsafdeling, Jammerbugt Kommune).

Praksis er da også, at hverdagsrehabiliterende terapeuter, visitatorer og gruppeledere i hjemmeplejen har nogle bestemte medarbejdere i hjemmeplejen, som de ser som særligt motiverede og kompetente til at arbejde hverdagsrehabiliterende, og derfor i højere grad udvælger til hverdagsrehabiliterende opgaver og i højere grad samarbejder med:

"Vi har jo vores favoritter. Vi ved godt, at den hjælper dér, så skal det nok lykkes, hvis vi sender hende ud. Vi ved godt, hvem de gode piger eller mænd er. Dem, der kan løfte opgaven." (Visitator, Thisted Kommune)

Hjemmeplejeleder: "Det handler også noget om, hvilke hjælpere vi vælger. Det gør det. (…) Altså jeg ved godt, hvem jeg skal vælge i min gruppe, hvis jeg har nogen, hvor jeg tænker 'det her, det er en stor opgave'.

Så hvis vi får startet godt, så ender vi et andet sted, end hvis vi bare starter. Jeg ved godt, hvem jeg skal vælge, når det er nogle krævende ting og hvor jeg lige som kan sige 'prøv at høre her, her skal vi sådan og sådan'."

Interviewer: "Og hvad er det der sådan gør, den person…?"

Hjemmeplejeleder: "Det er hjælperens motivation, og at hjælperen kan se et formål med tingene. Så lyser det ud af hende 'nu skal du bare se i dag'. Altså de er mere positive og har en bedre tilgang til tingene, hvor nogen der skal ligesom bare have tingene gjort. Eller dem, som har det store omsorgsgen, hvor jeg tænker 'arh… det er også synd'. "Så er der kaffe, så kan vi lige sidde og snakke." (…) Men dem der sådan er lidt vedholdende med at sige 'ej, du skal altså op, og du er nødt til at skal gå fra A til B'. De når også resultaterne. 'Og nu lægger vi lidt på, og i dag kan du det og i morgen så kan det være, at det er lidt tilbage', men man giver ikke op og så siger 'nah men så må vi jo så blive her på det niveau. Vi forsætter igen næste dag. Vi prøver lige og se, om vi kan komme et niveau højere'. Der er der forskel! Det er der helt klart! (Hjemmeplejeleder, Jammerbugt Kommune).

"Jo, selvfølgelig har vi fået nogle af medarbejderne med. Vi har rigtig mange medarbejdere i Jammerbugt Kommune, der er skide dygtige, det har vi. Men vi har også rigtig mange af dem, som nok bare ikke har en interesse for det her. Og det skal også være tilladt, tænker jeg. Men så skal man bare finde ud af - og det er jo det, som jeg har af ønske for 'Vi-Bevæger-Ældre' i Jammerbugt Kommune - det er, at så finder man ud af, at det måske kun er nogle få medarbejdere, der skal være hjemmetrænere. For jeg tror simpelthen, at man har taget munden for fuld. Det har jeg erkendt efterhånden; der er bare nogle, der ikke er møntet til det her, og der er andre, der rigtig gerne vil det. Men jeg er så også begyndt at bruge gruppelederne og planlæggerne til at spørger efter: "Kunne man tænke sig, at det var den medarbejder, der kom med ud i det besøg?". Og det har de også forståelse for. Så der synes jeg, at vi er kommet langt. For der er jo rigtig mange af planlæggerne og gruppelederne, der ved, hvem der er møntet til det, fordi de snakker med deres personale i det daglige. Men jeg synes bare, at det er ærgerligt, at det er mig, der skal spørge dem."(Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

Selvom det ud fra et ressourcespørgsmål kan være mest fordelagtigt at alle medarbejdere i hjemmeplejen i princippet arbejder hverdagsrehabiliterende, kan det således fra bl.a. de interviewede visitatorer, gruppeledere i hjemmeplejen og hverdagsrehabiliterende terapeuters perspektiv være mest fordelagtigt at have nogle særlige ressourcepersoner at samarbejde med – dvs. at det kun er enkelte udvalgte og særligt kompetente og dedikerede medarbejdere i hjemmeplejen, der er "hjemmetrænere" og ikke alle.

I flere af interviewene bliver der således stillet spørgsmålstegn ved, om alle medarbejdere skal og er egnede til at arbejde hverdagsrehabiliterende. På den ene side har alle medarbejderne personligheden og viljen til at arbejde hverdagsrehabiliterende? På den anden side har alle medarbejderne kompetencerne til at arbejde hverdagsrehabiliterende?

For begge kommuner gælder, at der ikke er enighed om; om, hvor meget og hvilken uddannelse de øvrige medarbejdere i hjemmeplejen har fået ift. at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende, da hverdagsrehabilitering går fra projekt til drift – men medarbejderne og gruppeledere i hjemmeplejen efterspørger brush-up-kurser og løbende opkvalificering ift. hverdagsrehabilitering. Kun få af medarbejderne blev oprindeligt uddannet som hjemmetrænere, og det er efterhånden flere år siden nu. Samtidig giver både medarbejdere og gruppeledere i hjemmeplejen udtryk for, at der ikke er mange af de oprindeligt uddannede hverdagstrænere tilbage i dag, flere er gået på efterløn eller har skiftet job, og mange nye medarbejdere er kommet til. Ifølge gruppelederne i hjemmeplejen kan en prioritering af uddannelse til samtlige medarbejdere i hjemmeplejen medvirke til en forbedring ift. implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen.

I dag forventer ledelsen, at alle medarbejdere i hjemmeplejen arbejder som hjemmetrænere. Men medarbejderne i hjemmeplejen ser - ifølge en hverdagsrehabiliterende terapeut – ikke nødvendigvis sig selv som hjemmetrænere. De opfatter fortsat, at det er de udvalgte få og oprindeligt uddannede, der er hjemmetrænere og særlige ressourcepersoner:

"Da man startede, der startede man jo med nogle få hjemmetrænere; to, tre, en medarbejder i hvert distrikt, som havde de her forløb, og de fik - mig bekendt - også enten tredages kursus eller otte dages kursus i hvad det her, det handler om. Det var rigtig godt givet ud - det fungerede rigtig, rigtig fint. Da man så gik i drift, der tænkte man: "Nu tager vi hele baduljen. Nu er det alle medarbejdere, der skal være hjemmetrænere". Og jeg har jo kollegaer, vil jeg kalde dem - det er jo mine nærmeste samarbejdspartnere - men ude i plejen, der siger de jo i dag, når jeg kalder dem hjemmetræner, at de ikke er hjemmetræner: "uh, nej, nej, det har de aldrig hørt om før". Så tænker jeg "det er du jo, fordi du er min samarbejdspartner ift., at det er dig, der varetager den her træning i hjemmet". Og man har tydeliggjort, at alle medarbejdere i plejen er hjemmetrænere. Men de har svært ved at påtage sig den der rolle. Og jeg tænker, at den dag, hvor man vælger at kigge på sig selv og tænker: "Jeg er hjemmetræner. Jeg er rent faktisk med til at facilitere, at den her borger bliver rigtig god derhjemme og at vi følger hans målsætning, om hvad han synes, der er kvalitet i hverdagen". Før jeg føler, at jeg har bare fem ud af ti medarbejdere med på den, så synes jeg ikke vi er kommet ret langt." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

Alle interviewede medarbejdere er dog enige om, at de nyuddannede sosu-medarbejdere er kompetente og særligt motiverede for at arbejde hverdagsrehabiliterende, idet netop hverdagsrehabilitering og selvhjulpenhed i høj grad er integreret i uddannelserne i disse år:

"Vi kan sagtens mærke, at de unge hjemmeplejere, at de har forstået det der. De kan godt se meningen med det, og er bedre til ligesom at holde hænderne på ryggen." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

Men der er fortsat mange medarbejdere i hjemmeplejen med mange års erfaring med at arbejde på den traditionelle kompenserende måde. Spørgsmålet er dog også, om man i arbejdet med hverdagsrehabilitering kræver en bestemt uddannelse eller om hverdagsrehabilitering er en naturlig ting, som ikke kræver uddannelse? F.eks. som hhv. en medarbejder i hjemmeplejen i Jammerbugt og en hverdagsrehabiliterende terapeut i Thisted reflekterer over:

"Jamen vi ved jo heller ikke hvor meget uddannelse det kræver. Jeg ved det ikke, jeg tænker at det er sådan en naturlig ting." (Medarbejder i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

"Vi har jo diskuteret meget det der med, hvordan hjemmeplejen... Om det kræver uddannelse - en bestemt uddannelse, at have med hverdagsrehabilitering at gøre. Og til det vil jeg sige, at det gør det da til en vis grad - en vis grundviden. Men det handler rigtig, rigtig meget om personlighed. Om man kan få sig til at bede andre mennesker om noget, og kan stå med hænderne lidt på ryggen, mens et menneske er i bad, når han så siger: "Vil du ikke lige vaske mig på ryggen?". Så skal man være en bestemt støbning for at komme ud af den situation på en ordentlig måde, så man får sagt fra over for det, får fundet et godt alternativ og står og hviler i det og tænker: "Det kom jeg egentlig godt omkring med". Det kræver, at man er rimelig 'grounded' selv." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Thisted Kommune)

At man gerne vil have motiverede og særligt specialiserede og kompetente medarbejdere, der i høj grad arbejder hverdagsrehabiliterende, men samtidig ønsker tankegangen bredt ud over alle medarbejdere uden egentlig kompetenceudvikling og uddannelse i hverdagsrehabilitering kan ses som et dilemma. Man har forestillet sig, at tankegangen skulle sprede sig fra de få specialuddannede ressourcepersoner til de mange via sidemandsoplæring og løbende spredning af viden og erfaring

f.eks. på gruppemøder mv. til kolleger i hjemmeplejen, eller ved at de hverdagsrehabiliterende terapeuter sparrer med medarbejderne ved borgerne eller ved regelmæssige tværfaglige møder. Men opfattelsen blandt visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter – som er hjemmeplejens nærmeste samarbejdspartnere – er, at tankegangen ikke har spredt sig tilstrækkeligt til alle medarbejdere i hjemmeplejen. Og spørgsmålet er, hvad der skal til for at tankegangen for alvor slår igennem i hjemmeplejen? Kan uddannelse og opkvalificering bidrage med en ændring – eller forventes det, at det er en grundlæggende tankegang blandt medarbejderne, som man ikke kan uddanne sig til?

Medarbejderne i hjemmeplejen savner dels uddannelse og opkvalificering i hverdagsrehabilitering, dels et tættere samarbejde, kontakt og sparring med de hverdagsrehabiliterende terapeuter, enten ved regelmæssige møder, hvor borgere drøftes og der er mulighed for sparring (drøftes i afsnit 4.2.2.3.1 – se nedenfor) eller via en decentralt, fysisk placering af terapeuterne i hjemmeplejegrupperne (drøftes i afsnit 4.2.2.3.2 – se nedenfor).

4.2.2.2 Manglende kontinuitet og manglende tid til hverdagsrehabilitering

At medarbejderne ikke i tilstrækkelig grad arbejder hverdagsrehabiliterende, som det opleves af bl.a. visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter i begge kommuner, kan også hænge sammen med organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde: Dels at der ikke er tilstrækkelig grad af kontinuitet i hverdagsrehabiliteringsforløbene ift. hvilke af hjemmeplejens medarbejdere, der kommer i borgernes hjem, dels at der ikke er nok tid afsat til at arbejde hverdagsrehabiliterende.

Der peges bl.a. på – af interviewede visitatorer, medarbejdere i hjemmeplejen og hverdagsrehabiliterende terapeuter – at manglende personkontinuitet kan være en udfordring for det hverdagsrehabiliterende arbejde – både af hensyn til borgeren, af hensyn til medarbejderne i hjemmeplejen, som kommer mest i borgerens hjem og af hensyn til muligheden for et tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne. F.eks. som en visitator i Thisted Kommune pointerer:

"Nej, men det er jo heller ikke sådan at dem, der er på hverdagstræningsforløbet, har nogle bestemte hjemmehjælpere - fordi geografien er sådan. Det er lige dem, der kører. Det er ligegyldigt, om det er en afløser. Dér synes jeg, at det store problem ligger. (Visitator, Thisted Kommune).

At der kan være forskellige medarbejdere fra hjemmeplejen inde over et hverdagsrehabiliteringsforløb og borgerne derved oplever nye ansigter fra gang til gang, kan give utryghed og mindre motivation hos borgerne. At det netop er den eller de samme medarbejdere, der kommer kontinuerligt igennem forløbet er noget borgerne sætter pris på ved hverdagsrehabiliteringsforløbene. F.eks. Bent, en borger i Jammerbugt Kommune (se også tekstboks 2 ovenfor), som fremhæver det som positivt og vigtigt, at det er den samme medarbejder fra hjemmeplejen, der kom hos ham i den periode hverdagsrehabiliteringsforløbet varede.

Tekstboks 6. Borgereksempel

Bent som efter en sygehusindlæggelse vha. et hverdagsrehabiliteringsforløb skal oplæres i selv at tage støttestrømper af og på vha. hjælpemiddel. Efter at en hverdagsrehabiliterende terapeut har instrueret ham i brugen af hjælpemidlet, bliver den daglige hverdagsrehabiliterende træning fulgt op af en medarbejder i hjemmeplejen, og Bent sætter pris på, at det er den samme medarbejder som er kommet hos ham i den periode, som forløbet varede.

"Og så kom ergoterapeuten en til to dage efter, og med forskellige redskaber til det. De der nede [han peger på hjælpemidlet]. Hun begyndte hurtigt at snakke om, at jeg skulle prøve at gøre det selv. Og det kunne jeg ikke overse, og jeg forhandlede mig til og spurgte om vi ikke kunne fortsætte om morgenen. Om aftenen

kunne jeg sagtens få dem af. "Jo, jo det gjorde vi så". Jeg vil ikke sige, at hun pressede på, men hun motiverede til at jeg skulle prøve det selv. Og det var en bestemt hjemmehjælper, der kom i en hel uge om morgenen og skulle hjælpe mig med træningen med selv at tage dem på. Det var perfekt." (Borger, Jammerbugt Kommune)

Men også medarbejderne i hjemmeplejen finder det mest hensigtsmæssigt, at der er en kontinuitet i det personale, der kommer hos de ældre, ikke mindst ifm. hverdagsrehabiliteringsforløb.

Medarbejder: " (…) Alle skal, men det var rigtig godt til start, hvor vi blev sat på en borger og kom der kontinuerligt, som det kunne lade sig gøre, ikke også. Der er det gået lidt fløjten, at vi kommer så mange. Fordi den tryghed ved at det er Rosa der kommer eller en anden, ikke også. Det har så utroligt meget at sige."

Medarbejder: "Men vi får jo også bygget noget op. Hvis det er den samme, der kommer. (…) Det gør vi jo ikke med syv."

Medarbejder: "De får også meget tillid til os når vi kommer fast. Og det er svært kan jeg høre. Det er rigtigt svært." (Medarbejdere i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

Medarbejderne i hjemmeplejen er de personer, der oftest kommer i borgernes hjem og derved ofte har mere viden om borgerne i deres hverdag, kender borgerne og deres personlighed og ved hvordan hverdagsrehabiliteringen lige skal vinkles før den falder i god jord. Men det kræver, at man som medarbejder kommer hos en borger kontinuerligt. For medarbejderne kan den manglende kontinuitet betyde et manglende overblik over og kendskab til forløbet samt en manglende motivation og et manglende ejerskab over borgernes hverdagsrehabiliteringsforløb. Når der kommer mange og skiftende medarbejdere hos borgerne er det ikke naturligt, at de føler ejerskab over og tager ansvar for forløbene. F.eks. som en visitator fra Thisted Kommune beskriver:

"Men det er også meget med, når der kommer syv forskellige, så føler ingen et ejerskab for det. Hvis der er tre hjælpere, der får lov til at være omkring en borger, så skal det nok også rykke, for så føler de et ejerskab. De begynder at føle, at det her skal de være med til for at det lykkes. Men er du der én gang hver anden måneden, så kan man næsten ikke forvente, at du skal føle et ejerskab for det. (…) Alle vil sikkert gøre det så godt som de kan, men har heller ikke altid de bedste odds at arbejde på." (Visitator, Thisted Kommune)

Derudover kan det være svært for medarbejderne at følge borgerens udvikling i funktionsevne eller motivation over tid og derfor ved de ikke nødvendigvis, hvilke krav der kan stilles til borgeren, hvor langt borgeren er kommet, og hvorvidt og hvordan der sket en bedring eller forværring i borgerens situation og funktionsevne. Nedenstående uddrag er igen fra interview med visitatorer i Thisted Kommune:

Visitator: "Men jeg synes simpelthen, at det er et kæmpe problem. Ville man virkelig lave god hverdagsrehabilitering og virkelig udvikle, så skal man have noget kontinuitet i dem, der kommer. For så ved de, hvad der skete i går og dagen før."

Visitator: "Og de ved hvor dårlig borgeren var i sidste uge, og nu kan de så se et kæmpe fremskridt."

Visitator: "Det er også noget, der motiverer borgeren. Når man kan se i sidste uge, at der var syv andre, der var der."

Visitator: "Ja, så er der ingen der føler ansvar for det. Det er et problem."

Visitator: "Hvis man er inde og kigge på en borger, som har haft besøg i én uge - der har måske været seks forskellige. Det er klart at den, der kommer om fredagen ikke ved, hvordan tingene så ud i mandags. Så hvis man spørger: "Hvordan går det? Kører tingene planmæssigt? Er der sket en forbedring ift. strømpepåtagning

eller ift. bad?" Så hører man ikke ret tit noget, fordi ingen ved det. Så siger hjemmeplejen, at det er første gang de er der: "Jeg var der i mandags, men det var ikke til bad." eller "Jeg har aldrig været ved hende før, så jeg ved ikke hvad jeg skal sammenligne med." Det kan man jo godt forstå. Det er helt fair." (Visitatorer, Thisted Kommune).

Medarbejdernes manglende overblik og mulighed for at følge borgeren over tid kan også betyde, at medarbejderne sjældent melder tilbage til terapeuter og visitatorer, hvis og når de ser en bedring eller en forværring i borgerens funktionsevne. Den manglende kontinuitet blandt hjemmeplejens medarbejdere har derfor også betydning for det tværfaglige samarbejde og kommunikationen mellem faggrupperne.

Samtidig kan det også være vanskeligt for medarbejdere i hjemmeplejen at insistere på en hverdagsrehabiliterende tilgang hos en borger, som giver udtryk for, at andre medarbejdere, som kommer hos borgeren, ikke stiller krav om og arbejder hen imod selvhjulpenhed hos borgeren, når der ikke er personkontinuitet i forløbene, men mange forskellige medarbejdere inde over.

"Jeg synes, at det er nemmest hvis man er den, der kommer mest ved borgeren. Jeg var ved en borger i dag som det måske er to måneder siden jeg var ved sidst. Og jeg beder ham om at barbere sig "Amen det plejer I godt nok at gøre", siger han "Ja! men hvis du barberer dig først, så kan jeg se…". Men det kan godt være lidt svært, hvis nu jeg så fornemmer, at hende som plejer at være der, at hun barberer ham. Og så kan han da heller ikke forstå. Så virker jeg bare doven. I hans øjne. Og det kan godt være lidt svært at stå og insistere på synes jeg!" (Medarbejder i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

Medarbejderne oplever, at dette kan skabe konflikt indbyrdes i medarbejdergruppen i hjemmeplejen, hvor nogle medarbejdere, som stiller krav til borgerens deltagelse og står med "hænderne på ryggen" opfattes som de "onde" medarbejdere, mens de medarbejdere, der i stedet arbejder kompenserende og gør tingene for borgerne, opfattes som de "gode" medarbejdere.

Medarbejder: "Der er jo lidt ved, at jeg udfører det hele for Hr. Jensen og så kommer du i morgen, og du er den faste, du bliver kaldt det ene og det andet, fordi det ville Karin den gang hun var der i går. Og hvorfor vil du så ikke idag? Og så har vi kontroversen mellem dig og mig. I stedet for at vi alle sammen kører på den fælles hammel. Så kan der godt komme nogle store kontroverser ud af det."

Medarbejder: "(…) Jamen jeg synes egentlig ikke, at vi døjer med at få visiteret tid til tingene. Det synes jeg faktisk ikke, at vi gør. Det er ikke det jeg oplever. Men det her med at os i gruppen, os der kommer hos de her mennesker, at vi er enige om, hvad der bliver lavet. Hvad er det borgeren kan selv, og hvad er det han eller hun skal have støtte til. Det er det jeg synes, der er meget vigtigt, at vi også får snakket om det, at vi arbejder fælles om det. For borgeren er heller ikke dummere, det må vi heller ikke gøre dem. For de ved godt hvem de kan få til hvad, og hvem de bestemt ikke kan få til det. "Og så kan vi bare vente til i morgen til Gerda kommer, for så ved jeg så vil hun hjælpe mig." (Medarbejdere i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

At medarbejderne i hjemmeplejen ikke arbejder tilstrækkeligt hverdagsrehabiliterende kan således til dels skyldes organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen, som ikke synes, at understøtte personkontinuitet i borgernes hverdagsrehabiliteringsforløb. Men derudover er tiden også en vigtig faktor, og travlhed i det daglige arbejde vurderes også at have betydning for medarbejdernes motivation og mulighed for at arbejde hverdagsrehabiliterende. I en presset tidsplan kan det være svært at arbejde hverdagsrehabiliterende, fordi hverdagsrehabilitering betyder, at der skal bruges mere tid hos den enkelte borger. Og er man presset på tid, er det ofte hurtigere at gøre det selv, dvs. at udføre kompenserende hjælp og pleje – ifølge interviewede medarbejdere,

gruppeledere og områdeleder i hjemmeplejen samt hverdagsrehabiliterende terapeuter – jf. de fem uddrag fra interviews nedenfor:

*"Fordi man har lyst til at hjælpe, hvis en [borger] lige har lidt svært ved at få den af og på så *swish* vi er jo lynende hurtige. Vi er jo vant til at skulle være lynenes hurtige. Man skal være god til at sige, så må det tage den tid det tager. Det tager jo længere tid."* (Medarbejder i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

"(…) Og det kan tage flere minutter for en borger selv at få lært at få knappet de der knapper i en skjorte, hvor man som medarbejder tænker, at jeg skal være det næste sted og så går man hen: Jeg knapper lige. Så der kan jo også godt være en overgang fra, hvor man er her til man når herhen til, hvor vi gerne vil, så er der faktisk også en periode, hvor det hedder mere tid. Og så når man står derude og så føler sig presset, så kan det være svært at have hænderne på ryggen. Og så tænker man lige: "Det ordner jeg lige!""." (Gruppeleder i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

"Ja, det er ligesom ved ungerne derhjemme. Hvis jeg har travlt om morgenen så snører jeg skoene og så videre. Men hvis jeg har god tid, så ved jeg godt, at det er vigtigt, at de selv får lært det og det kan jeg ligeså godt. Men det er klart, at hvis man har rigtigt travlt så - og det kan jeg sagtens forstå, vi har jo daglige handleplaner, hvor der står meget indgående om, hvordan man plejer der. Og der er beskrevet, at så gør borgeren selv. Det er ret minutiøst også for, at vores afløsere kan gå ind og gøre det. Der er sikkert nogen, der har skrevet det til os, men der er beskrevet, at borgeren vasker sig selv for oven og børster selv tænder og hår, og så får de hjælp til nedre regioner. Og det håber jeg da, at uanset hvor travl man er, at så er det udgangspunktet. Men, hvis man selv er rigtigt presset, hvis man godt ved, at fru. Jensen hun sidder og tripper, at så er det der nemt lige at sige " jeg reder lige dit hår mens du børster tænder""." (Områdeleder i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

" (…) Når vi gør det her [hverdagsrehabilitering], så tager det længere tid. Hvis du er bagefter i forvejen, hvad gør et alment menneske så? "Skal jeg blive her længere tid? Hvis jeg bliver her længere tid, så kan jeg ikke nå det, som jeg skal over hos den næste. Jeg ved alle de andre også er presset på tid." Det er en konstant udfordring i deres hverdag. Det er der hver eneste dag. Hvis jeg så lige gør det, så er vi hurtigere færdige og så går det ikke ud over den næste borger. Fordi hvis jeg hele tiden taber tre minutter ved hver borger, hvad kan jeg så nå hos de sidste to? Så kommer jeg for sent ind og overarbejder. Hvad sker der så? Lige pludselig bliver jeg skidt, fordi jeg arbejder for hårdt. Så jo, det er en konstant udfordring. Tidsfaktoren… Især hvis den ældre ikke helt kan det, som de kunne i går, og der er to af dem i stræk, så bliver vi presset. Hvad gør man så? Jeg håber... Når jeg siger håber, så bliver de jo også nødt til at tage vare på sig selv og passe på sig selv. Hvad gør de så? Skal man være over dem over det? Jeg synes også, at man skal være ordentlige ved dem. Jeg håber bare at de store hjerters klub… Jeg kan godt se, at det ikke altid er bedst for borgeren [at gøre tingene for borgeren], men nogle gange kan jeg godt føle med dem, når man bliver presset på tid. Så gør man det måske lidt mere smidig - kan man sige det sådan?" (Områdeleder i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

"Jeg oplever i hvert fald mange gange, at der også er en vis mængde frustration ude i hjemmeplejen. Bare det at vi er med [ude på besøg], så føler de "ej nu ryger tiden" og de får travlt. Og de tænker, at de har slet ikke tid til at være så lang tid hos den borger, fordi nu skal vi sætte en masse ting i gang og de skal videre og står og bliver utålmodige. Så er det lidt svært at komme videre, og så mister de også motivationen, og de har ikke den der tanke på, at hvis vi sætter det i verden nu, vi bruger den tid nu, så sparer vi faktisk tid fremadrettet. (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

Som citaterne giver udtryk for, kan oplevelsen af, at man ikke har tilstrækkelig tid til det hverdagsrehabiliterende arbejde påvirke medarbejdernes mulighed for men også motivation for at arbejde hverdagsrehabiliterende. For hverdagsrehabilitering tager tid, og er oplevelsen, at der ikke er afsat nok tid til en hverdagsrehabiliterende tilgang, må alternativet være en kompenserende tilgang. Men

ifølge hverdagsrehabiliterende terapeuter i Jammerbugt Kommune burde tiden ved hverdagsrehabilitering ikke have betydning, fordi der netop ved visiteringen til hverdagsrehabilitering er afsat ekstra tid sammenlignet med andre mere kompenserende ydelser:

"Fordi tiden den er bare ikke en faktor. Tiden for os er ikke en faktor, og vi prøver gang på gang at fortælle: "Tiden er ikke en faktor. Du har dobbelt op på tid ift. hvad man vil få i en normal pleje, fordi vi har træningspakker, der blev indvisiteret til formålet". Men alligevel så formår planlæggerne ikke altid at sætte den fornødne tid af, som vi rent faktisk har indvisiteret, og så falder den fra der, fordi sådan en som - nu har vi drøftet det flere gange - de har tiden til at holde hænderne på ryggen og være der til motivationsarbejdet, der nogle gange kræves lige præcis den dag. Og det der er så super frustrerende, det er forståelsen af, at det er godt givet ud, at vi rent faktisk bruger den ekstra tid, fordi om 14 dage kan det godt være, at jeg kun skal bruge 10 minutter her i stedet for 20 minutter i dag. (…) Men der er der jo noget igen, som er ude af vores hænder, for den tid vi visiterer, er så åbenbart ikke den samme tid som hjemmeplejen har ud fra deres... De har sådan et eller andet i spil med, at de får ikke fuld betaling for alle minutter. Og hvad det så er... Ja, et eller andet teknisk, som vi jo ikke rigtig kan... Det er svært for os at forstå, for vi visiterer for eksempelvis 40 minutter, og så ud fra deres, så har de måske kun 30 minutter, hvor de så siger, at de ikke får betaling for resten, som de selvfølgelig burde. Så der er jo et eller andet stort regnskab, som ikke går op. Så kan man jo kæmpe længe, kan man sige... Omkring tiden." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

I Thisted Kommune har medarbejderne i hjemmeplejen dog – og det giver flere medarbejdere også udtryk for – mulighed for at søge visitatorerne om mere tid hos den enkelte borger, hvis de finder det nødvendigt.

"Altså vi skal i hvert fald være rigtig gode til at søge mere tid hjem. Fordi vi er altså pressede i hverdagen så minutterne de skal saftsuseme altså passe." (Medarbejder i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

Men ansøgningen om mere tid skal ansøges skriftligt og fagligt begrundes, og det kan være svært; pga. manglende kontinuitet er man ikke fast medarbejder hos borgeren, medarbejderne mangler viden om, hvordan de skal begrunde og formulere sig for at ansøgningen går igennem, eller den skriftlige ansøgning bliver nedprioriteret i en travl hverdag – og sandsynligvis er det ikke den samme medarbejder, der kommer hos borgeren i morgen.

4.2.2.3 Behov for at styrke det tværfaglige samarbejde

Organiseringen af hverdagsrehabilitering i Jammerbugt og Thisted kommuner gør med den anvendte organisationsmodel, at alle medarbejdere og ikke kun nogle få skal arbejde hverdagsrehabiliterende – og som tovholdere på forløbene skal de hverdagsrehabiliterende terapeuter derfor samarbejde med mange medarbejdere. Opfattelsen er også, at samarbejdet mellem faggrupperne ikke er optimalt, hvilket kan have betydning for det udeblevne paradigmeskifte i hjemmeplejen. Opfattelsen er, at hvis samarbejdet mellem faggrupperne – ikke mindst samarbejdet med de hverdagsrehabiliterende terapeuter - blev styrket, ville det kunne styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang og tankegang i faggrupperne, først og fremmest blandt medarbejderne i hjemmeplejen.

Både interviewede visitatorer, hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen efterlyser et tættere tværfagligt samarbejde og sparring på tværs af faggrupper. Særligt udtrykker visitatorer og medarbejdere i hjemmeplejen interesse i at have et større og tættere samarbejde med de hverdagsrehabiliterende terapeuter, for på den måde at kunne styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang i de respektive medarbejdergrupper.

En styrket hverdagsrehabiliterende indsats og et tættere samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter og hjemmeplejen kan f.eks. ske ved enten afholdelsen af regelmæssige og systematiske tværfaglige møder, eller en reorganisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter decentralt i hjemmeplejegrupperne, som en mere radikal løsning, eller ved begge dele.

4.2.2.3.1 Regelmæssige og tværfaglige møder

En måde at styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen og samarbejdet mellem faggrupperne, bl.a. i hjemmeplejen via tæt kontakt og sparring med de hverdagsrehabiliterende terapeuter, er ved afholdelse af regelmæssige, målrettede og tværfaglige møder. Tværfaglige møder eller konferencer efterlyses i begge kommuner af både hverdagsrehabiliterende terapeuter, visitatorer og medarbejdere og gruppeledere i hjemmeplejen til at sikre et godt samarbejde mellem de forskellige faggrupper ifm. iværksættelse og gennemførelsen af de hverdagsrehabiliterende forløb. I begge kommuner har man da også tidligere haft en form for tværfaglige møder mellem medarbejderne i hjemmeplejen og de hverdagsrehabiliterende terapeuter.

I Thisted Kommune har man tidligere kørt med en form for tværfaglige møder, hvor medarbejderne i hjemmeplejen regelmæssigt mødtes med de hverdagsrehabiliterende terapeuter. Men med tiden er disse møder blevet nedprioriteret. I dag kommer en terapeut kun til hjemmeplejegruppernes gruppemøder en gang om måneden – og i en gruppe har det tværfaglige gruppemøde været sparet væk det seneste stykke tid, som sundheds- og ældrechefen beskriver:

"Altså der er nogle møder, der bliver afholdt ude i de teams mellem terapeuter og hjemmetrænere, men jeg har ikke overblik over, hvordan det egentlig fungerer og hvor hyppigt, eller om det fungerer godt. (…) På et tidspunkt var der et meget stort merforbrug i hjemmeplejen, hvor der virkelig blev strammet op på meget, og der ved jeg, at der var nogle af de møder, som simpelthen blev fjernet, fordi det var vigtigere, at folk var ude at køre..." (Sundheds- og ældrechef, Thisted Kommune)

På samme måde i Jammerbugt Kommune. Her har man også tidligere haft møder ude i hjemmeplejen mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter, visitatorer og medarbejdere. En visitators erfaring fra tidligere var dog, at møderne ofte var ustrukturerede, der manglende en god mødeledelse, møderne tog for lang tid og medarbejderne havde svært ved at se relevansen af møderne, mens en terapeut oplevede, at disse møder ikke blev prioriteret af hjemmeplejen og ofte mødte ingen medarbejdere op til møderne. Møderne endte derfor til sidst med at blive udfaset.

"Vi startede VBÆ med at have... Nu kan jeg ikke huske hvad det hed... Men møder ude i hjemmeplejen, hvor vi tre dage forinden sendte advis ud til hjemmeplejen 'vi har p.t. de her borgere i VBÆ-forløb, og vi kommer i grupperum det og det, den her dag klokken 'det'. Vil du møde op? Du møde op? Du møde op?'. Det er dem, der er tilknyttet borgeren. Det gjorde vi i starten. Det faldt også til jorden, fordi vi oplevede at vi sad to terapeuter og ventede på de medarbejdere. Det blev ikke prioriteret, enten fordi man ikke havde tid eller fordi man ikke havde overskud eller fordi man ikke syntes, at det var relevant. Hvad ved jeg? Men der hvor det gik rigtig godt, var der hvor vi fik en god snak om 'hvordan går det?', 'hvad er udfordringerne nu?', 'jamen han kan simpelthen ikke det der', 'han vil bare ikke lade være med at drikke de fire bajere om dagen', 'nå okay, hvordan griber vi så det an?'. Igen skal vi jo i høj grad være med til at facilitere: 'Nå hvem skal vi så have fat i? Hvem skal vi så trække ind ift. at få råd og vejledning?'. Vi ved jo som terapeuter heller ikke alt. Vi er nødt til at udnytte, at vi har en helt masse kompetencer rundt i denne kommune som vi skal trække på - som vi også skal blive endnu bedre til at trække på." (…) "Fordi det fungerede rigtig godt der hvor vi havde møderne, hvor folk mødte op og rent faktisk gad det. Der fungerede det godt og vi kom videre i en anden retning. Men det blev simpelthen udfaset, fordi vi brugte for meget tid på, at der simpelthen ikke var nogle, der kom." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

Alle faggrupper ønsker disse tværfaglige møder indført igen og argumenterer for det potentielle udbytte af disse tværfaglige møder; Møderne kan give mulighed for at dele viden, kompetencer og erfaring mellem faggrupperne, de kan give mulighed for sparring og fælles forståelse, og møderne kan være med til at understøtte arbejdet med det fælles mål og koordinering i forhold hertil. Derudover bliver bare det at mødes ansigt-til-ansigt set som betydningsfuldt, fordi det styrker kendskabet og forståelsen til hinanden – som i sidste ende styrker samarbejdet. Samtidig kan møderne lette samarbejdet og kommunikationen, idet alt kommunikation mellem faggrupperne ikke behøver at foregå elektronisk.

"Jeg vil sige, at man sad omkring et bord… Dialog faggrupper imellem. Ansigt til ansigt. Dem der har noget med den borger at gøre ift., hvad er det for noget vi arbejder med, og hvad er vigtigst for borgeren. Og at vi ser hinanden i øjnene, og det er det vi aftaler. Det synes jeg kunne være rigtigt vigtigt. Og det bliver skrevet ned. Det vi bliver enige om. Det er vigtigt. Så alle kan se det. Hvad der er blevet sagt og hvem der gør hvad lige nøjagtigt. Præcis. Det ville være rigtigt godt" (Medarbejder i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune)

"Bare det at vi ser dem, jeg ved godt, at det bare er en time om ugen, men det betyder rigtig meget, for du vender nogle andre ting, end når du skriver om ting. Det giver bare nogle andre ting. Og der kommer også nogle andre ting med. Sådan lige de der 'hovsa, jamen det kunne egentlig også være'. Det kommer der bare ikke, når du sidder og skriver hele tiden." (Gruppeleder i hjemmeplejen, Jammerbugt Kommune).

Faggrupperne efterspørger således mødefora, hvor de kan mødes ansigt-til-ansigt og bl.a. drøfte de forskellige hverdagsrehabiliterende forløb. Men indføres møderne igen er kravet fra medarbejderne, at møderne fremover skal være velstrukturerede, målrettede og systematiserede[11], samtidig med at møderne skal prioriteres af alle – og ikke mindst fra ledelsens side.

I Thisted Kommune er områdeleder af og gruppeledere i hjemmeplejen også interesseret i og kan se fordelene ved afholdelse af disse møder. Men de giver samtidig udtryk for, at rammerne for hverdagsrehabilitering ikke er optimale, hvor møderne kan opfattes som spildtid i et meget effektiviseret system – ikke fordi møderne er ustrukturerede men pga. den model, som hjemmeplejen afregnes og styres efter – en aktivitetsbaseret afregnings- og økonomistyringsmodel, hvor hjemmeplejen tilføres ressourcer på baggrund af de aktiviteter som udføres. Men hjemmeplejens tværfaglige møder med hverdagsrehabiliterende terapeuter ses ikke som en del af driften, og de tæller derfor ikke som en aktivitet, som hjemmeplejen bliver afregnet for – og i Thisted Kommune har møderne derfor i flere hjemmeplejegrupper i en periode været reduceret eller sparet helt væk, som både hhv. sundheds- og ældrechef, områdeleder og gruppeledere i hjemmeplejen giver udtryk for nedenfor:

[11] På undersøgelsestidspunktet var der i Thisted Kommune planlagt et forløb i samarbejde Marselisborg Centret om at få undersøgt og justeret organiseringen af hverdagsrehabilitering, bl.a. ved at få skabt en ensartethed på tværs af hjemmeplejegrupperne, og ved at få formaliseret og systematiseret arbejdsgange og arbejdsdelingen ift. hvem gør hvad og hvornår?

"(…) *[D]et er jo noget vi drøfter meget generelt, den der med, hvordan er det man får både en kultur - som det jo rigtig meget er det her - og noget viden og noget samarbejde ud i en hverdag, som skal køres super, super effektivt og hvor mødetid - den der tid, hvor vi sidder og har den der lidt frie drøftelse - er svær at putte ind i en BUM-model. Det giver da udfordringer."* (Sundheds- og ældrechef, Thisted Kommune).

"(…) Så har der været ekstremt mange besparelser på vores område som gør, at den der tid til at mødes, at den er der ikke ret meget. Altså det er meget med at man skal være effektiv. Altså man skal møde ind og så skal man ud og tjene nogle penge, fordi det er jo når hjælperen og assistenten leverer ydelsen, det er jo der pengene ruller ind. Så snart de sætter sig ned, så skal de have en løn, men jeg får ikke nogen indtægt. Men den afregning vi får, den er beregnet ud fra os selv af, hvad jeg nær havde sagt. Så hvis vi bare bliver mere og mere effektive, så får vi færre og færre penge. Så det vi ligesom har aftalt er, at nu har vi virkelig slanket ind og fundet og vendt og nu kører det. (…) Altså det [hverdagsrehabilitering] er jo en investering kan man sige. Noget af det der skal til, det er også noget af det økonomiske. Hvis vi nu skal sætte nogen på kursus i rehabilitering, så skal vi betale deres løn og vi skal betale kursusafgift. Vi får godt nok en godtgørelse, men det er en udgift for os. Og der mener jeg jo, at visitationen skal på banen, fordi det her er faktisk en investering i en fremtid med besparelser. Så de skal hjælpe os. Fordi vi bliver lidt straffet. Fordi ligeså snart vi kører hårdt på med det her, så mister vi vores ydelser, som er vores levegrundlag. Det er noget, der ligger overordnet. (…) Så der skal vi have en afklaring af, hvem betaler når vi sætter os ned og har et møde. Og lad os bare sige at ugemøderne har en overskrift, der hedder rehabilitering, fordi det ville være så oplagt, hvem betaler det så? (…) Fordi jeg sidder med pengekassen, så der kan jeg jo godt se, at det her det skyder mig selv i foden på en eller anden måde. Derfor mener jeg stadig, at vi skal gøre det og det er det eneste rigtige, men jeg mener, at vi skal have en medfinansiering fra visitationen af. Fordi det er dem… Vi har altid haft et koncept der siger, at dem, der sparer, betaler. (…) Besparelsen plejer at lyde rigtig positiv, men her ligger besparelsen hos visitationen. Vi oplever bare, at vi får færre ydelser, og jo færre ydelser vi har jo svære kan det være at få planerne til at hænge sammen." (Områdeleder af hjemmeplejen, Thisted Kommune).

Gruppeleder: "Der er ingen tvivl om, at vi gerne vil holde alle de møder der kunne være, og vi gerne ville have alle de medarbejdere med i det, og inddrage dem - men hvem skal betale? Det er jo lidt der vi står. Har jeg 10 medarbejdere på arbejde i otte timer en dag, det er 80 timer jeg har. Jeg skal jo helst have penge i alle de timer, og det får jeg altså kun når de udfører visiterede opgaver. Jeg får ikke for et møde med en hverdags-træningsterapeut. Alle de der ekstra ting, det får jeg ikke for. Så der skal vi finde et eller andet sted at få pengene fra. Og det er også mange gange der den strander, så det bliver altså skåret ind til et absolut minimum indimellem."

Gruppeleder: "(…) Det er jo tid der ligger et eller andet sted i ingenmandsland, som vi sponserer, men vi får ingen indtægt herfor. Og der skal du jo tænke på, at der er hverdagsrehabilitering jo kun en brøkdel af alle de ting, der foregår. Der er jo speciale inden for palliation, inden for sår, og nogle der har interessegrupper inden for psykiatri, og alle de der ting skal jo have tid til at være i det. Og det er også opgaver som vi heller ikke får betaling for. Så det er ofte en underskudsforretning: Jo mere godt vi vil gøre, jo mere er vi "på røven"."

Gruppeleder: "Jeg tror da ikke, at alle de der tilvalg, som vi skal have ind i vores hverdag, og som vi skal bruge noget krudt på - der er ingen tvivl om, at det vil vi da gerne alle sammen. Men det er igen det der med, hvem skal have det der økonomiske ansvar ift.…? Det er jo ikke fordi vi ikke vil, men det er det der med, der er bare den der økonomiske del. Og hvor er det vi finder det henne?" (Gruppeledere i hjemmeplejen, Thisted Kommune).

Afholdelsen af evt. tværfaglige møder bliver derfor i Thisted Kommune noget som hjemmeplejen betaler "af egen lomme" og derfor kan mangle et incitament til at afholde disse møder[12]. Fokus bliver derfor også på de aktiviteter, som hjemmeplejen bliver afregnet for – dvs. fokus på at køre ud til borgerne og i mindre grad på tværfagligt samarbejde og koordinering i form af møder.

I hverdagsrehabilitering er tværfagligheden alfa og omega – men i begge kommuner er det ikke systematiseret, hvordan de forskellige fagligheder mødes ift. at arbejde tværfagligt, f.eks. til tværfaglige møder eller konferencer. Alle faggrupper efterspørger en struktureret mulighed for at mødes regelmæssigt og drøfte borgere, sparring mv. Men møderne er enten ikkeeksisterende eller ustrukturerede. I Thisted Kommune er de tværfaglige møder/gruppemøder i nogle grupper hjemmeplejen tidligere fraprioriteret, fordi møder - pga. en aktivitetsbaseret afregningsmodel i hjemmeplejen – opfattes som ineffektive og som spildtid.

4.2.2.3.2 Organisatorisk og fysisk placering af terapeuterne

En anden og mere radikal måde at forsøge at styrke det tværfaglige samarbejde og den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen qua et tættere samarbejde med de hverdagsrehabiliterende terapeuter på, er ved en alternativ organisationsmodel, hvor terapeuterne i højere grad integreres i hjemmeplejen, end det er tilfældet med den på undersøgelsestidspunktet anvendte model i begge kommuner, hvor terapeuterne er centralt organiseret og placeret i enten myndighedsafdeling eller træningsafdeling. En alternativ model kan således være en reorganisering til en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter direkte i hjemmeplejen, som på undersøgelsestidspunktet blev drøftet og overvejet i Jammerbugt Kommune.

De hverdagsrehabiliterende terapeuter spiller en central rolle i den hverdagsrehabiliterende indsats. Terapeuters faglighed og fagidentitet i almindelighed er bygget op omkring at gøre borgeren selvhjulpen – en tankegang, som også er iboende og grundlæggende i den hverdagsrehabiliterende tilgang og paradigme. Ofte fungerer terapeuter også som "motor" og tovholder for den tværfaglige hverdagsrehabiliterende indsats. Spørgsmålet om, hvor og hvordan disse hverdagsrehabiliterende terapeuter er organiseret – så alle andre medarbejdere får det bedste udbytte af dem og for at det tværfaglige samarbejde har de bedste betingelser – er derfor centralt.

I afsnit 4.1 så vi, at i Jammerbugt og Thisted kommuner er terapeuterne placeret centralt enten i myndighedsafdelingen som i Jammerbugt Kommune eller i kommunens træningsafdeling som i Thisted Kommune. Men som det fremgik af litteratur reviewet findes der flere måder, hvorpå terapeuterne kan organiseres, f.eks. decentralt i hjemmeplejen, som opleves som en model, der kan medvirke til at styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen. Netop den centrale organisatoriske forankring af terapeuterne kan opleves som en udfordring, særligt ift. at få hverdagsrehabiliteringstankegangen spredt og forankret blandt medarbejderne i hjemmeplejen.

---

[12] I Jammerbugt Kommune sker afregningen af møder som afholdes i forbindelse med borgerforløb som en del af timeprisen.

I analysen af interviewmaterialet fra de to kommuner er en række fordele og ulemper ved hhv. en central og decentral organisering af terapeuterne blevet identificeret, som de opleves af de forskellige interessenter rundt omkring den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner. Disse oplevede fordele og ulemper præsenteres neden for ift. hhv. en central placering, som den nuværende eller decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, som et muligt alternativ. Den tredje model eller alternativ - hverdagsrehabiliteringsteam – er i interviewene ikke blevet diskuteret.

4.2.2.3.2.1 Central placering

I Jammerbugt Kommune er de hverdagsrehabiliterende terapeuter, som nævnt, ansat centralt i myndighedsafdelingen samtidig med at de har fysisk lokalefællesskab med visitatorerne. Ifølge både visitatorer og de hverdagsrehabiliterende terapeuter har særligt den fysiske placering af terapeuterne blandt visitatorerne stor betydning for samarbejdet. Visitatorerne oplever, at de profiterer meget af muligheden for den tætte daglige kontakt med terapeuterne både ift. kommunikation og sparring omkring borgernes hverdagsrehabiliteringsforløb.

"Det er guld! Synes jeg. (…) Fordi vi får den tætte dialog allerede fra start. (…) Så for mig ville de være et kæmpe tab, hvis ikke at jeg havde dem lige ved siden af" (Visitator, Jammerbugt Kommune).

Terapeuterne derimod lægger vægt på fordelen i, at de sidder centralt og sammen som faggruppe og ikke spredt ud over hjemmeplejens grupper. At de sidder sammen til dagligt giver dem mulighed for daglig faglig sparring indbyrdes. Som terapeuter har de forskellige kompetencer og erfaringer, og de kan ved daglig mono-faglig sparring supplere hinanden godt. De kan give hinanden nogle faglige indspark og trække på hinandens forskellige kompetencer.

Med hensyn til en anden central placering af terapeuterne i en træningsafdeling – som i Thisted Kommune – ses det primært som en fordel ift. terapeuternes mulighed for mono-faglig sparring med andre terapeuter i træningsafdelingen samt ift. rekrutteringen af hverdagsrehabiliterende terapeuter, som opleves at være nemmere, fordi der i netop trænings- og rehabiliteringsafdelingen kan tilbydes et stærk fagligt miljø og læringsmiljø terapeuterne imellem.

Organiseringen af hverdagsrehabilitering i Thisted Kommune med de hverdagsrehabiliterende terapeuters forankring i netop kommunens træningssektion har været en helt bevidst strategi med fokus på at styrke og sikre en høj terapeutfaglighed:

"Det har jo været en kongstanke helt fra starten af, at de [hverdagsrehabiliterende terapeuter] skulle være organiseret i træningssektionen, simpelthen for hele tiden at have mulighed for den faglige sparring ind i det faglige miljø, der er der." (Sundheds- og ældrechef, Thisted Kommune).

For få år tilbage lavede man dog i Thisted Kommune et forsøg med at flytte de hverdagsrehabiliterende terapeuter nærmere visitatorerne, hvor de for en periode sad i samme bygning som visitatorerne i myndighedsafdelingen. Oplevelsen var, at de to faggrupper kunne lære meget af hinanden, at det skabte en bedre dialog og kommunikation omkring borgerne og bedre mulighed for at løse hverdagsrehabiliteringsopgaven, som eksempelvis en visitator i Thisted Kommune forklarer:

" (…) Vejen er jo ikke ret lang, når man sidder i samme rum. Det kan godt være at man sidder i den anden ende af rummet, men der er så mange ting, som glider lettere. Selvom det med advis og sådan nogle ting, det skal vi også skrive, fordi det er noget med dokumentation, det er ikke for at det bliver udelukket. Jeg tror bare vejen var kortere. Sådan føltes det i hvert fald." (Visitator, Thisted Kommune).

Ulempen var dog, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter oplevede, at de var for langt væk fra de øvrige terapeuter, og at de derfor manglede den faglige sparring og det stærke terapeutfaglige

miljø. Ifølge lederen af kommunens trænings- og rehabiliteringsafdeling påvirkede dette terapeuternes faglighed negativt, i og med at det var vanskeligt at være opdateret på den nyeste viden om regler, regimer og arbejdsmetoder inden for de enkelte specialområder. Sundheds- og ældrechefen i Thisted Kommune giver udtryk for samme udfordring:

"Når jeg taler med træningsområdet, så siger de jo: "Jamen det går så stærkt med, hvad der kommer af retningslinjer for, hvordan man forholder sig til forskellige problematikker rundt omkring i gruppen", og hvis ikke man er i et fagligt miljø, hvor man får den viden hele tiden, så kommer man bagud." (Sundheds- og ældrechef, Thisted Kommune).

Organisering i både Jammerbugt og Thisted kommuner indebærer dog også andre udfordringer, som bliver påpeget under interviewene; dels at de hverdagsrehabiliterende terapeuter har ansvar for andre opgaver foruden hverdagsrehabilitering (de har flere forskellige kasketter på), hvilket bl.a. har som konsekvens, at der opstår ventetid på hverdagsrehabiliteringsforløb.

4.2.2.3.2.1.1 De hverdagsrehabiliterende terapeuterne har forskellige "kasketter" på

Da hverdagsrehabilitering var i sin projektfase varetog de hverdagsrehabiliterende terapeuter i begge kommuner udelukkende opgaver i relation til hverdagsrehabilitering. Efter hverdagsrehabilitering går fra projekt til drift, ser det anderledes ud. I og med at terapeuterne er centralt forankret, og ikke er organiseret som en udskilt specialenhed udelukkende med fokus på hverdagsrehabilitering, kommer de hverdagsrehabiliterende terapeuter til at varetage andre opgaver, som indgår som del i den afdeling, hvor de er ansat centralt, hhv. myndighed og træning. For disse terapeuter er hverdagsrehabilitering i princippet deres primære arbejdsområdet, men i begge kommuner varetager de hverdagsrehabiliterende terapeuter således også andre opgaver end udelukkende hverdagsrehabiliteringsforløb. Eksempelvis laver de genoptræningsplaner (GOP'er) ved udskrivelse fra sygehus, varetager genoptræning efter Sundhedslovens § 140 og Servicelovens § 86. Terapeuterne tager derved del i de øvrige opgaver i den afdeling de er ansat i. Logistisk er dette en fordel pga. kommunens udstrakte geografi og medarbejdernes vejtid. Samtidig giver det mulighed for kontinuitet og sammenhæng set fra borgernes perspektiv, idet terapeuterne kan varetage forskellige terapeutiske opgaver hos den samme borger, og at det derfor ikke er nødvendigt at flere forskellige terapeuter skal ind over hos den samme borger.

De hverdagsrehabiliterende terapeuter i Thisted Kommune beskriver, at de har "mange kasketter på", men at risikoen er, at de andre opgaver - f.eks. arbejdet med genoptræningsplanerne (GOP) fra borgernes udskrivelse fra sygehus – gør at arbejdet med hverdagsrehabilitering nedprioriteres og tilsidesættes. "*Timer til hverdagstræning drukner i GOP'er"*, som en hverdagsrehabiliterende terapeut fra Thisted Kommune udtaler. At de hverdagsrehabiliterende terapeuter varetager andre opgaver kan således betyde en risiko for, at terapeuterne mister fokusset på hverdagsrehabilitering og at hverdagsrehabilitering nedprioriteres i det daglige arbejde.

4.2.2.3.2.1.2 Ventetid på hverdagsrehabiliteringsforløb

En afledt konsekvens af terapeuternes forskellige kasketter og en evt. nedprioritering af hverdagsrehabiliteringsopgaver som følge heraf kan videre være, at der bliver forholdsvis lang ventetid på besøg af terapeuterne ved hverdagsrehabiliteringsforløb – en udfordring som særligt ses i Jammerbugt Kommune, hvor der på undersøgelsestidspunktet berettes om to til tre ugers ventetid. Ventetiden på besøg fra en hverdagsrehabiliterende terapeut og igangsættelsen af et hverdagsrehabiliteringsforløb opleves som særligt problematisk fordi borgerne i den mellemliggende periode opleves

at modtage en kompenserende hjælp fra hjemmeplejen i stedet for en aktiverende indsats. Modtagelsen af den kompenserende hjælp i den mellemliggende periode opleves at skabe et behov hos borgeren og en bestemt forventning til den indsats, der efterfølgende bliver leveret. Jo mere borgeren har vænnet sig til og tilpasset sig situationen, jo sværere kan det være at skabe motivation for forandring, lyder det fra Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2014). Samtidig kan der skabes en relation mellem medarbejder i hjemmeplejen og borgeren, som kan gøre det vanskeligt for medarbejderen i hjemmeplejen at begynde at stille krav om selvhjulpenhed:

"Man kan sige, at noget af det vi kunne blive bedre til, altså, det kunne være rart det der med at vi skal hurtigere ud. Fordi vi tit oplever, at når vi kommer ud efter to uger, altså de har været hjemme i 2 uger fra sygehuset f.eks. og modtaget hjælp, som vi har sat i gang og så kommer vi først ud efter to uger, nogen gange tre, så er der altså opstået et eller andet behov fra plejen af eller relationen i mellem en borger og så er det svært at begynde at pille ved det. Det er i hvert fald det jeg oplever. At så er der et eller andet. Det er svært at få det pillet af igen." (Visitator, Jammerbugt Kommune).

Ventetiden på hverdagsrehabiliteringsforløb opleves således som problematisk, og der er et ønske om, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter kommer hurtigere ud og at de hverdagsrehabiliterende indsatser startes hurtigere op. Visitatorerne giver bl.a. udtryk for, at medarbejderne i hjemmeplejen afventer, at der bliver taget beslutning om og igangsat et hverdagsrehabiliteringsforløb og i denne periode derfor arbejder kompenserende.

"Vi starter altid med 83, som hjemmeplejen desværre tolker som kompenserende og så er det, at vi har nogle meget søde piger, som er meget servicemindet og så er det, at der opstår nogle behov, som måske ikke engang ligger over i [§] 83. Altså nogle ydelser som vi ikke engang kan visitere, oplever jeg også nogle gange. Og så er det op ad bakke." (Visitatorer, Jammerbugt Kommune).

I stedet burde hverdagsrehabilitering være tilgangen uanset om borgeren senere bliver visteret til hverdagsrehabilitering eller kompenserende hjælp og pleje. Tankegangen bør præge tilgangen og arbejdsmetoden automatisk og helt fra starten af.

"(…) fremadrettet har vi også en opgave i, at få snakket med vores hjemmepleje om, at hverdagsrehabilitering er jo ikke kun [§] 83a, den ligger altså også i [§] 83. At der skal de altså være obs på hjælp-til-selvhjælp. Fordi det har vi jo også snakket om, at det er konsekvensen af at [§] 83a er kommet på markedet." (Visitatorer, Jammerbugt Kommune).

Visitatorerne i Jammerbugt Kommune har hørt erfaringer fra visitatorer i andre kommuner omkring organiseringen af hverdagsrehabilitering, f.eks. fra Tønder Kommune. I Jammerbugt Kommune er hverdagsrehabilitering et tilbud og som udgangspunkt leveres pleje efter §83 og først efterfølgende vurderes borgerens potentiale for hverdagsrehabilitering efter §83a – hvilket bl.a. kan medvirke til den lange ventetid. I andre kommuner har man vendt det på hovedet. Her starter man automatisk op med §83a og tilpasser og vurderer først senere om det i stedet skal være ydelser efter §83.

Men ifølge visitatorerne kan ventetiden også skyldes visitatorerne selv og de ressourcer de har til rådighed til at behandle ansøgninger om hjælp fra borgerne, og her er oplevelsen også at hverdagsrehabilitering bliver nedprioriteret.

Visitator: "Det er sådan måde vi har.. vi har.. man kan sige at det er sådan en triagering[13]. Hvad for nogle henvendelser… der er røde, gule og grønne, og de grønne det er så dem, hvor vi har en sagsbehandlingstid på en til to uger og lige p.t. op til tre uger, og lidt mere måske... Og så går det ellers ned ad, hvor rød det er en til tre dage, hvor vi skal reagere hurtigt. Og der ligger VBÆ-hjemmetræningen. Den ligger som grøn. Sådan som det er lige nu. (…)."

Visitator: "Men det er vel også et spørgsmål om visitator ressourcer?"

Visitator: "Ja, det vil jeg også sige, at det er et spørgsmål om ressourcerne i afdelingen. Vi bliver nødt til at prioritere." (Visitatorer, Jammerbugt Kommune).

Ventetiden på hverdagsrehabiliteringsforløb som følge af en nedprioritering – både i sagsbehandlingen ved visitatorerne og ved besøg fra de hverdagsrehabiliterende terapeuter – kan således godt være en udfordring ift. den hverdagsrehabiliterende tilgang – en tilgang, der netop vægtlægger den tidlige indsats (se f.eks. afsnit 3.1.1 om begrebsdefinition). Også borgerne, f.eks. Bent – se tekstboks 7 nedenfor – oplever ventetiden som en udfordring.

Tekstboks 7. Borgereksempel

Bent, som efter en sygehusindlæggelse - hvor lægerne fandt bodpropper i begge hans ben - har varigt brug for kompressionsstrømper. Alt i alt har Bent været tilfreds med sit hverdagsrehabiliteringsforløb, hvor han ved hjælp fra en hverdagsrehabiliterende terapeut og en fast medarbejder i hjemmeplejen er blevet oplært i brug af hjælpemiddel til på- og aftagning af støttestrømper – se også tekstboks 2 og 6.

Bent er dog utilfreds med, at forløbet har været langstrakt og ikke ordentligt koordineret. *"Det har været et langt og kedeligt forløb"*, som Bent skildrer det. Bent bliver udskrevet fra sygehuset ultimo maj måned og med fra sygehuset fik han ét par støttestrømper. Herefter ønsker han at søge Jammerbugt Kommune om endnu et par støttestrømpe, så han har noget at skifte imellem. Midt i juni får har besked fra terapeuten om, at hun bestiller et ekstra par støttestrømper, midt i juli får han besked om, at de er bevilliget, men at der først er tid til at tage mål i slutningen af august, og primo september, hvor interviewet med Bent blev gennemført, har Bent endnu ikke modtaget de bevilligede støttestrømper.

Bent: "Men når jeg kommer til støttestrømper så er jeg godt nok utilfreds. Fordi jeg fik et par oppe i Hjørring på sygehuset og da jeg så kom hjem... Jeg skulle vaske dem hver anden dag, så var der nogen der sagde "du skal da have to par". Så snakkede jeg med ergoterapeuten, tror jeg. Hun sagde: "Jamen det kan du godt, du skal bare kontakte din læge så kontakter hun kommunen". Nå, ja men det var fint. Så skulle jeg ind til lægen, og så sagde jeg til lægen, at jeg gerne ville have et par strømper mere. Så sagde hun: Nej, det var ikke hende, det var kommunen, der skulle søge om det og så skrive til hende og bede om informationer om hvorfor. Så

[13] En sortering og prioritering i sundhedssektoren, bl.a. ved tildeling af bestemte farvekoder til de patienter der bør behandles først.

gik der tid med det. Og så sørgede ergoterapeuten for at det blev bestilt en gang midt i juni. Og midt i juli fik jeg besked på at det var bevilliget."

Interviewer: Okay, en måned efter?

Bent: "Men ved du hvornår jeg blev målt? I mandags. Så der er gået flere måneder. Og den ene strømpe den gik i stykker en morgen jeg skulle tage den på. Så ringede jeg til hjemmesygeplejersken, og hun sagde at hun ville sende en der skulle komme og kigge på hvad det var for en. Jeg sagde, at jeg havde æsken oppe fra Hjørring, den har jeg liggende. Hun kunne se hvad det var for noget. Hun kom så og hun kiggede, og næste morgen kom hun med et par strømper. Det er de hvide der ligger dernede. Der er ingen støtte i eller noget som helst. Jeg har brugt dem den ene dag der. Og bare det at jeg tog dem på gik der hul i tåen. Så dem smed jeg bare og så har jeg ikke brugt nogen siden."

En ventetid på hverdagsrehabiliteringsforløb kan dog også have positive konsekvenser, f.eks. som en visitator beskriver, at borgerne i perioden, hvor de egentlig går og venter på visitering til og igangsættelse af et hverdagsrehabiliterende forløb, faktisk ofte bliver selvhjulpne selv eller ved hjælp af medarbejdere i hjemmeplejen.

"Omvendt så tror jeg også nogen gange, at det kan være fint nok at vente de der 14 dage. Fordi jeg oplever da flere gange, at borgeren så næsten er selvhjulpen, når så jeg kommer efter de 14 dage. Frem for, at vi sætter massive ressourcer på i starten ved noget de egentlig selv kan klare." (Visitator, Jammerbugt Kommune).

4.2.2.3.2.2 Decentral placering

Som det blev beskrevet i afsnit 4.2.2 ovenfor opleves det som en udfordring, at der ikke er sket den nødvendige kulturændring i hjemmeplejen, hvor den hverdagsrehabiliterende tilgang stadig ikke er slået tilstrækkeligt igennem i praksis i hjemmeplejen. En mulig løsning – som det opleves af flere af de interviewede faggrupper – er at placere de hverdagsrehabiliterende terapeuter tættere på hjemmeplejen, f.eks. med en decentral placering af terapeuterne ude i hjemmeplejen, og her er en decentral fysisk placering afgørende. Både interviewede visitatorer, hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen forestiller sig, at det vil styrke samarbejdet mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen, og at terapeuternes tilstedeværelse og aktiverende tilgang vil have en afsmittende effekt på kulturen og tilgangen i hjemmeplejen, samt at fokusset på hverdagsrehabilitering derfor vil blive styrket. Konsekvensen af en decentral placering af terapeuterne forestiller man sig er, at det vil udbrede og sprede den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen, så den nødvendige kulturændring kan finde sted. Som Sundheds- og ældrechefen i Thisted Kommune forklarer:

"Der er en eller anden kultur, der skal flyttes på ift., hvad der er den gode pleje, som du siger. Og hvordan gør man det, når nu man ser hinanden så lidt? Man kan sige, at det er nemmere at påvirke en kultur, hvis man går tættere op og ned af hinanden." (Sundheds- og ældrechef, Thisted Kommune).

På undersøgelsestidspunktet er forestillingen om en decentral placering af terapeuterne i hjemmeplejen i Jammerbugt Kommune særlig aktuel. Sundheds- og seniorchefen i Jammerbugt Kommune har tidligere luftet tanken om en organisationsændring ift. placeringen af de hverdagsrehabiliterende terapeuter. F.eks. forestiller sundheds- og seniorchefen sig en model med en højere grad af integration af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i hjemmeplejen, hvor terapeuterne dagligt har fremmøde i hjemmeplejegrupperne, og hvor der ideelt set er både en ergo- og en fysioterapeut tilknyttet hver hjemmeplejegruppe. Det vil ifølge sundheds- og seniorchefen give et andet afsæt og fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen, fordi det vil bringe den hverdagsrehabiliterende

tilgang tættere på hverdagspraksis. Og hun står ikke alene med dette perspektiv. Også visitatorer samt gruppeledere og medarbejdere i hjemmeplejen i Jammerbugt Kommune kan se fordelen i, at terapeuterne netop sidder tæt på hjemmeplejen i dagligdagen, idet det vil skabe mulighed for et bedre samarbejde samt forbedre den tværfaglige kontakt, kommunikation og koordination faggrupperne imellem.

"Visitator: Altså fordi vi glemmer vores leverandører i det her. Og jeg tænker, hvis vi skal optimere på rehabiliteringen så skal vi have dem med, i et eller andet omfang. Sådan at de er med til at lave en holdningsændring eller hvad det nu måtte være. Sådan at vi er med og det her det er altså et team, det er altså et samarbejde vi skal have til at fungere… sammen med borgeren. Men hvordan man sådan lige kan strikke det sammen, det kan jeg ikke sådan lige... Om vi skal ud i grupperne eller.

Visitator: (…) Jeg er fuldstændig enig. Det gav god mening for os [at terapeuterne er placeret blandt visitatorerne i myndighedsafdelingen], men hvis vi skal komme i mål med det vi lige har siddet og sagt - at vi har frustrationer omkring [manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen], så hører VBÆ til ude i grupperne. Det gør de. (Visitatorer, Jammerbugt Kommune)

Selvom visitatorerne i Jammerbugt Kommune sætter pris på den nære kontakt og det nære samarbejde med terapeuterne som de har (se ovenfor) – qua terapeuternes placering i myndighedsafdelingen – kan de således også se en fordel i eller se det som ligefrem en nødvendighed, at terapeuterne kommer tættere på medarbejderne i hjemmeplejen.

I modsætning hertil står de hverdagsrehabiliterende terapeuter. Terapeuterne ser i stedet flere ulemper end fordele ved at være placeret decentralt i hjemmeplejegrupperne. Bl.a. vil de, hvis de sad ude i hjemmeplejegrupperne, mangle den mono-faglige sparring, som de kan have med deres terapeutkollegaer – på samme måde som terapeuterne i Thisted Kommune giver udtryk for (se ovenfor). De hverdagsrehabiliterende terapeuter argumenterer for, at det vil være vanskeligt at opretholde en faglighed og identitet som terapeut ude blandt sosu-medarbejderne.

"Igen, det der med, at det er hårdt at stå derude alene, fordi de er så mange og hvis vi kun er os selv, så er vi én person. Og der er sådan rimelig stor modstand i forvejen. Så er det altså en tung opgave." (Hverdagsrehabiliterende terapeut, Jammerbugt Kommune).

Terapeuterne frygter, at deres faglighed vil komme under pres ude i hjemmeplejegrupperne, og at terapeuterne vil blive påvirket af tankegangen i hjemmeplejen så de med tiden i højere grad vil komme til at arbejde og tænke ligesom hjemmeplejen, dvs. i højere grad kompenserende end aktiverende og hverdagsrehabiliterende.

"Terapeut: "(…) Jeg vil mangle mine kollegaerne i det daglige rent personligt, hvis ikke jeg havde den daglige faglige sparring, og jeg vil også nogle gange have brug for lige at sige "for hulen, hvorfor kan hun ikke arbejde efter den målsætning vi så tit har snakket om?". Det bliver svært for mig at opretholde min terapeut-faglighed."

Terapeut: "… identitet også, fordi hjemmeplejegruppen har en anden faglighed og måde at arbejde på. Så bliver man som terapeut... Jeg tænker bare, man vil have et kæmpe arbejde at skulle favne alle de forskellige i hjemmeplejen, uden et bagland."

Terapeut: "Jeg vil også personligt have meget brug for at holde fast på min egen identitet i at være i en hjemmeplejegruppe."

Interviewer: "Terapeut-identiteten?"

Terapeut: "Ja, den der terapeut-identitet, den vil jeg føle, at jeg skulle holde fast på dagligt, for ligesom at sige: "jamen kan I ikke forstå, hvad det er jeg mener?". Altså for så vil jeg sidde over for 30 medarbejdere,

der siger: "Jamen vi arbejder bare efter det, som han gerne vil". Ja, det kan jeg også godt se men... Så vi har sådan forskellige indgangsvinkler til det. Men jeg tror egentlig vi er rimelig enige om alle sammen, at der er både godt og skidt ved at sidde ude i hjemmeplejen."

Terapeut: "Man kan hurtigt risikere, at blive meget farvet af deres opfattelse af tingene."

Terapeut: "Og stå alene med det."

Terapeut: "Også den der ensartethed, der er i tilbuddet til kommunen. Jamen hvis man sad hvert vores sted, så ville det jo blive fem forskellige tilbud, der vil blive ydet. Hvor det er meget mere ensartet tilbud, når vi sidder sammen."

Terapeut: "Men alligevel også mere nuanceret end når man kun har sin egne briller på. Man mangler nogle indspark." (Hverdagsrehabiliterende terapeuter, Jammerbugt Kommune).

Derudover argumenterer de hverdagsrehabiliterende terapeuter for, at de ved et daglig fremmøde i hjemmeplejen jo sjældent reelt vil komme til at mødes med medarbejderne i hjemmeplejen ift. faglig drøftelse og sparring, som en organisationsændring til en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter skulle medvirke til. Ifølge de hverdagsrehabiliterende terapeuter er medarbejderne i hjemmeplejen jo "ude" hos borgerne, og sjældent "inde" på de såkaldte "stillesteder". De hverdagsrehabiliterende terapeuter vil derfor primært komme til at befinde sig alene ude i hjemmeplejegrupperne og ikke nødvendigvis have daglig kontakt med medarbejderne i hjemmeplejegrupperne.

Terapeut: "(…) Men der er både fordele og ulemper ved at sidde herinde (sammen med visitationen, red.). Vi mangler jo også hjemmeplejen - det er dem vi også samarbejder med. Så på den anden side arbejder vi jo også helt vildt tit med hjemmeplejen. Så i nogle situationer vil det give rigtig god mening at sidde med hjemmeplejen. Problemet er bare, at hjemmeplejen, de er der ikke. Vi sidder jo ikke sammen med hjemmeplejen dagligt."

Terapeut: "Nej, det er jo ude..."

Terapeut: "De er ude at køre..."

"Terapeut: "Vi kan godt møde ind hver dag i [hjemmepleje]gruppen og sidde der... Jeg kan godt fagligt sidde der i Aabybro hver dag, men det eneste tidspunkt på dagen, hvor jeg ser hjemmeplejegruppen, som kommer ude hos nogle af mine borgere, det er fra 7 til 7.15. Og der er de i gang med at planlægge i 7-7.15. Så fagligt drøftelse, det vil der formentlig ikke blive ret meget af under alle omstændigheder. (…) Og det er nok det vi har anfægtet, det er, at vi ikke får den faglige sparring, som man forventer, at vi vil få, hvis vi får et dagligt fremmøde, for der er egentlig ikke helt tid til det. For de har deres opgaver, og de skal finde ud af planlægning om morgen, og så er vi der egentlig bare." (Hverdagsrehabiliterende terapeuter, Jammerbugt Kommune).

I Thisted Kommune er der ikke nødvendigvis så stor en opbakning til ideen og forslaget om en decentral placering af terapeuterne som i Jammerbugt Kommune - heller ikke fra områdeleder, gruppeledere og medarbejdere i hjemmeplejen. Medarbejderne i hjemmeplejen i Thisted Kommune oplever selv, at de har et godt og velfungerende samarbejde med de hverdagsrehabiliterende terapeuter. De oplever, til trods for at terapeuterne er centralt placeret, at terapeuterne er tilgængelige og de har en fast terapeut som de samarbejder med. Adspurgt om en alternativ model med en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter giver medarbejderne i hjemmeplejen umiddelbart udtryk for, at det ville være dejligt at se terapeuterne noget mere idet det vil give mulighed for mere spontan sparring omkring hverdagsrehabiliteringsforløb. Men omvendt giver de udtryk for (på samme måde som de hverdagsrehabiliterende terapeuter i Jammerbugt Kommune),

at de alligevel ikke ville have tid til at mødes med terapeuterne, da de selv kun kortvarigt opholder sig på stille-stederne eller mødestederne for hjemmeplejen i løbet af dagen. Samme udfordring ser områdeleder i hjemmeplejen i Thisted Kommune ved en decentral placering af terapeuterne:

"Så sådan i den optimale verden synes jeg da, at det var fedt om de [hverdagsrehabiliterende terapeuter] lige boede i de tre lokaler ved siden af os, men det tror jeg ikke er realistisk ift. geografien. Men det ville da være rart at have den her 'pingpong', og at de var med til morgenmødet og kunne sidde og høre alt, hvad vi siger og gør. (…) Hvad skal hun så lave også? For hun kan jo være med til morgenrapporten, hvor der er sådan nogle borgerdrøftelser. Det er sådan ret problemløsningsorienteret: "Jeg skal derud, og hvad skal der til for at jeg kan komme derud?" og så kører medarbejderne. Altså der er jo ikke nogen. Der sidder en planlægger og mig og en sekretær. (…) Der møder jo mange ind. 50-55 mand ind i hjemmeplejen Syd men ligeså snart klokken den er mellem kvart over og halv jamen så er de jo afsted! Vi har en plan, der siger [klap, klap, klap - klapper med hænderne] - der skal nogle penge i kassen."(Områdeleder af hjemmeplejen, Thisted Kommune)

På tværs af de to kommuner og faggrupper er der således enighed om, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter er en central ressource og sparringspartner, og både visitatorerne og sosu-personalet i hjemmeplejen ønsker og ser fordele i, at terapeuterne sidder så tæt på netop deres faggruppe som muligt. Men de forskellige organiseringer af de hverdagsrehabiliterende terapeuter vurderes at have både fordele og ulemper – for en oversigt over oplevede fordele og ulemper se tabel 12 nedenfor. Uanset hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeres – centralt eller decentralt – er der behov for, at der kompenseres på en anden måde. Hvis ikke man går efter en drastisk løsning ift. reorganisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter decentralt i hjemmeplejen, er det nødvendigt at se på, hvordan man kan skabes mulighed for, at de forskellige fagligheder kan mødes, f.eks. ved nogle regelmæssige, strukturerede tværfaglige møder – som opprioriteres og ikke betragtes som ineffektive og som spildtid.

Tabel 12. Fordele og ulemper ved hhv. central og decentral placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter

	Central placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter (i visitation- eller træningsafdeling)	**Decentral placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter (i hjemmeplejegrupperne)**
Fordele	- Skaber mulighed for et tæt samarbejde og god sparring og dialog med visitatorer og øvrige terapeuter i kommunen - Sikrer mulighed for daglig mono-faglig sparring mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter indbyrdes - Sikrer et stærkt fagligt miljø og læringsmiljø terapeuterne imellem, som giver bedre rekrutteringsmulighed	- Skaber mulighed for en styrket og tæt kontakt, sparring og samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen - Styrket fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen - Hverdagsrehabiliterende terapeuter har primært fokus på hverdagsrehabiliterende opgaver
Ulemper	- Manglende tæt kontakt og sparring med hjemmeplejen – udebleven kultur- og paradigmeskifte i hjemmeplejen - De hverdagsrehabiliterende terapeuter varetager forskellige andre terapeutiske opgaver. Der er risiko for, at hverdagsrehabilitering nedprioriteres, hvilket kan betyde ventetid på hverdagsrehabiliteringsforløb	- Et tæt samarbejde sker på bekostning af de hverdagsrehabiliterende terapeuters faglighed og mulighed for daglig sparring med andre hverdagsrehabiliterende terapeuter eller øvrige terapeuter i kommunen - Manglende stærkt fagligt miljø og læringsmiljø – kan være vanskeligt at rekruttere terapeuter, hvor man sidder alene med sit fagområde - De hverdagsrehabiliterende terapeuter vil sjældent have mulighed for at mødes med medarbejderne i hjemmeplejen – medarbejderne er mest hos borgerne og på "landevejen" og sjældent på "stillestederne"

4.2.3 Opsummering

På baggrund af casestudiet af organiseringen af hverdagsrehabilitering i Jammerbugt og Thisted kommuner kan der peges på en række fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabiliteringen og organiseringen heraf, som de opleves af relevante aktører rundt omkring den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner. I overensstemmelse med indsatsens institutionaliserede programteori (afsnit 1.4) og tidligere forskning om centrale faktorer, der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende tilgang (afsnit 2.5) opleves især borgernes motivation for selvhjulpenhed og deltagelse i hverdagsrehabilitering som et helt centralt element samtidig med, at medarbejderne i hjemmeplejen rent faktisk arbejder hverdagsrehabiliterende også ses som en vigtig forudsætning for at implementeringen af hverdagsrehabilitering lykkes.

I begge kommuner er oplevelsen blandt de interviewede medarbejdere i hjemmeplejen, visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter, at langt de fleste borgere ønsker at være selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp i daglige aktiviteter og gøremål og tager derfor positivt imod kommunernes tilbud om hverdagsrehabilitering. De interviewede borgerne giver også selv udtryk for, at de er motiverede til at deltage i hverdagsrehabiliteringsforløb for derved at blive selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp. En central motivationsfaktor for borgernes deltagelse i hverdagsrehabilitering er netop at kunne blive uafhængige af kommunens hjælp, idet flere af de interviewede borgere oplever, at deres liv i for høj grad skal indordnes og tilpasses kommunens organisering af det daglige arbejde og medarbejdernes kørelister end omvendt – og at ventetid og uforudsigelighed i det daglige gør, at borgerne bliver særligt motiverede til igen at blive selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp.

Derudover opleves muligheden for og motivationen til at arbejde hverdagsrehabiliterende blandt medarbejdere i hjemmeplejen som et helt centralt element. Overordnet indikeres, at der fortsat er udfordringer knyttet til at få hverdagsrehabilitering integreret i hjemmeplejens daglige praksis. Men der ses en betydelig forskel i opfattelsen af, hvor velintegreret hverdagsrehabilitering er i ældreplejens praksis. På den ene side giver de interviewede hverdagsrehabiliterende terapeuter og visitatorer udtryk for, at en manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen er en udfordring i begge kommuner. På den anden side oplever medarbejderne og ledere i hjemmeplejen selv, at de som udgangspunkt ikke arbejder kompenserende, men tænker hverdagsrehabilitering og hjælp-til-selvhjælp ind fra start og i det meste af det de gør.

På samme måde som der er ikke er enighed i, hvorvidt hverdagsrehabilitering er implementeret tilstrækkeligt i hjemmeplejen, er der også forskellige opfattelser af årsager til mangelfuld implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen. Det drejer sig bl.a. om motivation for og uddannelse i at arbejde hverdagsrehabiliterende, organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen samt manglende mulighed for tværfaglig erfaringsudveksling mellem faggrupperne.

I begge kommuner forventes det, at alle medarbejdere i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende. Men oplevelsen blandt visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter er, at alle medarbejdere i hjemmeplejen ikke er lige motiverede eller kompetente ift. at arbejde hverdagsrehabiliterende. Praksis er også at hverdagsrehabiliterende terapeuter, visitatorer og gruppeledere i hjemmeplejen i højere grad udvælger bestemte medarbejdere til det hverdagsrehabiliterende arbejde.

Kun få medarbejdere i hjemmeplejen er oprindeligt blevet uddannet som hjemmetrænere, men det er efterhånden flere år siden nu. Samtidig er der ikke mange af de oprindeligt uddannede hjemme-

trænere tilbage og nye medarbejdere kommer løbende til, hvilket tilsammen betyder, at medarbejdere med uddannede kompetencer inden for hverdagsrehabilitering er få. Gruppeledere og medarbejderne i hjemmeplejen efterspørger selv brush-up kurser og løbende opkvalificering ift. hverdagsrehabilitering for derigennem at styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen.

Derudover peges på, at organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen ikke synes at understøtte en hverdagsrehabiliterende tilgang. Særligt peges på manglende personkontinuitet og tid til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende som udfordringer.

Opfattelsen er, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne i hverdagsrehabiliteringsindsatsen kunne være bedre – særligt i Jammerbugt Kommune, og både visitatorer, terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen efterlyser et tættere tværfagligt samarbejde og sparring. Det tværfaglige samarbejde opleves at kunne styrkes ved hjælp enten afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder, ved at ændre i den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, eller ved begge.

I begge kommuner har man tidligere haft en form for tværfaglige møder mellem medarbejderne i hjemmeplejen og de hverdagsrehabiliterende terapeuter. I dag er det ikke systematiseret, hvordan de forskellige medarbejdergrupper mødes og erfaringsudveksler, f.eks. til tværfaglige møder eller konferencer. Møderne er enten sparet væk som i Thisted Kommune eller opleves som nedprioriteret af hjemmeplejen og derfor er udfaset som i Jammerbugt Kommune. Men alle faggrupper efterspørger en struktureret og systematiseret mulighed for regelmæssigt at mødes tværfagligt og drøfte borgere.

Men afholdelse af de tværfaglige møder kan – som det er tilfældet i hjemmeplejen i Thisted Kommune – opfattes som ineffektive og spild af tid i et meget effektiviseret system, hvor de tværfaglige møder i en aktivitetsbaseret afregnings- og styringsmodel, som hjemmeplejen afregnes og styres efter, ikke tæller som en aktivitet, som hjemmeplejen bliver afregnet for. I Thisted Kommune bliver afholdelsen af tværfaglige hverdagsrehabiliteringsmøder derfor noget som hjemmeplejen betaler "af egen lomme". Hjemmeplejen kan derfor i højere grad have incitament for at køre ud til borgerne og i mindre grad have incitament til tværfagligt samarbejde og koordinering i form af møder.

En ændring i den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter overvejes på undersøgelsestidspunktet i Jammerbugt Kommune med det formål at kunne styrke det tværfaglige samarbejde og den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen. De hverdagsrehabiliterende terapeuter opleves som en central ressource og sparringspartner, og både visitatorerne og medarbejderne i hjemmeplejen ønsker og ser fordele i, at terapeuterne sidder så tæt på netop deres faggruppe som muligt. De hverdagsrehabiliterende terapeuter selv ønsker en placering, hvor de sidder sammen som faggruppe – dvs. f.eks. med en central placering i enten myndigheds- eller træningsafdeling og ikke spredt ud over forskellige hjemmeplejegrupper. Derudover lægger de hverdagsrehabiliterende terapeuter vægt på muligheden for mono-faglig sparring med andre trænende terapeuter i kommunen, hvorved de kan opretholde et højt fagligt niveau ved at holde sig opdateret på den nyeste viden om regler, regimer og arbejdsmetoder inden for de enkelte specialområder, f.eks. med en central placering i træningsafdelingen med kommunens øvrige terapeuter. Både en central og en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter vurderes at have både fordele og ulemper.

- Centrale forudsætninger for hverdagsrehabilitering er, at borgerne er motiverede for at blive selvhjulpne og at deltage i hverdagsrehabilitering, men også at medarbejderne i hjemmeplejen i det daglige arbejder hverdagsrehabiliterende.
- De interviewede borgere er motiverede for at deltage i kommunernes tilbud om hverdagsrehabilitering. En central motivationsfaktor er at kunne blive uafhængige af kommunens hjælp. Nogle borgere har oplevet, at deres liv i for høj grad indordnes og tilpasses kommunens organisering af det daglige arbejde – ventetid og uforudsigelighed i det daglige gør, at borgerne bliver særligt motiverede for igen at blive selvhjulpne.
- Der er ikke enighed om, hvorvidt hverdagsrehabilitering er tilstrækkeligt implementeret i hjemmeplejens daglige praksis. Hverdagsrehabiliterende terapeuter og visitatorer oplever, at en manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen fortsat er en udfordring. Medarbejdere og ledere i hjemmeplejen oplever selv, at de som udgangspunkt tænker hverdagsrehabilitering ind fra start og i det meste af det de gør.
- Der er forskellige opfattelser af årsager til mangelfuld implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen. Det drejer sig bl.a. om manglende motivation for og uddannelse i at arbejde hverdagsrehabiliterende, uhensigtsmæssig organisering og tilrettelæggelse af det daglige arbejde i hjemmeplejen samt manglende mulighed for tværfaglig erfaringsudveksling mellem faggrupperne.
- Ikke alle medarbejdere i hjemmeplejen opleves som lige motiverede og kompetente ift. at arbejde hverdagsrehabiliterende. På trods af, at alle medarbejdere i hjemmeplejen forventes at arbejde hverdagsrehabiliterende, er praksis at terapeuter, visitatorer og gruppeleder i hjemmeplejen i høj grad udvælger og samarbejder med bestemte medarbejdere, som opleves som særligt motiverede og dedikerede.
- Ikke alle medarbejdere som forventes at arbejde hverdagsrehabiliterende er blevet opkvalificeret til det hverdagsrehabiliterende arbejde. Der efterspørges brush-up kurser og løbende opkvalificering ift. hverdagsrehabilitering for at styrke den hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen.
- Organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen understøtter ikke en hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor manglende personkontinuitet og manglende tid til at arbejde hverdagsrehabiliterende ses som udfordringer.
- Det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne vurderes ikke at fungere optimalt. Der efterlyses et tættere tværfagligt samarbejde og sparring.
- Det tværfaglige samarbejde vurderes at kunne styrkes gennem mulighed for erfaringsudveksling – enten ved afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder, ved at ændre i den organisatoriske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter (decentral placering), eller begge.
- Men manglende mulighed for erfaringsudveksling ses som en udfordring. De hverdagsrehabiliterende sidder langt væk fra hjemmeplejens medarbejdere (centralt) og samtidig er de tværfaglige møder nedprioriteret. I en aktivitetsbaseret afregnings- og styringsmodel af hjemmeplejen kan de tværfaglige møder opfattes som ineffektive og spild af tid. I Thisted Kommune betaler hjemmeplejen af "egen lomme" for afholdelse af møderne og har derfor ikke incitament til at prioritere møderne.
- De hverdagsrehabiliterende terapeuter betragtes som en central ressource og sparringspartner. Både visitatorerne og medarbejderne i hjemmeplejen ønsker, at terapeuterne sidder så tæt på netop deres faggruppe som muligt. De hverdagsrehabiliterende terapeuter ønsker selv en placering, der giver mulighed for mono-faglig sparring internt i terapeutgruppen for at kunne holde sig ajour med den nyeste viden om regler, regimer og arbejdsmetoder på området.
- Både en central og en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter vurderes at have både fordele og ulemper.

5 Organisering af hverdagsrehabilitering – en national komparativ analyse

Som tidligere nævnt har kommunerne implementeret hverdagsrehabilitering på forskellig vis og der findes forskellige modeller og indsatser for hverdagsrehabilitering i danske kommuner. At undersøge hvordan de danske kommuner organiserer deres hverdagsrehabiliteringsindsatser har været et af målene med denne undersøgelse for derved at kunne sammenligne organiseringen, samt oplevede fordele og ulemper ved hverdagsrehabilitering og forskellige modeller med resultaterne fra Jammerbugt og Thisted kommuner.

Nedenfor præsenteres en analyse af centrale resultater fra den spørgeskemaundersøgelse, som i sommeren 2017 blev foretaget blandt ledere og chefer på ældreområdet i de danske kommuner. Det drejer sig primært om ældre- og sundhedschefer med det primære ansvar for ældreområdet, samt forskellige funktionsledere; leder af kommunens visitations- og myndighedsafdeling på ældreområdet, leder af kommunens trænings- og rehabiliteringsafdeling, leder af den kommunale hjemmeplejeleverandør, og enkelte gruppeledere i hjemmeplejen (Se afsnit 3.3.3 for en kort karakteristik af respondenterne).

Der vil ikke være tale om en systematisk gennemgang af alle spørgeskemaets spørgsmål, men derimod en mere tematisk analyse med fokus på, hvornår hverdagsrehabilitering blev indført i de danske kommuner (afsnit 5.1), organiseringen af hverdagsrehabilitering i danske kommuner (afsnit 5.2), hverdagsrehabiliteringens indhold (afsnit 5.3) samt oplevede fordele og ulemper/udfordringer ved hverdagsrehabilitering i de danske kommuner (afsnit 5.4). Sammenligning og diskussion af resultaterne fra spørgeskemaet med resultater i relation til erfaringer fra Jammerbugt og Thisted kommuner foretages i kapitel 6.

5.1 Introduktion af hverdagsrehabilitering i danske kommuner

Ideen om hverdagsrehabilitering som et paradigmeskifte i den kommunale ældrepleje blev lanceret på FOA's Ældretopmøde i 2007. På topmødet diskuterede 48 praktikere, eksperter og beslutningstagere sig frem til 12 konkrete forslag til en forbedret kvalitet af ældreplejen. Blandt de konkrete ideer var hverdagsrehabilitering. Med inspiration fra topmødet igangsatte nogle få kommuner projekter med en hverdagsrehabiliterende tilgang, bl.a. i Fredericia Kommune, som ofte bliver anset som foregangskommune ift. hverdagsrehabilitering. Fredericia Kommune igangsatte deres pilotprojekt i 2008, som blev eksternt evalueret og erfaringerne herfra blev offentliggjort i 2010 bl.a. på KL's Sociale temamøde 2010. I en rundspørge foretaget af FOA i 2010, anførte 92 % af de kommunale ældrechefer, at de i 2011 ville udvikle ældreområdet til at arbejde ud fra en rehabiliteringstankegang f.eks. som i Fredericia (Kjellberg, Ibsen, & Kjellberg, 2011). Ideen om hverdagsrehabilitering spreder sig herefter til en lang række af landets kommuner, som selv igangsætter lokale hverdagsrehabiliterende projekter med inspiration fra bl.a. Fredericia Kommunes model. Siden 1. januar 2015 har det været lovpligtigt for kommunerne at tilbyde hverdagsrehabiliteringsforløb til alle borgere, der søger om hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp fra sin kommune.

I spørgeskemaet blev respondenterne spurgt, hvornår hverdagsrehabilitering (forstået som en politisk vedtaget strategi i ældreplejens organisering) blev indført i deres respektive kommune. Mange respondenter havde svaret herpå, mens en del havde svaret "ved ikke" (n=34). På baggrund af

respondenternes besvarelser kategoriseres kommunerne i en af tre kategorier[14] afhængig af tidspunkt for indførelsen af hverdagsrehabilitering:

1. I tiden op til og med 2010 (hvor resultater og erfaringer fra evaluering af Fredericia Kommunes pilotprojekt præsenteres) (innovatører og/eller tidlige adoptanter)
2. Fra og med 2011 til og med 2014 (i perioden inden lovændring i 2015) (majoriteten)
3. Fra og med 2015 og til i dag (i perioden efter lovændringen) (sen indføring)

Tabel 13. Introduktion af hverdagsrehabilitering i danske kommuner

	Antal kommuner	Andel kommuner
1. Innovatører og/eller tidlige adoptanter (> 2010)	26	27,4 %
2. Majoriteten (2011-2014)	67	70,5 %
3. Sen indføring (2015-)	2	2,1 %
I alt	95*	100 %

Spørgsmålsformulering: Hvornår blev hverdagsrehabilitering (forstået som en politisk vedtaget strategi i ældreplejens organisering) indført i din kommune første gang?'

Noter: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje. I kommuner, hvor der er variation i respondenternes svar, er årstallet valideret ved søgning på de pågældende kommuners hjemmesider.

Procentuel fordeling i kolonne 2 angiver andel af n (95).

* To kommuner deltog ikke i surveyen, og derudover var årstal hverken opgivet af respondenter eller muligt at finde ved søgning på internettet for én kommune, hvorfor det samlede antal kommuner er 95.

Stort set alle kommuner har de seneste 10 år introduceret hverdagsrehabilitering på ældreplejeområdet, men som det fremgår af tabel 13 er der forskel på, hvornår kommunerne har introduceret hverdagsrehabilitering. Ca. en fjerdel af kommunerne introducerede hverdagsrehabilitering forholdsvist tidligt i 2010 eller i årene inden, mens langt størstedelen af kommunerne introducerede hverdagsrehabilitering i ældreplejen i perioden 2011-2014. Kun to kommuner har etableret hverdagsrehabilitering i perioden efter lovændringen i 2015, som forpligter alle kommuner til at tilbyde deres borgere et hverdagsrehabiliteringsforløb. Det betyder dog også, at stort set alle kommuner allerede havde indført hverdagsrehabilitering i en eller anden form inden ændringen i lovgivningen.

Spørgsmålet er så, med hvilket primært formål hverdagsrehabilitering blev indført i kommunerne, og hvilken rolle hverdagsrehabilitering spiller i kommunerne i dag. Stort set alle kommuner arbejder således – som også Kjellberg et al. (2013) pegede på allerede inden lovændringen i 2015 – ud fra en hverdagsrehabiliterende tilgang – men i dag i en sådan grad, at størstedelen af de adspurgte chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde giver udtryk for, at hverdagsrehabiliteringstankegangen nærmere gennemsyrer hele organisationen end blot at være et supplement til de øvrige ydelser og indsatser på området. 50 % af respondenterne erklærer sig enten enig eller helt enig

[14] Inspireret af Rogers' fem kategorier for adoptanter i Diffusion of Innovations (Rogers, 2003).

i, at 'hverdagsrehabiliteringstankegangen gennemsyrer hele organisationen og er et fælles fokus og mål på tværs af hele kommunens ældreplejeområde', mens omvendt ca. 50 % erklærer sig uenige eller helt uenige i, at 'hverdagsrehabilitering fungerer mest som et supplement til de almindelige serviceydelser inden for hjemmepleje' (se tabel 14). Det er dog værd at bemærke, at ca. 25 % af respondenterne angiver, at de enten er delvis enig, enig eller helt enig i, at 'hverdagsrehabilitering fungerer mest som et supplement til de almindelige serviceydelser inden for hjemmepleje'.

Tabel 14. Hverdagsrehabiliteringens betydning og primære formål i kommunerne, andel respondenter i pct.

	Uenig eller helt uenig	Delvis uenig	Hverken eller	Delvis enig	Enig eller helt enig
1. Hverdagsrehabilitering fungerer mest som et supplement til de almindelige serviceydelser inden for hjemmepleje (n=278)	51,8	12,6	8,3	16,5	10,8
2. Hverdagsrehabiliteringstankegangen gennemsyrer hele organisationen og er et fælles fokus og mål på tværs af hele kommunens ældreplejeområde (n=287)	6,3	7,0	5,9	30,0	50,9
3. Det primære formål med hverdagsrehabilitering er at øge livskvalitet for den enkelte borger som følge af øget selvhjulpenhed (n=287)	1,4	2,4	1,0	17,4	77,7
4. Det primære formål med hverdagsrehabilitering er at opnå en økonomisk gevinst som følge af øget selvhjulpenhed (n=286)	9,1	7,3	11,2	37,1	35,3

Spørgsmålsformulering: Nedenfor følger en række udsagn om, hvilken betydning hverdagsrehabilitering har i ældreplejen i din kommune. Du bedes tage stilling til, om du er overvejende enig eller uenig i de anførte udsagn.

Svarkategorierne 'helt uenig' og 'uenig' er slået sammen til en kategori, mens 'helt enig' og 'enig' er slået sammen til en kategori.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

Formålet med hverdagsrehabilitering i kommunerne synes fra de kommunale lederes perspektiv både at være borgernes livskvalitet og en økonomisk gevinst for kommuner – men dog mest af alt ift. at øge borgernes selvhjulpenhed og dermed livskvalitet. Her svarer 77 % af respondenterne (se tabel 14), at de er enige eller meget enige i, at det primære formål med hverdagsrehabilitering er at øge livskvaliteten for den enkelte borgere som følge af øget selvhjulpenhed, mens kun 35 % erklærer sig enig eller helt enig i, at en økonomisk gevinst som følge af øget selvhjulpenhed er det primære formål. Ved disse spørgsmål har flere respondenter vurderet både borgernes livskvalitet og økonomisk gevinst som det primære formål med hverdagsrehabilitering. En række uddybende kommentarer fra nogle respondenter illustrerer, hvordan begge hensyn ofte er i fokus i hverdagsrehabilitering og ofte sammenkoblede (se tekstboks 8). Men også at den økonomiske besparelse ofte var i fokus i projektperioden, hvorefter borgernes livskvalitet senere er kommet i fokus.

Tekstboks 8. Uddybende kommentarer om hverdagsrehabiliteringens primære formål

- *Hverdagsrehabilitering startede i 2011 som et projekt i forbindelse med en besparelsesrunde, og der er stadig fokus på at minimere den kompenserende hjælp. Holdningen har rykket sig fra mest et "spare-projekt" til mere og mere fokus på borgerens livskvalitet.*

- *Målet med hverdagsrehabiliteringen bliver i høj grad italesat som gåede på borgerens livskvalitet og indsatserne afspejler i høj grad også denne anskuelse. Borgerens motivation og opfattelse af hvad der er vigtigt er dermed ofte omdrejningspunktet for indsatsen. Dog vidner inklusions- og eksklusionskriterier om, at der også er et meget højt fokus på de økonomiske gevinster som følge af selvhjulpenhed. Når der ikke længere er en økonomisk gevinst at hente, afsluttes borgeren fra den hverdagsrehabiliterende indsats uagtet, om der fagligt er mere at arbejde med. Dette gælder både borgere i den "gode ende" og borgere der er "for dårlige" til at der kan høstes økonomiske gevinster.*

- *Med udgangspunkt i borgerens mål betyder hverdagsrehabilitering øget livskvalitet og øget frihed med fokus på muligheder frem for begrænsninger. Som en sidegevinst frigives økonomi, som kan kanaliseres over på de svageste borgere som har et øget behov for hjælp.*

- *Rehabilitering er et bærende princip i ældreområdet - vi arbejder fortsat på at det gennemsyrer hele organisationen, men er ikke helt i mål endnu. Vi er tydelige omkring at rehabilitering til borgere, der søger om hjemmehjælp både har som mål at øge livskvalitet i form af selvhjulpenhed/ øget deltagelse - OG er en ressourcebesparelse.*

- *Tænker hverdagsrehabilitering både omfatter den enkelte borgers livkvalitet, set ud fra professionelle og samtidig er der økonomisk incitament for at så mange borgere som muligt opnår så høj grad af selvhjulpenhed.*

- *Formålet er at øge livskvalitet, men i praksis får det hurtigt karakter af, at det handle om at undgå en hjemmehjælpsydelse.*

Udvalgte kommentarer

Selvom hverdagsrehabilitering har været indført i kommunerne i flere år efterhånden, og som vi så ovenfor i høj grad opleves at gennemsyre hele den kommunale organisation på ældreplejeområdet, kan der være behov for at foretage reorganisering af området som følge af dette paradigmeskifte, den nye arbejdsmetode og fokusset på det tværfaglige samarbejde i de hverdagsrehabiliterende indsatser. I spørgeskemaet blev respondenterne derfor spurgt om, hvorvidt der er foretaget, foretages eller er planer om at foretage en større reorganisering af ældre- og sundhedsområdet. Her svarer mere end to tredjedele af respondenterne (se tabel 15), at de enten i øjeblikket er i gang med eller allerede har gennemført en større reorganisering af ældre- og sundhedsområdet i deres kommune for nyligt – en ændring som sandsynligvis kan skyldes introduktionen af hverdagsrehabilitering, men som vi ikke med sikkerhed kan pege på med nærværende spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 15. Reorganisering på ældre- og sundhedsområdet

	Antal	Andel i procent
1. Nej	80	27,8
2. Ja, vi har gennemført en større reorganisering for nylig	171	59,4
3. Ja, vi er i øjeblikket i gang med en større reorganisering	33	11,5
4. Ja, vi overvejer/planlægger en større reorganisering	11	3,8

n=288

Spørgsmålsformulering: I min kommune er foretaget eller foretages en større reorganisering af ældre- og sundhedsområdet

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.2 Organisering af hverdagsrehabilitering i kommunerne

I organiseringen af hverdagsrehabiliteringsindsatsen i kommunerne ses i det følgende afsnit nærmere på, hvem der er i målgruppen for kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsatser, de grupper der er aktivt involveret i hverdagsrehabilitering herunder hhv. udarbejdelsen af borgernes individuelle rehabiliteringsplaner samt aktivt involveret i den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning, den organisatoriske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter samt inddragelse af private leverandører i hverdagsrehabiliteringsindsatsen.

5.2.1 Målgruppen for hverdagsrehabilitering

I overensstemmelse med lovgivningen giver mange respondenter udtryk for, at som udgangspunkt er alle borgere over 18 år i målgruppen for den hverdagsrehabiliterende indsats, hvis de søger om og er i målgruppen for hjælp efter SEL § 83 (personlig hjælp og pleje, hjælp og støtte til praktiske opgaver samt madservice) og de vurderes at have et hverdagsrehabiliteringspotentiale. Mange respondenter understreger, at de i deres respektive kommuner ikke har egentlige inklusions- og eksklusionskriterier for hverdagsrehabiliteringsindsatsen, men at hverdagsrehabilitering gives ved en konkret og individuel vurdering af borgerens rehabiliteringspotentiale og mulighed for forbedring af funktionsniveau samt motivation for hverdagsrehabilitering. Uddybende kommentarer på spørgsmålet om målgruppen for hverdagsrehabilitering fra to respondenters besvarelser eksemplificerer, hvad mange respondenter giver udtryk for ift. afgrænsningen af målgruppen for hverdagsrehabilitering.

"Alle borgere er relevante ift. hverdagsrehabilitering, idet hjælpen altid bør gives, således borgerne bevarer deres funktionsniveau, hvis det er muligt." (Leder af visitations-/myndighedsafdeling i mellemstor kommune).

"Alle borgere, som bliver visiteret efter §83 bliver tilbudt hverdagsrehabilitering, hvis det skønnes, at de kan profitere af indsatsen - også hvis de er ramt af demens eller er uhelbredeligt syge." (Udviklingskonsulent i hverdagsrehabilitering i større kommune).

Dog ses der på baggrund af spørgsmålet om, hvilke typer af borgere, der er i målgruppen for hverdagsrehabilitering i kommunerne, at det i udpræget grad er borgere med pludselig eller gradvis opstået fysisk funktionsnedsættelse, funktionsfald og nedsat stabilt fysisk funktionsnedsættelse/funktionsfald. Her svarer hhv. 85 %, 74 % og 39 % (se tabel 16) at borgere med disse former for funktionsnedsættelser er en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering. Derimod vurderes borgere med nedsat psykisk funktionsnedsættelse og udviklingshæmning eller demens i mindre grad at være en del af målgruppen for hverdagsrehabilitering og her ses ikke noget entydigt

svar på i hvor høj grad de er en del af målgruppen. Det afhænger sandsynligvis af, at det kan være meget forskelligt for borgere med psykisk udviklingshæmning, funktionsnedsættelse eller demens sygdom, hvilket potentiale de har for forbedring af funktionsniveau vha. et hverdagsrehabiliteringsforløb, hvorfor det kan være svært på forhånd at inkludere eller ekskludere disse borgere i indsatsen, og at en diagnose ikke per automatik udelukker nogen fra at få tilbudt et hverdagsrehabiliteringsforløb. En respondent beskriver om borgere med demens i målgruppen således:

"Alle borgerne er for så vidt i målgruppen. En dement borger kan være så "dårlig", at han slet ikke er i målgruppen, eller så god at han helt sikkert er i målgruppen."

Tabel 16. Målgruppen for hverdagsrehabilitering (Andel respondenter i procent)

	1. Ikke i mål-grup-pen	2	3	4	5. En helt central del af mål-grup-pen	Ved ikke
1. Borgere med pludselig opstået fysisk funktions-nedsættelse/funktionsfald (n=277)	1,4	0	4,0	7,6	85,2	1,8
2. Borgere med gradvis fysisk funktionsnedsæt-telse/funktionsfald (n=276)	0	0,4	4,3	19,9	74,3	1,1
3. Borgere med nedsat stabilt fysisk funktionsniveau (n=276)	5,8	8,3	21,7	21,7	39,5	2,9
4. Borgere med psykisk udviklingshæmning (n=271)	21,4	21,8	16,6	9,6	12,5	18,1
5. Borgere med anden psykisk funktionsnedsættelse (n=272)	9,6	20,2	24,6	14,0	17,3	14,3
6. Borgere med demens (n=275)	8,4	21,1	25,1	21,5	18,5	5,5
7. Kun borgere over 65 år (n=257)	12,5	7,0	12,5	10,1	37,7	20,2
8. Beboere på plejehjem/i plejeboliger (n=276)	8,3	11,6	23,2	18,5	31,5	6,9
9. Borgere der lige har mistet deres ægtefælle/ part-ner (n=273)	13,2	15,0	20,5	17,2	23,8	10,3
10. Andre (n=96)	7,3	2,1	4,2	4,2	14,6	67,7

Spørgsmålsformulering: Angiv venligst på en skala fra 1-5, i hvor høj grad følgende er i målgruppen for hverdagsrehabilitering i din kommune – hvor 1 = er ikke i målgruppen og 5 = en helt central del af målgruppen.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

Et helt centralt element i hverdagsrehabiliteringsforløb er, at borgeren er samarbejdspartner og er aktivt involveret i forløbet (Socialstyrelsen, 2014) – og det gælder uanset målgruppen. Men også borgerens motivation for hverdagsrehabilitering er tæt forbundet med borgerens aktive deltagelse og medvirken i hverdagsrehabiliteringens forløbet. Borgerne kan være involveret i hverdagsrehabiliteringsindsatsen og forløbet på forskellige måder og på forskellige tidspunkter – men borgernes aktive deltagelse i hverdagsrehabiliteringsindsatsen er alfa og omega. Hvordan kommunerne sikrer at borgerne er aktivt involveret i deres egne forløb er derfor interessant at undersøge. I spørgeskemaundersøgelsen bliver respondenterne bedt om angive ' I hvilken grad har din kommune rutiner, som sikrer, at borgerne i hverdagsrehabilitering deltager…' i forskellige faser i hverdagsrehabiliteringsforløbet. Generelt vurderes det, at kommunerne i høj grad har rutiner, der sikrer at borgerne deltager aktivt i hverdagsrehabiliteringsforløbets forskellige faser (se tabel 17) – men kommunerne har dog især rutiner, der sikrer borgerens aktive deltagelse i og involvering ift. kortlægning og formulering af egne behov og mål, og i mindre grad ift. involvering i valg af indsatser og i opfølgningen og evalueringen af de aftalte mål.

Tabel 17. Borgerens deltagelse i hverdagsrehabilitering (andel i procent)

	Slet ikke/i mindre grad	I nogen grad	I høj eller meget høj grad
1. … deltager aktivt i kortlægningen og formuleringen af egne behov (n=274)	3,3	27,7	69,0
2. … deltager aktivt i formuleringen af egne mål (n=275)	5,1	30,5	64,4
3. … deltager aktivt i valg af indsatser (n=274)	9,9	38,3	51,8
4. … deltager aktivt i opfølgningen og evalueringen af de aftalte mål (n=274)	8,4	39,0	52,6

Spørgsmålsformulering: Det følgende spørgsmål omhandler de ældre borgeres deltagelse i hverdagsrehabilitering. Vi vil bede dig om at angive, I hvilken grad har din kommune rutiner, som sikrer, at borgerne i hverdagsrehabilitering…

Note: Svarkategorierne 'slet ikke' og 'i mindre grad' er slået sammen til en kategori, mens svarekategorierne 'i høj grad' og 'i meget høj grad' er slået sammen til en kategori.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.2.2 Aktører der er aktivt involveret i hhv. udarbejdelsen af borgernes rehabiliteringsplan og den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning

Om end den enkelte borger spiller en helt central rolle for de hverdagsrehabiliterende forløb, er andre aktører og/eller faggrupper også involveret i den hverdagsrehabiliterende indsats og forløb. Forskellige faggrupper omkring den enkelte borger og i den kommunale ældrepleje kan være involveret i hverdagsrehabiliteringen på forskellig vis og i varierende omfang. Nedenfor analyseres hvem de helt centrale medarbejdere er, og hvilken rolle de spiller i den hverdagsrehabiliterende indsats. Her skelnes mellem involvering i udarbejdelsen af den enkelte borgers rehabiliteringsplan og involvering i den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning. Helt overordnet tyder det på (se tabel 18), at hverdagsrehabiliteringsindsatsen og særligt den indledende fase med udarbejdelsen af den enkelte borgers rehabiliteringsplan er særligt præget af tværfaglighed og involvering af flere forskellige faggrupper. Flere forskellige grupper vurderes foruden borgeren selv at være involveret i meget høj grad. Ses der på, hvem der vurderes at være mest involveret i udarbejdelsen af den enkelte borgers rehabiliteringsplan er det primært ergoterapeuter. Herefter kommer fysioterapeuter, visitatorer og social- og sundhedsassistenter.

Hvad angår involveringen i den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning (se tabel 19), dvs. den støtte og træning der iværksættes på baggrund af kortlægning og formulering af borgerens behov og mål og udarbejdelsen af en rehabiliteringsplan, er det foruden selvfølgelig borgeren selv, særligt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt ergo- og fysioterapeuter der vurderes i meget høj grad at være aktivt involveret.

Samlet set vurderes særligt ergoterapeuterne som værende en gennemgående og central faggruppe i hverdagsrehabiliteringen ved i forholdsvis meget høj grad at være involveret i både udarbejdelsen af borgerens hverdagsrehabiliteringsplan og den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning med borgeren. Hjemmesygeplejerskernes rolle synes derimod ikke at være betydelig. De vurderes ikke at have en særlig høj grad af involvering i hverken udarbejdelsen af rehabiliteringsplanen eller den

praktiske hverdagsrehabiliteringstræning, selvom de potentielt har en vigtig rolle at spille i hverdagsrehabiliteringsforløb og indsatser - f.eks. som tovholdere, som sparringspartnere, deltagere i tværfaglige møder og leverandører af sygeplejefaglige ydelser i et hverdagsrehabiliterende perspektiv (Kjellberg & Graff, 2017).

Helt tydeligt er det også, at hverdagsrehabilitering først og fremmest er noget, der foregår i den kommunale ældrepleje og ikke i samarbejde med f.eks. praktiserende læger. 43 % af respondenterne svarer, at praktiserende læger ikke er involveret i udarbejdelsen af borgernes rehabiliteringsplan (se tabel 18).

Tabel 18. Forskellige gruppers aktive involvering i udarbejdelse af borgerens rehabiliteringsplan (andel i procent)

	1. Ikke involveret	2.	3.	4.	5.	6.	7. Meget høj grad af involvering	Ved ikke
1. Visitatorer (n=272)	3,7	4,4	4,8	11,8	11,4	16,9	44,9	2,1
2. Ergoterapeuter (n=272)	0,4	0,4	1,1	2,9	4,0	14,0	75,7	1,5
3. Fysioterapeuter (n=269)	3,3	3,3	2,2	8,6	5,6	15,2	59,1	2,7
4. Social- og sundhedshjælpere (n=268)	2,2	7,5	6,0	16,8	14,2	19,0	30,2	4,1
5. Social- og sundhedsassistenter (n=265)	1,1	4,5	6,0	10,9	13,6	18,9	41,5	3,5
6. Hjemmesygeplejersker (n=267)	6,0	10,9	9,7	18,4	12,4	13,1	26,6	2,9
7. Praktiserende læger (n=263)	43,3	22,4	9,1	9,5	3,0	2,3	1,1	9,3
8. Borgerens selv (n=270)	0,4	1,5	2,2	10,7	10,0	17,4	55,6	2,2
9. Borgernes pårørende (n=267)	2,2	7,1	8,2	20,6	23,2	20,6	12,0	6,1
10. Andre (n=98)	5,1	1,0	0	4,1	2,0	5,1	13,3	69,4

Spørgsmålsformulering: Forskellige grupper kan have en forskellige grad af involvering i planlægningen og gennemførelsen af hverdagsrehabiliteringsindsatser. Nedenfor beder vi dig angive på en skala fra 1-7, i hvilken grad nedenstående grupper er aktivt involveret i udarbejdelsen af borgerens rehabiliteringsplan.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

Tabel 19. Forskellige gruppers aktive involvering i den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning (andel i procent)

	1. Ikke involveret	2.	3.	4.	5.	6.	7. Meget høj grad af involvering	Ved ikke
1. Visitatorer (n=256)	57,4	12,5	6,3	6,6	4,3	3,5	7,4	2,0
2. Ergoterapeuter (n=267)	0,4	3,0	3,4	6,7	7,1	8,2	68,5	2,6
3. Fysioterapeuter (n=265)	4,2	4,5	4,9	8,3	7,2	13,6	54,0	3,4
4. Social- og sundhedshjælpere (n=267)	1,1	0,4	0	4,1	6,4	15,7	68,9	3,4
5. Social- og sundhedsassistenter (n=264)	0,4	0,4	1,1	3,4	6,1	15,5	70,5	2,7
6. Hjemmesygeplejersker (n=263)	6,5	9,1	14,8	13,3	17,1	10,3	24,3	4,6
7. Praktiserende læger (n=255)	67,8	15,3	3,5	3,1	2,4	0,4	0,8	6,7
8. Borgerens selv (n=265)	0,4	0,8	0,8	3,4	4,9	7,5	79,6	2,6
9. Borgernes pårørende (n=260)	4,6	9,6	12,3	24,2	15,8	13,5	12,3	7,7
10. Andre (n=90)	7,8	1,1	1,1	4,4	0	2,2	6,7	76,7

Spørgsmålsformulering: Forskellige grupper kan have en forskellige grad af involvering i planlægningen og gennemførelsen af hverdagsrehabiliteringsindsatser. Nedenfor beder vi dig angive på en skala fra 1-7, i hvilken grad nedenstående grupper er aktivt involveret i den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.2.3 Organisatorisk placering af terapeuterne

Terapeuterne, og særligt ergoterapeuterne, vurderes således at spille en helt central rolle i kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsatser. Og som vi så i analysen af erfaringerne fra Jammerbugt og Thisted kommuner (se kapitel 4) opleves det også som helt centralt, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret i organisationen for at kunne udbrede den hverdagsrehabiliterende tankegang igennem et tættere og styrket tværfagligt samarbejde – enten placeret samlet og centralt i organisationen i enten trænings- eller visitationsafdelingen eller decentralt placeret i hjemmeplejens grupper. Som det fremgår af tabel 20 er de hverdagsrehabiliterende terapeuterne i de danske kommuner i overvejende grad centralt organisatorisk forankret. I 60 % af kommunerne er de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret centralt i enten myndighedsafdelingen eller træningsafdelingen. Den mest udbredte model for organiseringen er dog en model, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret i træningsafdelingen blandt kommunens øvrige terapeuter. I 27 % af kommunerne er de hverdagsrehabiliterende terapeuter decentral placeret i hjemmeplejen, mens de hverdagsre-

habiliterende terapeuter i 11 % af kommunerne er placeret i myndighedsafdelingen og i de resterende 11 % af kommunerne er de placeret i en anden afdeling, som oftest organiseret i et selvstændigt, tværfagligt rehabiliteringsteam.

Tabel 20. Organisatorisk forankring af de hverdagsrehabiliterende terapeuter

	Antal respondenter	Andel respondenter i pct.	Antal kommuner	Andel kommuner i pct.
1. Decentralt - ude i hjemmeplejen	93	34,6 %	26	27,0 %
2. Centralt - i visitations-/myndighedsafdelingen	66	24,5 %	11	11,5 %
3. Centralt - i træningsafdeling	159	59,1 %	47	49,0 %
4. I en anden afdeling i forvaltningen - angiv venligst	40	14,9 %	11	11,5 %
5. Ved ikke	0	0,0 %	1	1,0 %

Respondenter: n=269, kommuner: n=96

Spørgsmålsformulering: Hvor er terapeuterne, som er involveret i den hverdagsrehabiliterende indsats, organisatorisk forankret i din kommune? (Sæt evt. flere krydser, hvis terapeuterne er organisatorisk forankret i flere afdelinger).

Noter: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

Respondenterne har haft mulighed for at sætte flere krydser. Antallet af respondenter i kolonne 1 svarer derfor ikke til faktisk antal deltagende respondenter, og procentuel fordeling i kolonne 2 summerer ikke til 100, men angiver andel af n. Ved opgørelse over antal og andel kommuner fordelt på de forskellige modeller, er i tilfælde hvor respondenterne er uenige om organisatorisk placering af hverdagsrehabiliterende terapeuter, er først uddybende kommentarer studeret. Ved variation noteres i første omgang svar fra leder af trænings- og rehabiliteringsafdeling. Hvis denne ikke har svaret noteres svar fra ældrechef. Andre afdelinger angives primært af respondenter som organiseret i et selvstændigt, tværfagligt rehabiliteringsteam.

Til spørgsmålet om den organisatoriske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter har respondenterne haft mulighed for at angive uddybende kommentarer om fordele og ulemper ved den organisatoriske forankring af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i deres kommune. En områdeleder i hjemmeplejen i en mindre kommune beskriver både fordele og ulemper ved forskellig organisering af terapeuterne meget rammende:

"De [de hverdagsrehabiliterende terapeuter] arbejder ude i hjemmeplejen efter behov. Det er vigtigt ikke at gå tilbage til den gamle måde at organisere terapeuter og sygeplejersker på. Med den nye måde at organisere centralt er der et markant højere vidensniveau og væsentlig bedre kvalitet i opgaveløsningen. Fx har terapeuterne i dag en bæredygtig faglig platform "at stå på", der sikrer monofaglig sparring, øget fokus på efteruddannelse, der er ligeledes et stort fokus på evidensbaseret viden/træning, så der er en ensartethed i opgaveløsningen på et højt fagligt niveau. Erfaringerne fra tidligere organisering ude i hjemmepleje - flere generalister, svært at opretholde et fagligt niveau, mindre efteruddannelse, ingen kliniske retningslinjer/træningsstandarder, oplevelsen af at være "blæksprutte" mere end at være terapeut. I dag er alle terapeuterne organiseret til at løse opgaver på såvel sundhedslov § 140 som servicelov § 86, det giver fordele , at terapeuten kan følge borgerene tættere."

Mange respondenter har beskrevet fordele og ulemper ved forskellige organiseringer af de hverdagsrehabiliterende terapeuter. Centrale fordele og ulemper ved forskellige organiseringer, som de kvalitativt beskrives af respondenterne, præsenteres i tabel 21 nedenfor.

I særlig grad bliver en placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter centralt i kommunens træningsafdeling sammen med øvrige trænende terapeuter set som en fordel, fordi det giver mulighed for en effektiv udnyttelse og fleksibilitet i terapeutressourcer og -kompetencer samt de hverdagsrehabiliterende terapeuters mulighed for monofaglig sparring med andre terapeuter, som sikrer et højt fagligt niveau hos de hverdagsrehabiliterende terapeuter.

Tabel 21. Fordele og ulemper ved hhv. central og decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter

	Central placering		**Decentral placering**
	Myndighedsafdeling	**Træningsafdeling**	
Fordele	- Sikrer et tæt samarbejde med visitatorerne - Giver mulighed for tværfaglig sparring - Hurtig igangsættelse af hverdagsrehabiliteringsforløb	- Mulighed for monofaglig sparring, som giver et højere vidensniveau - Mulighed for at holde sig fagligt ajour ved faglig sparring med andre trænende terapeuter - Mulighed for bedre koordinering ift. andre træningsforløb - Giver god sammenhæng mellem hverdagsrehabilitering og træningsafdelingens øvrige indsatsområder - Mindsker dobbeltarbejde ift. øvrige træningsforløb - Ergoterapeuterne bevarer et terapeutfagligt perspektiv ved at sidde centralt sammen og bliver ikke socialiseret ind i en klassisk omsorgskultur, hvor en kompenserende hjælp kan skabe afhængighed af mere hjælp - Sikrer et stærkt fagligt miljø og rekruttering af terapeuter	- Kan skabe et bedre samarbejde mellem terapeut og kontaktperson i hjemmeplejen - Understøtter den fælles indsats hos borgeren - Tættere kontakt som kan holde fokus på de rehabiliterende indsatser
Ulemper	- Terapeuterne kan blive betragtet som gæster i hjemmeplejen, og kan nemt komme til at indtage en konsulentfunktion - En relationel distance til hjemmeplejen - Meget køretid og geografisk afstand til hjemmeplejen - For terapeuterne svært løbende at være med til at holde fokus på og uddanne hjemmeplejen i at arbejde rehabiliterende - Kræver stor opmærksomhed på synlighed og tilstedeværelse i hjemmeplejen - Sosu-personalet i hjemmeplejen mangler faglig sparringspartner i det daglige arbejde med borgerne og de opgaver og udfordringer der er - Risiko for at terapeut lukker sig om sig selv og kun ser isoleret på hverdagsrehabiliteringsopgaven		- Terapeuter som generalister - Svært at opretholde et højt fagligt niveau for terapeuterne - Terapeuter savner monofaglig / terapeutfaglig sparring og et fagligt fællesskab, der styrker kvaliteten i terapeuternes arbejde - Terapeuternes ressourcer trækkes ind til "plejeopgaver", når der er travlt på gangene - Risiko for at terapeuter bliver "opslugt" af en hjemmepleje, som også skal arbejde kompenserende

Kilde: Baseret på respondenternes uddybende kommentarer

5.2.4 Inddragelse af private leverandører i varetagelsen af hverdagsrehabiliteringsforløb

For personlig pleje, praktisk hjælp og madservice (SEL §83) skal kommunerne tilbyde frit leverandørvalg (jf. SEL § 91). På undersøgelsestidspunktet gælder denne forpligtelse dog ikke for hverdagsrehabiliteringsforløb efter § 83a. Men den enkelte kommunalbestyrelse kan vælge at inddrage private leverandører i tilrettelæggelsen af hverdagsrehabiliterende indsatser. På baggrund af respondenternes besvarelser fremgår det, i hvor høj grad private leverandører vurderes at blive inddraget i hverdagsrehabilitering (se tabel 22). Hhv. 77,2 % og 70,4 % af respondenterne svarer, at private leverandører inddrages i større eller mindre grad i hverdagsrehabilitering i deres kommune inden for praktisk hjælp og personlig pleje. Dog synes private leverandører inden for praktisk hjælp at være forholdsvist mere udbredt end inden for personlig pleje. Ca. 20 % svarer, at der ingen private leverandører er på området, når det gælder hverdagsrehabiliterende indsatser inden for personlig pleje.

Respondenternes uddybende kommentarer til spørgsmålet om graden af inddragelse af private leverandører vidner da også om en vis variation imellem kommunerne. Kommentarerne går fra, at der ingen private leverandører er, til at borgerne har frit valg mellem kommunal og private leverandører, og at de private leverandører er involveret på lige fod som den kommunale leverandør. Ifølge de uddybende kommentarer skelner nogle kommuner dog ift. om borgeren allerede modtager hjælp fra en privat leverandør eller er ny-visiteret. Hvis borgeren allerede modtager hjælp kan den private leverandør involveres i hverdagsrehabilitering, mens nye borgere, der visiteres til hverdagsrehabilitering ikke har frit valg og derfor modtager hverdagsrehabilitering fra den kommunale leverandør. Nogle respondenter udtrykker dog også en vis skepsis ift. inddragelsen af private leverandører i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og at der er forbundet nogle udfordringer hermed:

"De [private leverandører] får visiteret ydelserne, men opfylder ikke kravene efter min mening. [De] [h]ar ingen interesse i at gøre borgerne selvhjulpen og har ikke ansat terapeuter." (Leder af hjemmeplejen i mindre kommune).

"Vi forsøger at få dem med - men det er lidt vanskeligt. Jeg har også inviteret de private leverandører med til gratis kursus, men deres incitament til at tjene penge, overskygger lidt indsatserne." (Leder af trænings- og rehabiliteringsafdeling i mellemstor kommune).

Tabel 22. Inddragelse af private leverandører i hverdagsrehabiliteringsindsatsen (andel i procent)

	Ingen private leverandører på området	Nej, slet ikke	Ja, i mindre eller nogen grad	Ja, i høj eller meget høj grad
1. Hverdagsrehabiliterende indsatser inden for praktisk hjælp (SEL §83) (n=259)	9,7	13,1	36,3	40,9
2. Hverdagsrehabiliterende indsatser indenfor personlig pleje (SEL §83) (n=260)	20,8	8,8	30,4	40,0
3. Hverdagsrehabiliterende indsatser – andet (n=173)	37,0	17,9	24,3	20,8

Spørgsmålsformulering: Inddrages private leverandører i leveringen af den hverdagsrehabiliterende indsats i din kommune?

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.3 Hverdagsrehabiliteringens indhold

Efter at have kortlagt organiseringen af hverdagsrehabilitering i kommunerne sættes i dette afsnit fokus på hverdagsrehabiliteringens indhold, herunder hvilke typer af hverdagsrehabiliteringsindsatser, der primært tilbydes i kommunerne (afsnit 5.3.1) samt kommunernes anvendelse af hjælpemidler og velfærdsteknologi i de hverdagsrehabiliterende indsatser (afsnit 5.3.2).

5.3.1 Typer af hverdagsrehabiliteringsindsatser

Både træning i dagligdagens aktiviteter, generelle fysiske øvelser og inddragelse af hjælpemidler og velfærdsteknologi vurderes at være en fuldstændig integreret del af kommunernes hverdagsrehabilitering og tilbydes ifølge knap halvdelen af respondenterne i deres respektive kommuner (se tabel 23). Tallene i tabel 23 nedenfor viser dog, at det primært er træning af dagligdagens aktiviteter, som er mest relevant i boligen, som oftest tilbydes i kommunerne. Her svarer knap 85 %, at træning i dagligdagens aktiviteter inden for boligen er en fuldstændig integreret del af kommunens tilbud om hverdagsrehabilitering. Til sammenligning svarer kun 35 %, at træning i dagligdagens aktiviteter, som er mest relevant uden for boligen, er er en fuldstændig integreret det i kommunens hverdagsrehabilitering. Hhv. 43 % og 44 % vurderer, at generelle fysisk øvelser og brug af hjælpemidler og velfærdsteknologi er en fuldstændig integreret del af kommunens hverdagsrehabilitering.

Samlet set kan man pege på, at hverdagsrehabilitering primært handler om træning af dagligdagens aktiviteter i boligen, indretning af boligen og nærmiljø med hjælpemidler og velfærdsteknologi og fysisk træning, og i mindre grad handler om indsatser, der retter sig mod aktiviteter uden for borgerens hjem.

Dette billede bekræftes også, når man kigger på de mere konkrete områder, som kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsatser understøtter borgernes selvhjulpenhed (se tabel 24 nedenfor). Her gælder det særligt, at kommunerne i høj grad understøtter borgernes selvhjulpenhed på områder, der er tæt knyttet til servicelovens § 83 om personlig pleje og praktisk hjælp. Her svarer hhv. 77 % og 67 %, at hverdagsrehabiliteringsindsatserne i deres kommune i meget høj grad understøtter borgernes selvhjulpenhed. Men kommunerne understøtter også borgernes selvhjulpenhed ift. at komme rundt i huset, sikkerhed i huset f.eks. ved at stille hjælpemidler til rådighed samt håndtering af sundhedsrelaterede behov. Hverdagsrehabilitering handler i mindre grad om at støtte borgerne i at komme uden for hjemmet, i at engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær samt ift. at rådgive og vejlede borgerne ift. andre offentlige eller frivillige organisationer, som kan hjælpe dem.

Tabel 23. Overordnede typer af hverdagsrehabiliteringsindsatser, som tilbydes i kommunerne (andel i procent)

	1. Er ikke en del af kommunens hverdagsrehabilitering	2	3	4	5. Er en fuldstændig integreret del af kommunens hverdagsrehabilitering	Ved ikke
1. Træning af dagligdagens aktiviteter, som er mest relevant i boligen (n=261)	0	0,4	1,1	12,6	83,5	2,3
2. Træning af dagligdagens aktiviteter, som er mest relevante uden for boligen (n=259)	2,7	10,8	19,7	25,9	35,5	5,4
3. Generelle fysiske øvelser for at styrke muskler, balance og udholdenhed (n=258)	1,9	6,2	15,1	27,5	44,6	4,7
4. Indretning af bolig og nærmiljø med tekniske hjælpemidler og velfærdsteknologi (n=260)	1,9	4,6	16,2	28,5	43,8	5,0
5. Andre indsatser (n=96)	4,2	0	2,1	6,3	15,6	71,9

Spørgsmålsformulering: Vi vil bede dig om at angive på en skala fra 1-5, i hvilken grad nedenstående indsatser tilbydes som en del af hverdagsrehabilitering i din kommune.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

Tabel 24. Områder som hverdagsrehabiliterende indsatser understøtter ift. borgernes selvhjulpenhed (andel i procent)

	1. Understøtter i meget høj grad	2	3	4	5	6	7. Understøtter slet ikke	Ved ikke
1. Personlig pleje (f.eks. bad, personlig hygiejne, af- og påklædning, toiletbesøg)(n=256)	77,3	13,7	2,3	1,6	2,0	0,4	0	2,7
2. Praktisk hjælp (f.eks. tilberedning og anretning af mad, rengøring, tøjvask, indkøb) (n=256)	67,6	16,8	6,6	4,3	1,6	0,4	0	2,7
3. Sikkerhed (f.eks. bevidsthed om sikkerhed i hjemmet, forebygge faldulykker, stille hjælpemidler til rådighed)(n=257)	47,5	21,0	12,1	12,8	2,7	0,4	0	3,5
4. Information og rådgivning (f.eks. anvise borgere til anden offentlige organisation eller frivillige organisationer) (n=257)	30,0	24,5	16,3	19,5	2,7	0,4	0	6,6
5. At komme rundt i hjemmet (f.eks. brug af trapper, hjælp til at komme op ad/ned i stol) (n=256)	65,6	20,7	6,3	2,7	1,2	0,8	0	2,7
6. At komme ud og uden for hjemmet (f.eks. tage på indkøb, besøge venner/familie) (n=255)	37,6	22,0	19,6	10,6	3,1	1,6	1,6	3,9
7. At engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær (f.eks. tage på dagcenter, deltage i klubber og foreninger, dyrke hobby, socialt samvær med venner) (n=255)	30,2	26,3	17,3	15,3	2,7	2,0	1,2	5,1
8. Håndtering af sundhedsrelaterede behov (f.eks. administration af medicin, kateter. Og stomipleje, hjælp til kropsbårne hjælpemidler) (n=255)	43,1	20,0	13,3	13,1	2,0	2,0	1,2	5,1
9. Genopbygge borgerens selvtillid og forbedre borgerens livskvalitet og trivsel (n=255)	46,3	22,0	12,9	12,2	2,0	0,4	0,4	3,9

Spørgsmålsformulering: I hvilken grad understøtter de hverdagsrehabiliterende indsatser i din kommune aktivt borgernes selvhjulpenhed på følgende områder – angiv på en skala fra 1 (understøtter i meget høj grad), 4 (understøtter i nogen grad), til 7 (understøtter ikke).

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.3.2 Hjælpemidler og velfærdsteknologi i hverdagsrehabiliteringsindsatser

I hverdagsrehabiliterende indsatser kan simple hjælpemidler og mere velfærdsteknologiske hjælpemidler og løsninger også indgå og medvirke til borgerens selvhjulpenhed. Borgerne kan midlertidigt

eller permanent få bevilliget hjælpemidler fra deres kommune og har ofte en kompenserende funktion ift. at gøre borgeren selvstændig og selvhjulpen i nogle af dagligdagens aktiviteter. Hjælpemidler og velfærdsteknologi kan gives som led i deres hverdagsrehabilitering, men hverdagsrehabiliteringsforløb kan også være korte og alene dreje sig om at vejlede og instruere borgerne i anvendelsen af et hjælpemiddel, som kan lette dagligdagen og/eller kompensere for en funktionsnedsættelse.

I spørgeskemaet bliver respondenterne bedt om at angive, i hvilken grad en række småhjælpemidler og velfærdsteknologiske hjælpemidler anvendes i deres kommune ifm. hverdagsrehabilitering. I alt overvejende grad (se tabel 25) er det småhjælpemidler, så som hjælpemiddel til hjælp med på- og aftagning af støtte/kompressionsstrømper samt andre småhjælpemidler, der typisk anvendes ifm. hverdagsrehabilitering i kommunerne.

Tabel 25. Anvendelse af småhjælpemidler og/eller velfærdsteknologiske hjælpemidler i hverdagsrehabiliteringsindsatsen (andel i procent)

	Anvendes i meget høj grad	Anvendes i høj grad	Anvendes i nogen grad	Anvendes i mindre grad	Anvendes slet ikke	Ved ikke
1. Robotstøvsuger (n=255)	14,1	11,4	16,9	23,1	26,7	7,8
2. Robotvasker (n=250)	0,8	1,2	6,0	10,0	62,8	19,2
3. Ledningsfri, enhåndsbetjent støvsuger (n=247)	8,5	8,9	15,4	15,0	24,3	27,9
4. Skylle-tørre toilet (n=257)	5,4	13,2	37,7	30,7	4,3	8,6
5. Toiletsæde med hæve-/sænkefunktion (n=245)	6,5	11,4	22,9	25,7	10,6	22,9
6. Strømpepåtagere og -aftagere (n=256)	65,6	21,9	7,4	1,2	0,4	3,5
7. Medicinhusker (med medicinbeholder) (n=247)	12,4	18,5	28,1	14,1	12,0	14,9
8. Andre småhjælpemidler (n=184)	32,6	17,9	15,8	2,2	1,1	30,4
9. Andre velfærdsteknologiske hjælpemidler (n=170)	15,3	10,6	22,9	5,3	3,5	42,4

Spørgsmålsformulering: I hvilken grad anvendes følgende småhjælpemidler og/eller velfærdsteknologiske hjælpemidler typisk i din kommune i forbindelse med hverdagsrehabilitering?

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.4 Fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering

I spørgeskemaet blev respondenterne præsenteret for en række udsagn om potentielle fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering, som de blev bedt om at forholde sig til og erklære sig mere eller mindre enige i. Det er udsagn som omhandler fordele og ulemper i relation til borgere og medarbejdere i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, men også ift. kommunale organisatoriske forhold.

Sammenlignes tallene i tabel 26 og 27 nedenfor ses det, at respondenterne generelt er mindre enige i ulemper og udfordringer, end de er i udsagn om fordele ved hverdagsrehabilitering. Generelt ses et lavere gennemsnit for ulemper og udfordringer end for fordele. Gennemsnitligt angiver lederne højest den neutrale kategori 'hverken eller' i deres vurdering af de udsagn om ulemper og udfordringer, der præsenteres. Den højeste gennemsnitsværdi for ulemper og udfordringer er for udsagnet om, at 'Den hverdagsrehabiliterende tilgang bør opprioriteres i min kommune'. For dette udsagn er den gennemsnitlige værdi på 4,62, hvilket svarer til svarkategorien 'hverken eller'. Gennemsnitsværdier for alle andre udsagn om ulemper og udfordringer ligger herunder. Over halvdelen af respondenterne (53,8 %) erklærer sig dog 'helt enig', 'enig' eller 'delvis enig' i, at der bør ske en opprioritering af den hverdagsrehabiliterende tilgang i kommunen. Mens mere end hver femte angiver 'hverken eller' og knap hver fjerde erklærer sig 'helt uenig', 'uenig' eller 'delvis uenig' i udsagnet.

Særligt er respondenterne *mindst* enige i udsagnene om borgernes og medarbejdernes manglende motivation for hhv. at deltage og arbejde hverdagsrehabiliterende, samt at det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og sosu-personale i hjemmeplejen ikke fungerer. Dette kan derfor tolkes som, at respondenterne faktisk vurderer, at borgere og medarbejdere er motiverede for hverdagsrehabilitering og at samarbejdet mellem faggrupperne fungerer godt.

Et par uddybende kommentarer om sosu-medarbejdernes motivation og tilgang til hverdagsrehabilitering fra respondenterne kan illustrere dette:

- *"Det er stadig en ny måde at arbejde på, men det overordnede billede er, at der er vilje og lyst at arbejde med hverdagsrehabilitering, men også at det kræver en del uddannelse"* (Ældrechef i større kommune).

- *"Det stiller store krav til sosu-personalets kommunikative kompetencer. Det tager tid at lære nyt. Dokumentationspraksis er også ændret og det opleves svært for medarbejderne. De vil det rigtig gerne og det giver god mening - men det er benhårdt arbejde at aflære gamle arbejdsgange og tillære nye."* (Hjemmeplejeleder i mindre kommune).

- *"Sosu-personalet, som har været i branchen i mange år, skal tænke på en hel anden måde, end de er vant til, hvilket giver en udfordring. De har svært ved at slippe de borgere, som de er kommet hos i mange år."* (Hjemmeplejeleder i mindre kommune).

- *"SOSU er mest hæmmet af, at de tidligere har været underlagt BUM model og dermed været meget opgavestyret. Denne arbejdsform giver en anden frihed og det skal SOSU lige vende sig til."* (Leder af træningsafdeling i større kommune).

- *"Det tidsmæssige kan være et problem i dagligdagen - personale oplever, at de ikke har nok tid hos borgeren til at udføre ordentlig hverdagsrehabilitering"* (Områdeleder i hjemmeplejen i lille kommune)

Medarbejderne i hjemmeplejen vurderes således generelt at være motiveret til at arbejde hverdagsrehabiliterende, mange har viljen og lysten og hverdagsrehabilitering giver rigtig god mening - men problemet kan være, at det er svært for medarbejderne at lære nye rutiner og arbejdsgange og aflære de gamle, samtidig med at rammerne om medarbejdernes arbejde gør, at de har vanskeligt ved at arbejde tilstrækkeligt hverdagsrehabiliterende. F.eks. kræver det en del uddannelse at arbejde hverdagsrehabiliterende samtidig med at tidligere strukturer i og organisering af ældreplejen (f.eks. BUM-model) gør, at medarbejderne har svært ved at omstille sig til hverdagsrehabilitering

som ny måde at arbejde på. Dette underbygges også af, at udsagnet 'Organisering og planlægning af det daglige arbejde i hjemmeplejen gør, at medarbejderne har vanskeligt ved at arbejde hverdagsrehabiliterende' er et af de højest vurderede udsagn om ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Gennemsnitsværdien ligger på 4,05, dvs. svarer til svarkategorien 'hverken eller'. Men spredningen i respondenternes besvarelser er forholdsvis stor (S.D. 1,641), hvor 48,3 % af respondenterne erklærer sig 'delvis enig', 'enig' eller 'helt enig' i udsagnet, 38,9 % erklærer sig 'delvis uenig', 'uenig' eller 'helt uenig', mens 12,9 % er neutrale (hverken eller).

Samlet set er billedet, at ledere og chefer generelt er positive overfor og oplever få ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Der er generelt højere gennemsnitsværdier for fordelene ved hverdagsrehabilitering, og alle gennemsnitværdier ligger over 4 (hvilket svarer til svarkategorien hverken/eller), men mest i svarkategorierne 'delvis enig' og 'enig'. Den absolutte topscorer af fordelene ved hverdagsrehabilitering er, at 'Hverdagsrehabilitering giver højere livskvalitet til den enkelte bruger'. For dette udsagn ligger gennemsnitsværdien på hele 6,36, dvs. svarkategorien 'enig', og næsten alle respondenter (98,1 %) erklærer sig 'delvis enig', 'enig' eller 'helt enig' i at, hverdagsrehabilitering giver borgerne mere livskvalitet. Hverdagsrehabilitering vurderes således mest af alt at give højere livskvalitet for den enkelt bruger. Men også andre fordele vurderes positivt. F.eks. at hverdagsrehabilitering bidrager til øget tværfagligt samarbejde og øget faglig viden på hele ældreområdet. Derudover gives også udtryk for, at hverdagsrehabilitering er højt prioriteret – særligt blandt kommunens administrative niveau 2- og 3-ledere på ældre- og sundhedsområdet, men også af kommunens politikere. I mindre grad vurderes hverdagsrehabilitering at have bidraget til kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt personalet i hjemmeplejen.

Flere respondenter vælger at kommentere på udsagnene om fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering (se enkelte udvalgte kommentarer ovenfor), men flere skriver også, at trods udsagnene repræsenterer nogle relevante dilemmaer, kan de være svære at svare på. F.eks. som en leder af myndighedsafdelingen i en større kommune beskriver:

"Ja, helt relevante dilemmaer - men de er ikke sort-hvide og derfor svære at svare enig eller uenig til. Der er områder og distrikter, hvor samarbejdet mellem terapeuter og sosu-personale ikke fungerer, men der er også steder, hvor det kører optimalt. Ligesådan er der sosu-personale der fuldt ud har kompetencerne, men det modsatte gør sig også gældende, og sådan gælder det hele vejen rundt. De fleste borgere er motiverede til at deltage, men nogle er ikke og mener det er en spareøvelse - det gør de pårørende i øvrigt også. Hverdagsrehabilitering giver ikke pr. automatik medarbejdertilfredshed - det kommer jo an på hvordan der arbejdes med det - hvis de frygter, at de bliver arbejdsløse eller ikke har kompetencerne til at forstå formålet og meningen, så giver det i sagens natur ikke tilfredshed." (Leder af visitations- og myndighedsafdeling i større kommune).

Tabel 26. Oplevede fordele ved hverdagsrehabilitering i prioriteret rækkefølge

	N	Gennem-snit	Min.	Max	S.D.
23.1. Hverdagsrehabilitering giver højere livskvalitet til den enkelte bruger	258	6,36	1	7	0,821
24.4. Hverdagsrehabilitering bidrager til øget tværfagligt samarbejde på hele ældreområdet	252	6,00	3	7	0,934
24.9. Hverdagsrehabilitering som tilgang er højt prioriteret blandt kommunens administrative niveau 2- og 3-ledere på ældre- og sundhedsområdet	255	6,00	1	7	1,099
24.3. Hverdagsrehabilitering indebærer i min kommune en høj grad af tværfagligt samarbejde	254	5,97	2	7	1,009
24.2. Hverdagsrehabilitering bidrager til øget faglig viden på hele ældreområdet	256	5,96	1	7	0,907
24.8. Hverdagsrehabilitering som tilgang er højt prioriteret blandt kommunalbestyrelse/byrådet	254	5,80	1	7	1,170
23.3. Hverdagsrehabilitering giver øget medarbejdertilfredshed	258	5,68	1	7	1,013
24.1. Hverdagsrehabilitering giver kommunale besvarelser	255	5,22	1	7	1,252
23.6. Hverdagsrehabilitering giver lavere sygefravær blandt sosu-personalet i hjemmeplejen	257	4,30	1	7	1,139

Note: Svarkategorierne: 1=helt uenig, 2=uenig, 3=delvis uenig, 4=hverken eller, 5= delvis enig, 6= enig, 7=helt enig

Tabel 27. Oplevede ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering i prioriteret rækkefølge

	N	Gennem-snit	Min.	Max	S.D.
24.6. Den hverdagsrehabiliterende tilgang bør opprioriteres i min kommune	253	4,62	1	7	1,766
24.7. Organisering og planlægning af det daglige arbejde i hjemmeplejen gør, at medarbejderne har vanskeligt ved at arbejde hverdagsrehabiliterende	255	4,05	1	7	1,641
24.5. Andre opmærksomhedspunkter i organisationen har betydet et faldende fokus på hverdagsrehabilitering	254	3,61	1	7	1,710
23.7. Sosu-personalet i hjemmeplejen har generelt set vanskeligt ved at afslutte hverdagsrehabiliteringsforløb, når borgerne er blevet selvhjulpne	257	3,38	1	7	1,539
23.5. Sosu-personalet i hjemmeplejen har ikke de nødvendige kompetencer til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende i det daglige arbejde	258	3,23	1	7	1,607
23.2. Ældreplejens brugere er ikke motiverede for at deltage i hverdagsrehabilitering	258	2,89	1	6	1,379
23.4. Sosu-personalet i hjemmeplejen er ikke motiverede for at arbejde hverdagsrehabiliterende	257	2,36	1	7	1,328
23.8. Det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og sosu-personale i hjemmeplejen fungerer ikke	257	2,23	1	7	1,361

Note: Svarkategorierne: 1=helt uenig, 2=uenig, 3=delvis uenig, 4=hverken eller, 5= delvis enig, 6= enig, 7=helt enig

Tabel 28. Potentielle fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering – borgere og medarbejdere (andel i procent)

	Uenig eller helt uenig	Delvis uenig	Hverken eller	Delvis enig	Enig eller helt enig
1. Hverdagsrehabilitering giver højere livskvalitet til den enkelte bruger (n=258)	0,4	0,4	1,2	10,5	87,6
2. Ældreplejens brugere er ikke motiverede for at deltage i hverdagsrehabilitering (n=258)	46,1	24,0	10,1	18,2	1,6
3. Hverdagsrehabilitering giver øget medarbejdertilfredshed (n=258)	0,8	1,9	7,0	29,8	60,5
4. Sosu-personalet i hjemmeplejen er ikke motiverede for at arbejde hverdagsrehabiliterende (n=257)	66,1	15,6	7,0	9,7	1,6
5. Sosu-personalet i hjemmeplejen har ikke de nødvendige kompetencer til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende i det daglige arbejde (n=258)	40,3	19,0	12,8	20,9	7,0
6. Hverdagsrehabilitering giver lavere sygefravær blandt sosu-personalet i hjemmeplejen (n=257)	5,8	4,7	63,0	10,1	16,3
7. Sosu-personalet i hjemmeplejen har generelt set vanskeligt ved at afslutte hverdagsrehabiliteringsforløb, når borgerne er blevet selvhjulpne (n=257)	33,9	20,6	19,5	17,9	8,2
8. Det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og sosu-personale i hjemmeplejen fungerer ikke (n=257)	69,3	14,8	6,6	5,8	3,5

Spørgsmålsformulering: Nedenfor er anført en række udsagn om fordele ved, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Markér venligst i hvor høj grad du er enig eller uenig i de enkelte udsagn.

Noter: Kategorierne 'helt uenig' og 'uenig' er slået sammen til en kategori, mens 'helt enig' og 'enig' er slået sammen til en kategori.

Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

Tabel 29. Potentielle fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering – organisatoriske forhold (andel i procent)

	Uenig eller helt uenig	Delvis uenig	Hverken eller	Delvis enig	Enig eller helt enig
1. Hverdagsrehabilitering giver kommunale besparelser (n=255)	3,5	3,5	19,2	27,1	46,7
2. Hverdagsrehabilitering bidrager til øget faglig viden på hele ældreområdet (n=256)	0,4	0,4	5,5	18,4	75,4
3. Hverdagsrehabilitering indebærer i min kommune en høj grad af tværfagligt samarbejde (n=254)	0,4	2,8	4,3	18,9	73,6
4. Hverdagsrehabilitering bidrager til øget tværfagligt samarbejde på hele ældreområdet (n=252)	0	1,6	4,4	21,0	73,0
5. Andre opmærksomhedspunkter i organisationen har betydet et faldende fokus på hverdagsrehabilitering (n=254)	36,6	1,6	12,6	26,8	13,4
6. Den hverdagsrehabiliterende tilgang bør opprioriteres i min kommune (n=253)	16,6	8,3	21,3	16,6	37,2
7. Organisering og planlægning af det daglige arbejde i hjemmeplejen gør, at medarbejderne har vanskeligt ved at arbejde hverdagsrehabiliterende (f.eks. pga. mange forskellige medarbejdere hos den samme borger, arbejdspres, knaphed på ressourcer) (n=255)	22,4	16,5	12,9	31,0	17,3
8. Hverdagsrehabilitering som tilgang er højt prioriteret blandt kommunalbestyrelse/byrådet (n=254)	1,2	4,7	6,3	16,9	70,9
9. Hverdagsrehabilitering som tilgang er højt prioriteret blandt kommunens administrative niveau 2- og 3-ledere på ældre- og sundhedsområdet (n=255)	1,2	2,4	6,3	13,3	76,9

Spørgsmålsformulering: Nedenfor er anført en række udsagn om fordele ved, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Markér venligst i hvor høj grad du er enig eller uenig i de enkelte udsagn.

Noter: Kategorierne 'helt uenig' og 'uenig' er slået sammen til en kategori, mens 'helt enig' og 'enig' er slået sammen til en kategori.

Note: Besvaret af ældre- og sundhedschefer, samt funktionsledere af hhv. myndighedsafdeling, trænings- og rehabiliteringsafdeling og hjemmepleje.

5.5 Opsummering

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen udsendt og besvaret af chefer og ledere på ældreplejeområdet i danske kommuner, kan der peges på, at alle danske kommuner de seneste 10 år har introduceret hverdagsrehabilitering på ældreplejeområdet. Der ses dog en forskel i, hvornår kommunerne har introduceret hverdagsrehabilitering. Stort set alle kommuner havde allerede indført hverdagsrehabilitering i en eller anden form inden ændringen i lovgivningen i 2014/2015. Ca. en fjerdel af kommunerne introducerede hverdagsrehabilitering i 2010 eller i årene inden, mens langt størstedelen af kommunerne introducerede hverdagsrehabilitering i perioden 2011-2014. Kun to kommuner har etableret hverdagsrehabilitering i perioden efter lovændringen, som forpligter alle kommuner til at tilbyde borgerne et hverdagsrehabiliteringsforløb. Ideen om hverdagsrehabilitering

har dermed spredt sig til alle danske kommuner, og i en sådan grad at hverdagsrehabilitering i høj grad opleves at gennemsyre hele ældrepleje-organisationen i kommunerne. Dog er der fortsat en række kommuner, hvori hverdagsrehabilitering fortsat opleves at fungere mest som et supplement til de almindelige serviceydelser inden for hjemmepleje.

Hverdagsrehabiliteringens formål og betydning i kommunerne vurderes primært at være at øge borgernes selvhjulpenhed og dermed livskvalitet. Hverdagsrehabilitering opleves i mindre grad som en økonomisk gevinst for kommunerne. Dog har en del respondenter angivet både borgernes livskvalitet og økonomisk gevinst for kommunerne som det primære formål med hverdagsrehabilitering, hvilket sandsynligvis afspejler, at hverdagsrehabilitering ofte er indført i kommunerne ud fra begge hensyn. Generelt er chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde positive overfor og oplever få ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering vurderes mest af alt at bidrage til højere livskvalitet for den enkelte bruger, øget tværfagligt samarbejde og øget faglig viden på hele ældreområdet. Hverdagsrehabilitering vurderes i mindre grad at bidrage til kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt medarbejderne i hjemmeplejen.

Målgruppen for hverdagsrehabilitering er som udgangspunkt alle borgere over 18 år, hvis de er berettiget til hjælp efter SEL § 83 og de vurderes at have hverdagsrehabiliteringspotentiale. Dog vurderes særligt borgere med pludselig eller gradvis opstået fysisk funktionsnedsættelse eller funktionsfald at udgøre en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering. Borgere med nedsat psykisk funktionsnedsættelse, udviklingshæmning eller demens vurderes i mindre grad at være en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering. Centralt i hverdagsrehabiliteringstankegangen er, at borgerne inddrages og involveres i hverdagsrehabiliteringsforløbet. Generelt vurderes det, at kommunerne i høj grad har rutiner, der sikrer, at borgerne deltager aktivt i hverdagsrehabiliteringsforløbets forskellige faser. Kommunerne har dog især rutiner, der sikrer borgernes aktive deltagelse og involvering ift. kortlægning og formulering af egne behov og mål, og i mindre grad ift. involvering af valg af indsatser og i opfølgning og evaluering af de aftalte mål.

På trods af, at hverdagsrehabiliterende indsatser ofte er tværfaglige, vurderes de hverdagsrehabiliterende terapeuter, herunder primært ergoterapeuterne, at være en gennemgående og central faggruppe i hverdagsrehabiliteringsforløb ved i forholdsvis høj grad at være involveret i både udarbejdelsen af borgernes hverdagsrehabiliteringsplan og den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning med borgeren. De terapeuter, som er involveret i den hverdagsrehabiliterende indsats er i overvejende grad organiseret centralt, og i mindre grad decentralt i hjemmeplejen. Den mest udbredte model for organiseringen er en model, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret centralt i træningsafdelingen blandt kommunens øvrige terapeuter.

Hhv. 77,2 % og 70,4 % af respondenterne svarer, at private leverandører inddrages i større eller mindre grad i hverdagsrehabilitering i deres kommune inden for praktisk hjælp og personlig pleje. Private leverandører inden for praktisk hjælp synes at være forholdsvist mere udbredt end private leverandører inden for personlig pleje. Ca. 20 % svarer, at der ingen private leverandører er på området for personlig pleje.

Hverdagsrehabilitering synes primært at handle om træning af dagligdagens aktiviteter i boligen, indretning af boligen og nærmiljø med hjælpemidler og velfærdsteknologi og fysisk træning, og mindre grad handler om indsatser, der retter sig mod aktiviteter uden for borgerens hjem. Der er en tendens til, at kommunerne i højere grad understøtter borgernes selvhjulpenhed på områder, der

er tæt knyttet til servicelovens §83 om personlig pleje og praktisk hjælp. Hverdagsrehabilitering handler i mindre grad om at støtte borgerne i at komme uden for hjemmet, i at engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær samt ift. at rådgive og vejlede borgerne ift. andre offentlige eller frivillige organisationer, som kan hjælpe dem.

Når hjælpemidler og velfærdsteknologi inddrages som en del af hverdagsrehabiliteringsindsatserne vurderes det i overvejende grad at være ved brug af småhjælpemidler, som hjælpemiddel til af- og påtagning af støtte- og kompressionsstrømper.

- Der er forskel på, hvornår kommunerne har indført hverdagsrehabilitering. Stort set alle kommuner havde indført hverdagsrehabilitering inden ændringen i lovgivningen i 2015. Ca. 1/4 af kommunerne indførte hverdagsrehabilitering i 2010 eller i årene inden, mens langt størstedelen af kommunerne introducerede hverdagsrehabilitering i 2011-2014. Kun to kommuner indførte hverdagsrehabilitering efter lovændringen.
- At øge borgernes selvhjulpenhed og dermed livskvalitet vurderes at være det primære formål med hverdagsrehabiliteringen. I mindre grad vurderes økonomiske besparelser i kommunerne at være det primære formål.
- Generelt er chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde positive overfor og oplever få ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering.
- Hverdagsrehabilitering vurderes mest af alt at bidrage til højere livskvalitet for den enkelte bruger, øget tværfagligt samarbejde og øget faglig viden på hele ældreområdet. Hverdagsrehabilitering vurderes i mindre grad at bidrage til kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt medarbejderne i hjemmeplejen.
- Særligt borgere med pludselig eller gradvis opstået fysisk funktionsnedsættelse eller funktionsfald vurderes at være en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering. Borgere med nedsat psykisk funktionsnedsættelse, udviklingshæmning eller demens vurderes i mindre grad at være en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering.
- Kommunerne har særligt organisatoriske rutiner, der sikrer borgernes aktive deltagelse og involvering ift. kortlægning og formulering af egne behov of mål, og i mindre grad ift. involvering i valg af indsatser og i opfølgning og evaluering af de aftalte mål.
- De hverdagsrehabiliterende terapeuter vurderes at være den mest centrale og gennemgående faggruppe i hverdagsrehabiliteringsforløb.
- Den mest udbredte organisationsmodel, er en model hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter er placeret centralt i træningsafdelingen sammen med kommunens øvrige terapeuter.
- Private leverandører inden for praktisk hjælp vurderes at være forholdsvist mere udbredt end inden for peronlig pleje.
- Kommunerne understøtter i højere grad borgernes selvhjulpenhed på områder tæt knyttet til servicelovens §83 om personlig pleje og praktisk hjælp. Hverdagsrehabilitering handler i mindre grad om at støtte borgerne i at komme uden for hjemmet, i at engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær, samt henvise til andre offentlige eller frivillige organisationer.
- I hverdagsrehabilitering gøres primært brug af småhjælpemidler, som f.eks. hjælpemiddel til af- og påtagning af kompressionsstrømper.

6 Diskussion

I dette kapitel foretages en sammenligning og diskussion af resultaterne fra undersøgelsens tre forskellige analyser: Litteratur reviewet, casestudiet og spørgeskemaundersøgelsen.

På baggrund af et indledende systematisk litteratur review af den nationale og internationale litteratur – herunder dog primært danske og norske studier – omhandlende organiseringen af hverdagsrehabilitering identificeredes indledningsvist i rapporten fire forskellige typologier over modeller for organisering af hverdagsrehabilitering. I hver af de fire typologier identificeredes en række modeller, som er forskellige, men som grundlæggende afspejler centrale spørgsmål om, hvilken rolle forskellige medarbejdergrupper skal have i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og i hvilke organisatoriske enheder disse forskellige medarbejdergrupper skal placeres.

Den nuværende forskning på området peger således på en række forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering i danske og norske kommuner, men den eksisterende forskning har endnu ikke belæg for at fremhæve en organisationsform som den rigtige. Organiseringen af hverdagsrehabilitering afhænger i høj grad af lokale forhold i den enkelte kommune – og der eksisterer både fordele og ulemper ved alle de forskellige modeller (se nedenfor) - samtidig med, at en række faktorer ses som helt afgørende for en succesfuld implementering af hverdagsrehabilitering. Dette gælder bl.a. borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering, at medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende, det tværfaglige samarbejde, samt dokumentation, kommunikation og tilstrækkelig tid til hverdagsrehabilitering.

6.1 De hverdagsrehabiliterende terapeuter som centrale aktører i hverdagsrehabilitering

I den hverdagsrehabiliterende tilgang lægges vægt på tværfaglighed i indsatsen. Mange forskellige medarbejdergrupper har derfor i princippet aktier i og er vigtige for en hverdagsrehabiliterende indsats, som på sigt og i videst muligt omfang skal gøre borgerne selvhjulpne og uafhængige af kommunens hjælp. Ifølge hverdagsrehabiliteringens programteori (se afsnit 1.4), som også afspejles i resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen til de kommunale chefer og ledere (se afsnit 5.2.2), spiller særligt de hverdagsrehabiliterende terapeuter en helt central rolle i hverdagsrehabilitering. Som andre fysio- og ergoterapeuter har de hverdagsrehabiliterende terapeuter rehabiliteringsperspektivet som en helt central del af deres uddannelse. Derudover fungerer de hverdagsrehabiliterende terapeuter ofte som 'motor' i de hverdagsrehabiliterende indsatser og forløb, hvor de er en gennemgående og central medarbejdergruppe, der er involveret i både udarbejdelsen af borgerens hverdagsrehabiliteringsplan og i den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning med borgeren.

I casestudierne i Jammerbugt og Thisted kommuner finder vi også, at både visitatorerne og medarbejderne i hjemmeplejen ønsker et tæt, men også tættere samarbejde og kontakt med de hverdagsrehabiliterende terapeuter (se afsnit 4.2.2.3). Begge grupper ønsker, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter sidder så tæt på de respektive medarbejdergrupper som muligt. Pga. af terapeuternes betydningsfulde rolle og grundlæggende fokus på en hverdagsrehabiliterende tilgang i arbejdet, forventer både visitatorer og medarbejdere i hjemmeplejen, at et tættere samarbejde og hyppigere kontakt vil betyde et styrket fokus på den hverdagsrehabiliterende tilgang i de pågældende medarbejdergrupper.

Qua de hverdagsrehabiliterende terapeuters store betydning for hverdagsrehabiliteringsindsatsen og de øvrige medarbejderes oplevede udbytte af den tværfaglige sparring og samarbejde med terapeuterne, udvikles i denne undersøgelse - med inspiration fra de tidligere studier og typologier - en ny typologi over organiseringen af hverdagsrehabilitering (se afsnit 2.2). Til forskel fra de fire øvrige typologier, som beskæftiger sig med organiseringen af hverdagsrehabilitering i en mere bred forstand, sætter denne typologi netop fokus på den organisatoriske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, som en gennemgående og helt central aktør i hverdagsrehabiliteringsforløbet. Typologien skelner mellem tre typer af organisering, hvor den afgørende forskel er, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk er placeret, hhv. i en central, decentral placering eller en placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i et tværfaglig, specialiseret hverdagsrehabiliteringsteam.

6.2 Organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser og terapeuter

Som størstedelen af de øvrige danske kommuner indførte Thisted og Jammerbugt kommuner hverdagsrehabilitering i perioden 2011 og frem til lovændringen i 2015 – inspireret af Fredericia-modellen og Fredericia Kommunes tidlige erfaringer med hverdagsrehabilitering. I 2011 indførte Jammerbugt og Thisted kommuner hverdagsrehabilitering på forsøgsbasis, men efter få år blev hverdagsrehabilitering implementeret som en del af driften i begge kommuner.

Måden hverdagsrehabilitering organiseres på i dag i de to kommuner kan jf. Fürst & Høverstads (2014) kategoriseringer karakteriseres som en *delt organisering*, hvor hverdagsrehabilitering foretages i et tæt samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter og sosu-personalet i hjemmeplejen. De hverdagsrehabiliterende terapeuter fungerer i begge kommuner som en slags "motor" (Fürst & Høverstad, 2014) for den hverdagsrehabiliterende indsats, hvor terapeuterne har ansvaret for udredning, planlægning og opfølgning af hverdagsrehabiliteringsforløbet, mens den daglige træning med borgerne varetages af medarbejderne i hjemmeplejen under vejledning og støtte af de hverdagsrehabiliterende terapeuter.

I begge kommuner er de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk, men også fysisk placeret centralt – enten i en visitations- og myndighedsafdeling som i Jammerbugt Kommune, eller i en trænings- og rehabiliteringsafdeling som i Thisted Kommune. De hverdagsrehabiliterende terapeuter er dermed hverken decentralt placeret direkte i hjemmeplejen, eller i et samlet tværfagligt specialiseret hverdagsrehabiliteringsteam eller enhed, som kan være bud på alternative organiseringer, jf. typologien. Terapeuterne er derimod organisatorisk forankret i andre afdelinger end hjemmeplejen, hvorfra de bidrager med støtte og vejledning til sosu-medarbejderne i hjemmeplejen, som udfører den daglige hverdagsrehabilitering.

Den overordnede organisering af den hverdagsrehabiliterende indsats i de to kommuner minder således om den måde, som de fleste kommuner ifølge tidligere studier har organiseret indsatsen på i form af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger, herunder i samarbejde med enten kommunens træningssektion (type 1a jf. Kjellberg et al. 2013) eller i form af en koordinerende myndighed (model 1 jf. Rambøll 2017), hvor hjemmeplejen spiller en central rolle i hverdagsrehabiliteringsforløbet, men med støtte fra rehabiliteringskoordinatorer (f.eks. terapeuter) tilknyttet enten kommunens trænings- eller myndighedsafdeling.

Sammenlignes de to kommuners organisering af hverdagsrehabiliteringsindsatsen – og her med fokus på den organisatoriske forankring af de hverdagsrehabiliterende terapeuter – med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen til chefer og ledere på ældreområdet i danske kommuner – er en

central placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter også mest udbredt. Mere end 80 % af respondenterne svarer, at hverdagsrehabilitering i deres kommune er organiseret centralt i en træningsafdeling og/eller i en myndigheds- og visitationsafdeling. Fælles for Jammerbugt og Thisted kommuner – og mange af de øvrige danske kommuner – er således, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter har en central placering i organisationen. Den primære forskel på de to kommuner er dog, i hvilken central afdeling de hverdagsrehabiliterende terapeuter er organisatorisk og fysisk placeret – som nævnt i hhv. en træningsafdeling i Thisted Kommune og i en myndighedsafdeling i Jammerbugt Kommune.

Særligt er den måde, som man i Thisted Kommune har organiseret de hverdagsrehabiliterende terapeuter på, mest udbredt i de danske kommuner. I knap halvdelen af kommunerne (49 %) er de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk placeret centralt i kommunens træningsafdeling sammen med kommunens øvrige terapeuter. Derimod er den måde man i Jammerbugt Kommune har valgt at organisere de hverdagsrehabiliterende terapeuter på centralt i kommunens visitations- og myndighedsafdeling i mindre grad udbredt i de øvrige danske kommuner (11,5 % af kommunerne). På samme måde er en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i hjemmeplejen også kun i mindre grad udbredt i den samlede population af kommuner, hvor ca. en ud af fire (27 %) af kommunerne har de hverdagsrehabiliterende terapeuter decentralt organisatorisk forankret i hjemmeplejen.

6.3 Fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter

Som nævnt findes ingen 'one best way' at organisere hverdagsrehabilitering på – på samme måde som det bliver pointeret mere generelt inden for den klassiske organisationsteori. Men det er dog muligt at pege på en række fordele og ulemper ved de forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering – også når man skelner mellem de hverdagsrehabiliterende terapeuters placering enten centralt, decentralt eller i et hverdagsrehabiliteringsteam. I både litteraturstudiet, casestudiet og spørgeskemaundersøgelsen sættes fokus på fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter. Tabel 30 på næste side er en udvidet og samlet model og oversigt, der opsummerer fordele og ulemper ved de forskellige modeller, som de kommer til udtryk i de tre forskellige analyser. I tabellen skelnes således mellem fordele og ulemper ved en central placering, herunder i enten myndigheds- eller træningsafdeling, en decentral placering med terapeuterne placeret direkte i hjemmeplejen, eller en placering af terapeuterne i et tværfagligt og specialiseret hverdagsrehabiliteringsteam[15].

[15] Fordele og ulemper ved hverdagsrehabiliteringsteam-modellen kommer fra indsigterne fra litteratur reviewet, da casestudiet og spørgeskemaundersøgelsen primært havde fokus på hhv. en central og decentral organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter – og ikke en organisering med et tværfagligt og specialiseret hverdagsrehabiliteringsteam som en tredje mulighed.

Tabel 30. En samlet oversigt over fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering

		Fordele	Ulemper
Central placering	**Myndigheds-afdeling**	- Sikrer et tæt samarbejde med visitatorerne - Giver mulighed for tværfaglig sparring mellem visitatorer og terapeuter - Hurtig igangsættelse af hverdagsrehabiliterings-forløb	- Terapeuterne kan blive betragtet som gæster i hjemmeplejen, og kan nemt komme til at indtage en konsulentfunktion - En relationel distance mellem terapeuter og hjemmeplejen - Meget køretid og geografisk afstand til hjemmeplejen - Svært for terapeuterne løbende at være med til at holde fokus på og uddanne hjemmeplejen i at arbejde hverdagsrehabiliterende - Kræver stor opmærksomhed på synlighed og tilstedeværelse i hjemmeplejen - Sosu-personalet i hjemmeplejen mangler faglig sparringspartner i det daglige arbejde med borgerne og de opgaver og udfordringer der er - Risiko for at terapeuter lukker sig om sig selv og kun ser isoleret på hverdagsrehabiliteringsopgaven - Manglende tæt kontakt og sparring med hjemmeplejen kan betyde, at kultur- og paradigmeskiftet i hjemmeplejen udebliver - Fordi de hverdagsrehabiliterende terapeuter varetager forskellige andre terapeutiske opgaver end hverdagsrehabilitering er der risiko for, at hverdagsrehabilitering nedprioriteres, hvilket kan betyde ventetid på hverdagsrehabiliteringsforløb
	Træningsafdeling	- Mulighed for monofaglig sparring for terapeuterne, som giver et højere vidensniveau - Mulighed for at holde sig fagligt ajour ved faglig sparring med andre trænende terapeuter - Mulighed for bedre koordinering ift. andre træningsforløb - Giver god sammenhæng mellem hverdagsrehabilitering og træningsafdelingens øvrige indsatsområder - Mindsker dobbeltarbejde ift. øvrige træningsforløb - Ergoterapeuterne bevarer et terapeutfagligt perspektiv ved at sidde centralt sammen og bliver ikke socialiseret ind i en klassisk omsorgskultur, hvor en kompenserende hjælp kan skabe afhængighed af mere hjælp - Sikrer et stærkt fagligt miljø terapeuterne imellem, som giver bedre rekrutteringsmulighed	
Decentral placering		- Skaber mulighed for en styrket og tæt kontakt, sparring og samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen - Understøtte og fastholde et fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen - Hverdagsrehabiliterende terapeuter har primært fokus på hverdagsrehabiliteringsopgaver - Understøtter den fælles indsats hos borgeren - De medarbejdere, der indgår i den hverdagsrehabiliterende indsats har samme leder – risiko reduceres for at fagspecifikke forståelser af rehabiliteringsindsatsens mål, metoder og rollefordeling kolliderer	- Terapeuter som generalister, ikke specialister - Svært for terapeuter at opretholde et højt fagligt niveau - Terapeuter savner monofaglig/terapeutfaglig sparring og et fagligt fællesskab, der styrker kvaliteten i terapeuternes arbejde - Terapeuternes ressourcer trækkes ind til "pleje-opgaver", når der er travlt - Risiko for at terapeuter bliver "opslugt" af en hjemmepleje, som også skal arbejde kompenserende - Pga. manglende stærkt fagligt miljø og læringsmiljø kan det være vanskeligt at rekruttere terapeuter, når man sidder alene med sit fagområde - De hverdags-rehabiliterende terapeuter vil sjældent have mulighed for at mødes med medarbejderne i hjemmeplejen, fordi medarbejderne mest er hos borgerne og på "landevejen" og sjældent på "stille-stederne"
Hverdagsrehabiliteringsteam		- Oplæring af færre medarbejdere i hverdagsrehabilitering - Sikrer ensartede tilbud om hverdags-rehabilitering på tværs af kommunen - Medarbejderne i teamet skærmes for almindelige pleje- og omsorgsopgaver og kan derfor koncentrere sig om og holde fokus på hverdags-rehabilitering	- Risiko for at medarbejderne i hjemmeplejen ser det specialiserede team som en trussel, der fjerne deres arbejdsgrundlag og overflødiggør deres faglighed - Medvirker ikke til en spredning af den hverdagsrehabiliterende indsats til resten af organisationen

Som det fremgår af tabellen på forrige side er der fordele og ulemper ved alle fire modeller. Et valg af én model vil altid have en række fordele og en række ulemper. Det betyder også, at spørgsmålet om, hvor og hvordan de hverdagsrehabiliterende terapeuter bør organiseres – så alle andre medarbejdere får mest og det bedste udbytte af dem, og for at det tværfaglige samarbejde har de bedste betingelser – derfor er centralt. Men det er et spørgsmål, som er svært at give et entydigt svar på. Baseret på disse fordele og ulemper ved forskellige modeller, afhænger valg af model således af, hvad man ønsker at prioritere og hvilke interesser man særligt ønsker at tilgodese ift. den hverdagsrehabiliterende indsats.

Hvis man med en decentral model med de hverdagsrehabiliterende terapeuter ansat direkte i hjemmeplejen ønsker, at hverdagsrehabilitering skal gennemsyre hele hjemmeplejen, kan denne model synes at betyde, at hverdagsrehabilitering og fagligheden ikke prioriteres organisatorisk. Indtil hverdagsrehabiliteringsnormer gennemsyrer hele hjemmeplejen, vil denne model have en tendens til at nedprioritere hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen og levere en ikke-up-to date version af hverdagsrehabilitering.

Hvis man med en central model med hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret i træningsafdelingen ønsker at tilgodese terapeuternes interesser om mulighed for monofaglig sparring og et stærk terapeutfagligt miljø, og dermed organisatorisk synes at prioritere faglighed og kvalitet, kan det modsat betyde en relationel distance til medarbejderne i hjemmeplejen, som derfor i høj grad fordrer terapeuternes synlighed og tilstedeværelse i hjemmeplejen, for at det ønskede paradigmeskifte i hjemmeplejen kan finde sted.

Hvis man med en central model med hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret i myndigheds- og visitationsafdeling ønsker et tættere samarbejde, og mulighed for sparring mellem terapeuter og visitatorer, samt mulighed for hurtig igangsættelse af hverdagsrehabiliteringsforløb, synes man at prioritere et organisatorisk fokus på omkostningsstyring, men på bekostning af faglighed og kvalitet, hvor hverdagsrehabiliterende terapeuter mangler mulighed for sparring med andre trænende terapeuter i kommunen.

Hvis man – som en sidste mulighed – med en hverdagsrehabiliteringsteam-model ønsker at samle hverdagsrehabiliteringsindsatsen på færre, men specialiserede hænder, som bl.a. kan sikre ensartede tilbud på tværs af kommunen og et fokus på alene hverdagsrehabiliteringsopgaven, samtidig med at man organisatorisk synes at prioritere at "vende folk i døren" gennem det særlige tværfaglige team, kan en risiko være, at det sker på bekostning af, at den hverdagsrehabiliterende tilgang forbeholdes de få, og ikke kommer til at gennemsyre alle medarbejdere i hjemmeplejen eller organisationen som sådan.

6.4 Udfordringer og dilemmaer

Foruden at diskutere oplevede fordele og ulemper ved forskellige måder at organisere den hverdagsrehabiliterende indsats på i kommunerne, diskuteres som det næste udvalgte udfordringer eller dilemmaer i relation til en hverdagsrehabiliterende tilgang og arbejdsmetode.

6.4.1 Er den manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen fortsat en udfordring?

Baseret fra indsigterne og erfaringerne fra Jammerbugt og Thisted kommuner vurderes særligt borgernes motivation og hjemmeplejens arbejde med hverdagsrehabilitering i det daglige som vigtige

forudsætninger for at hverdagsrehabilitering lykkes. Men særligt sidstnævnte opleves som en særlig udfordring i begge kommuner. Her bliver medarbejderne i hjemmeplejen af deres vigtigste samarbejdspartnere (hverdagsrehabiliterende terapeuter og visitatorer) til tider opfattet som en modspiller i stedet for en medspiller i hverdagsrehabiliteringsforløbene, idet opfattelsen er, at medarbejderne ofte arbejder kompenserende i stedet for aktiverende. Medarbejdere og ledere i hjemmeplejen oplever selv, at de som udgangspunkt ikke arbejder kompenserende men tænker hverdagsrehabilitering og hjælp-til-selvhjælp ind fra start og i det meste af det de gør. Der er tydeligvis en forskel på sosu-medarbejdernes opfattelse af hele tiden at arbejde hverdagsrehabiliterende og terapeuternes og visitatorers opfattelse af, at den hverdagsrehabiliterende tilgang er mangelfuldt integreret i hjemmeplejen. Denne forskel i opfattelse af hverdagsrehabiliteringens implementering i hjemmeplejen kan skyldes flere ting. Eksempelvis at de forskellige faggrupper mangler et indblik i hinandens arbejde og arbejdsvilkår, eller forskellige opfattelser af hvad hverdagsrehabilitering indebærer. Spørgsmålet er, hvordan man organisatorisk kan understøtte en bedre kommunikation mellem de forskellige faggrupper involveret i hverdagsrehabilitering, således at der på tværs af faggrupperne opnås indsigt i hinandens arbejde og måde at arbejde hverdagsrehabiliterende på. Måske arbejder medarbejderne i hjemmeplejen faktisk hverdagsrehabiliterende? Måske er der forhold i det daglige arbejde, der gør det vanskeligt at arbejde hverdagsrehabiliterende, eller måske er den måde medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende på, ikke den måde som de hverdagsrehabiliterende terapeuter forventer, at de arbejder hverdagsrehabiliterende - og en kommunikation på tværs af faggrupper herom vil skabe bedre forståelse og mindre mistillid faggrupperne imellem.

På samme måde som der er ikke er enighed i, hvorvidt hverdagsrehabilitering er implementeret tilstrækkeligt i hjemmeplejen i de to kommuner, er der også forskellige opfattelser af årsager til mangelfuld implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen. Og dette synes at afhænge af, hvor i organisationen man er placeret. Chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde er overvejende positive overfor og oplever få ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering (i overensstemmelse med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen), mens medarbejderne som i det daglige skal arbejde med hverdagsrehabilitering og er tættest på praksis peger på forskellige udfordringer ifm. arbejdet med hverdagsrehabilitering.

Eksempelvis skyldes den manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen et motivationsproblem? Et uddannelsesproblem? Eller skyldes den manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen de rammer og strukturer for arbejdet i hjemmeplejen, der gør hverdagsrehabilitering vanskelig at prioritere og praktisere?

6.4.2 Et motivationsproblem?

I de to kommuner forventes at alle medarbejdere i hjemmeplejen arbejder ud fra en hverdagsrehabiliterende tilgang. Men oplevelsen blandt visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter er, at alle sosu-medarbejdere ikke er lige motiverede eller kompetente ift. at arbejde hverdagsrehabiliterende. Praksis er også, at hverdagsrehabiliterende terapeuter, visitatorer og gruppeledere i hjemmeplejen ser bestemte sosu-medarbejdere i hjemmeplejen som særligt motiverede, dedikerede og kompetente til at arbejde hverdagsrehabiliterende og derfor i højere grad udvælger til hverdagsrehabilitering og i højere grad samarbejder med.

Dette er dog ikke en opfattelse, der kommer til udtryk blandt de adspurgte chefer og ledere i samtlige danske kommuner i spørgeskemaundersøgelsen. Her vurderes medarbejderne i hjemmeplejen generelt at være motiveret til at arbejde hverdagsrehabiliterende. Det vurderes, at mange medarbej-

dere har viljen og lysten til hverdagsrehabilitering og at hverdagsrehabilitering giver rigtig god mening for dem. Ifølge flere respondenter kan problemet være, at det er svært for medarbejderne at lære nye rutiner og arbejdsgange og aflære de gamle, samtidig med at rammer og strukturer for medarbejdernes arbejde gør, at de har vanskeligt ved at arbejde tilstrækkeligt hverdagsrehabiliterende i det daglige – som det eksempelvis også bliver påpeget i casestudierne fra Jammerbugt og Thisted kommuner.

Spørgsmålet er, om målsætningen om, at hverdagsrehabiliteringstankegangen skal gennemsyre hele ældreplejen er realistisk, eller om det er bedre at hverdagsrehabilitering primært er en opgave for en gruppe særligt uddannede og motiverede medarbejdere.

6.4.3 Et uddannelsesproblem?

At man i kommunerne ønsker motiverede og kompetente medarbejdere, der i høj grad arbejder hverdagsrehabiliterende, men samtidig ønsker tankegangen bredt ud over alle medarbejdere uden egentligt kompetenceudvikling og uddannelse i hverdagsrehabilitering kan ses som et dilemma. Kun få medarbejdere i hjemmeplejen blev oprindeligt uddannet til såkaldte hjemmetrænere med særlige kompetencer inden for hverdagsrehabilitering. I overgangen fra projekt til drift havde man forestillet sig, at tankegangen skulle sprede sig fra de få specialuddannede ressourcepersoner i hjemmeplejen til de mange medarbejdere via sidemandsoplæring og løbende spredning af viden og erfaring på f.eks. fælles gruppemøder. Men opfattelsen blandt hjemmeplejens nærmeste samarbejdspartnere er som nævnt, at tankegangen ikke har spredt sig tilstrækkeligt til alle medarbejdere i hjemmeplejen. Gruppeledere og medarbejderne i hjemmeplejen efterspørger selv brush-up kurser og løbende opkvalificering ift. hverdagsrehabilitering. Kun få af de oprindeligt uddannede hjemmetrænere er tilbage og nye medarbejdere kommer løbende til. Men spørgsmålet er, hvad der skal til for at tankegangen for alvor slår igennem i hjemmeplejen, og om uddannelse og opkvalificering kan bidrage til en ændring. Eller forventes det, at det er en grundlæggende tankegang blandt medarbejderne, som man ikke kan uddanne sig til?

Opfattelsen af, at medarbejderne i hjemmeplejen ikke skulle have de nødvendige kompetencer til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende bliver dog ikke delt af de adspurgte chefer og ledere i spørgeskemaundersøgelsen. Her erklærer ca. 60 % af respondenterne sig mere eller mindre uenige i, at 'sosu-personalet i hjemmeplejen har ikke de nødvendige kompetencer til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende i det daglige arbejde'.

6.4.4 Begrænsende strukturer og rammer i det daglige arbejde i hjemmeplejen?

Videre peges der på, at organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen ikke synes at understøtte en hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor bl.a. manglende personkontinuitet og tid til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende opleves som udfordringer. I spørgeskemaundersøgelsen til chefer og ledere på ældreområdet i samtlige kommuner erklærer knap 50 % af respondenterne sig mere eller mindre enig i, at 'organisering og planlægning af det daglige arbejde i hjemmeplejen gør, at medarbejderne har vanskeligt ved at arbejde hverdagsrehabiliterende (f.eks. pga. mange forskellige medarbejdere hos en samme borger, arbejdspres, knaphed på ressourcer)'.

I Jammerbugt og Thisted kommuner bliver det eksempelvis oplevet som en udfordring, at der ikke i tilstrækkelig grad er personkontinuitet i hverdagsrehabiliteringsforløbene, dvs. kontinuitet ift. hvilke medarbejdere, der kommer i borgerens hjem ifm. den daglige hverdagsrehabiliterende træning. Alle medarbejdergrupper peger på, at manglende personkontinuitet kan være en udfordring for det hver-

dagsrehabiliterende arbejde – både af hensyn til borgeren, af hensyn til medarbejderne i hjemmeplejen, som kommer mest i borgerens hjem og af hensyn til muligheden for et tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne. I løbet af et hverdagsrehabiliteringsforløb møder borgeren mange forskellige medarbejdere, og det bliver ikke prioriteret, at det er den eller de samme få medarbejdere, der kommer hos borgeren igennem hele forløbet. Borgerne oplever derved nye ansigter fra gang til gang, hvilket kan give utryghed og mindre motivation hos borgerne. For medarbejderne kan den manglende kontinuitet betyde et manglende overblik over og kendskab til borgernes hverdagsrehabiliteringsforløb, samt en manglende motivation for hverdagsrehabilitering og manglende ejerskab til borgernes forløb. Derudover kan det være svært for medarbejderne at følge borgerens udvikling i funktionsevne eller motivation over tid og derfor ikke nødvendigvis ved, hvilke krav kan der stilles til borgeren, hvor langt borgeren er kommet, og hvorvidt og hvordan der er sket en bedring eller forværring i borgerens situation. Medarbejdernes manglende overblik og mulighed for at følge borgeren over tid kan videre betyde, at medarbejderne sjældent melder tilbage til terapeuter og visitatorer, hvis og når de ser en bedring eller en forværring i borgerens funktionsevne – og den manglende kontinuitet blandt hjemmeplejens medarbejdere har derfor også betydning for det tværfaglige samarbejde og kommunikationen mellem faggrupperne. Samtidig kan det også være vanskeligt for medarbejdere i hjemmeplejen at insistere på en hverdagsrehabiliterende tilgang hos en borger, som giver udtryk for, at andre medarbejdere, som kommer hos borgeren, ikke stiller krav om og arbejder hen imod selvhjulpenhed hos borgeren, når der ikke er personkontinuitet i forløbene, men mange forskellige medarbejdere inde over.

Men derudover er tiden også en vigtig faktor, og travlhed i det daglige arbejde vurderes også at have betydning for medarbejdernes motivation og mulighed for at arbejde hverdagsrehabiliterende. I en presset tidsplan kan det være svært at arbejde hverdagsrehabiliterende fordi hverdagsrehabilitering betyder, at der skal bruges mere tid hos den enkelte borger. Og er man presset på tid, er det ofte hurtigere at gøre det selv, dvs. at udføre kompenserende hjælp og pleje. Oplevelsen af, om man har tid nok til det hverdagsrehabiliterende arbejde, synes således at påvirke medarbejdernes mulighed, men også motivation for at arbejde hverdagsrehabiliterende. For hverdagsrehabilitering tager tid, og er oplevelsen at der ikke er afsat nok tid til en hverdagsrehabiliterende tilgang, må alternativet være en kompenserende tilgang. Medarbejderne i hjemmeplejen har dog mulighed for at søge visitatorerne om mere tid hos den enkelte borger, hvis de finder det nødvendigt. Men det skal gøres skriftligt og skal fagligt begrundes, og det kan være svært; pga. manglende kontinuitet er man ikke fast medarbejder hos borgeren, medarbejderne mangler viden om, hvordan de skal begrunde og formulere sig for at ansøgningen går igennem, eller den skriftlige ansøgning bliver nedprioriteret i en travl hverdag – og sandsynligvis er det ikke den samme medarbejder, der kommer hos borgeren i morgen.

Derudover opleves det som en udfordring, at rammerne og betingelserne for et godt tværfagligt samarbejde mellem de forskellige medarbejdergrupper i hverdagsrehabiliteringsindsatsen ikke er optimale. Alle de interviewede medarbejdergrupper giver udtryk for, at de mangler mulighed for tværfaglig sparring, tæt kontakt og mulighed for erfaringsudveksling og for at mødes ifm. hverdagsrehabilitering for at få et optimalt tværfagligt samarbejde i forløbene. Til sammenligning erklærer mere end 80 % af de adspurgte chefer og ledere i spørgeskemaundersøgelsen sig mere eller mindre uenige i, at det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og sosu-personale i hjemmeplejen ikke fungerer.

I Jammerbugt og Thisted kommuner opleves den hverdagsrehabiliterende tilgang at kunne styrkes ved. at der kommer et tættere samarbejde og en tættere kontakt på tværs af medarbejdergrupperne. Men især er det et tættere samarbejde og kontakt til de hverdagsrehabiliterende terapeuter, der bliver betragtet som ønskværdig.

En tæt kontakt og et styrket samarbejde med de hverdagsrehabiliterende terapeuter opleves at kan ske ved en reorganisering, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeres nær de medarbejdergrupper, der vurderes at skulle profitere af en tættere kontakt – enten centralt i visitationsafdelingen nær visitatorerne eller decentralt direkte i hjemmeplejen nær sosu-medarbejderne. Både visitatorer og medarbejderne i hjemmeplejen udtrykker ønske om, at de hverdagsrehabiliterende terapeuter kommer helt tæt på organisatorisk og i fysisk forstand. De hverdagsrehabiliterende terapeuter ønsker derimod selv en organiseringsform, hvor de sidder sammen som faggruppe og ikke spredt ud over forskellige hjemmeplejegrupper – dvs. f.eks. med en central placering i enten myndigheds- eller træningsafdeling. Derudover lægger de hverdagsrehabiliterende terapeuter vægt på muligheden for faglig sparring med andre trænende terapeuter i kommunen, hvorved de kan opretholde et højt fagligt niveau ved at holde sig opdateret på den nyeste viden om regler, regimer og arbejdsmetoder inden for de enkelte specialområder, f.eks. med en central placering i træningsafdelingen med kommunens øvrige terapeuter.

En mindre radikal ændring i et forsøg på at styrke samarbejdet og kontakten mellem de forskellige medarbejdergrupper – men primært til de hverdagsrehabiliterende terapeuter – end en egentlig reorganisering, kan være en opprioritering af regelmæssige tværfaglige møder, hvor de forskellige medarbejdere kan mødes og konkret drøfte relevante borgerforløb eller mere generelt at sparre og erfaringsudveksle ift. en hverdagsrehabiliterende tilgang. I begge kommuner har man da også tidligere haft sådanne møder, men de blev enten sparet væk eller blev af de hverdagsrehabiliterende terapeuter oplevet som nedprioriteret af hjemmeplejen og derfor i sidste ende afskaffet. Medarbejdere, gruppeledere og områdeledere i hjemmeplejen er også interesseret i og kan se fordelene ved afholdelse af disse møder – men særligt i Thisted Kommune står de over for et dilemma. Pga. den aktivitetsbaseret finansierings- og økonomistyringsmodel, der anvendes i hjemmeplejen, hvor hjemmeplejen tilføres ressourcer på baggrund af de aktiviteter, som udføres, kan disse tværfaglige møder opfattes som ineffektive og spildtid. De tværfaglige møder med hverdagsrehabiliterende terapeuter ses ikke som en del af driften, og de tæller derfor ikke som en aktivitet, som hjemmeplejen bliver afregnet for. Spørgsmålet er, hvordan disse tværfaglige møder skal organiseres på en måde, sådan at de er en del af driften og betragtes som en reel aktivitet, som hjemmeplejen bliver afregnet for og derfor har incitament til at prioritere.

7 Konklusion

En af de helt centrale tendenser på det kommunale ældreområde i Danmark i det seneste årti har været opprioriteringen af hverdagsrehabilitering. Mange vestlige lande står over for problemer med aldrende samfund og et deraf forventeligt stigende behov for ældrepleje i fremtiden. Hverdagsrehabilitering bliver af mange betragtet som en bæredygtig løsning på denne udfordring, fordi hverdagsrehabilitering repræsenterer et paradigmeskifte i måden ældrepleje forstås og leveres på - fra en kompenserende og såkaldt "passiv" tilgang til en "aktiv" tilgang, hvor der i højere grad er fokus på borgernes egne ressourcer og mål. Hverdagsrehabilitering tilbydes som korte, intensive træningsforløb i hverdagens aktiviteter, hvor forskellige faggrupper - i samarbejde med borgeren selv og evt. pårørende - arbejder på at gøre borgeren selvhjulpen igen og dermed uafhængig af kommunens hjælp og pleje. Forventningen er, at borgernes højere grad af selvhjulpenhed vil resultere i en højere livskvalitet for den enkelte borger, men også på sigt lavere kommunale udgifter til ældrepleje.

Om end elementer af det vi i dag kalder hverdagsrehabilitering har været praktiseret i ældreplejen i årtier, opstod ideen om hverdagsrehabilitering, som en systematisk højt prioriteret indsats i Danmark, tilbage i 2007 med inspiration fra svenske erfaringer. Ideen og indsatsen har sidenhen og særligt med Fredericia Kommune som inspiration spredt sig til stort set alle kommuner i Danmark, som har udviklet egne lokale versioner og tilpasninger af hverdagsrehabilitering og Fredericia-modellen (Kjellberg et al. 2013). Siden en lovændring gældende fra 2015 skal alle kommuner nu tilbyde hverdagsrehabilitering til deres borgere, hvis de søger om hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp, og hvis de samtidig vurderes at have potentiale for at blive selvhjulpen i hverdagens aktiviteter. På trods af den stigende udbredelse af hverdagsrehabilitering i Danmark er der fortsat begrænset viden om, hvordan man bedst kan organisere indsatsen (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland, & Westendorp, 2016a; Rabiee & Glendinning, 2010). Spørgsmålet er, hvordan kommunerne har organiseret hverdagsrehabilitering, og om nogle måder at organisere hverdagsrehabilitering på er mere hensigtsmæssig end andre?

I denne undersøgelse har vi haft som mål at analysere kommunernes organisering af hverdagsrehabilitering, samt oplevede fordele og ulemper ved forskellige modeller for organisering – dels i den eksisterende nationale og internationale litteratur, i to udvalgte kommuner samt samtlige kommuner i Danmark. Undersøgelsen er struktureret om følgende fire forskningsspørgsmål:

1. Hvad siger den nationale og internationale forskning om, hvordan kommunale hverdagsrehabiliterende indsatser organiseres, hvilke centrale fordele og ulemper der er ved forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering inden for kommunal ældrepleje, og hvilke faktorer, der fremmer og hæmmer implementeringen af den hverdagsrehabiliterende indsats?
2. Hvilke ligheder og forskelle er der mellem Jammerbugt og Thisted kommuner med hensyn til indhold og organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser på ældreområdet?
3. Hvilke fordele og ulemper er der ved hverdagsrehabiliteringsindsatsens indhold og organisering ifølge centrale aktører (borgere, politikere, administrative ledere, visitatorer, terapeuter og medarbejdere i hjemmeplejen) i de to kommuner?
4. Hvilke ligheder og forskelle og dertil knyttede fordele og ulemper er der mere generelt knyttet til organiseringen af den hverdagsrehabiliterende indsats i landets kommuner, og hvorledes adskiller organiseringen i Jammerbugt og Thisted kommuner sig fra andre danske kommuner?

Undersøgelsen er bygget op omkring et indledende systematisk litteraturstudie, men særligt et casestudie baseret på kvalitative interviews i to kommuner, Jammerbugt Kommune og Thisted Kommune, med deltagelse af bl.a. borgere, medarbejdere og politisk-administrative ledere, samt en spørgeskemaundersøgelse til chefer og ledere på det kommunale ældreområde i samtlige danske kommuner.

7.1 Resultater

I dette afsluttende kapitel samles op på hvert af de fire spørgsmål, som de bliver besvaret i de forskellige analyser (kapitel 2, 4 og 5) og referencer gives hertil. På baggrund heraf og på baggrund af diskussionen i kapitel 6 præsenteres afslutningsvist en række opmærksomhedspunkter ift. organisering af hverdagsrehabilitering.

7.1.1 Eksisterende viden om modeller for organisering af hverdagsrehabilitering

I den nationale og internationale litteratur blev fire forskellige typologier for organiseringen af hverdagsrehabilitering (kapitel 2) identificeret. I typologierne præsenteres en række modeller for hverdagsrehabiliteringsorganisering, som er forskellige men som grundlæggende afspejler centrale spørgsmål om, hvilken rolle forskellige medarbejdergrupper skal have i hverdagsrehabiliteringsindsatsen, og i hvilke organisatoriske enheder disse forskellige medarbejdergrupper skal placeres.

På baggrund af de eksisterende typologier og det gennemførte casestudie (kapitel 4) blev en ny typologi over organiseringen af hverdagsrehabilitering udviklet. Her fokuseres på, hvor det primære ansvar for hverdagsrehabilitering er placeret, som i vores betragtning er hos de hverdagsrehabiliterende terapeuter, som en central og gennemgående faggruppe i hverdagsrehabiliteringsforløb. I typologien skelnes mellem, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk er placeret, hhv. med en central placering herunder i enten myndighedsafdeling eller en træningsafdeling, med en decentral placering i hjemmeplejens grupper eller en placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i et tværfaglig, specialiseret hverdagsrehabiliteringsteam.

Selvom den nuværende forskning på området peger på en række forskellige modeller for organisering af hverdagsrehabilitering i danske og norske kommuner, er der ikke belæg for at fremhæve en bestemt organisationsform som den rigtige. Organiseringen af hverdagsrehabilitering afhænger i høj grad af lokale forhold i den enkelte kommune – og der eksisterer både fordele og ulemper ved alle de forskellige modeller. Eksempelvis kan fordelen ved en decentral placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter være, at den kan underbygge en tæt, tværfaglig sparring og samarbejde på tværs af fagligheder (sosu-medarbejdere og terapeuter), men det er en model som samtidig kan betyde, at det kan være vanskeligt at rekruttere terapeuter til, fordi terapeuterne sjældent ønsker at sidde alene med sit fagområde ude i hjemmeplejegrupperne.

Der er en række faktorer som vore resultater indikerer er væsentlige for en succesfuld implementering af hverdagsrehabilitering. Dette gælder bl.a. borgernes motivation og mål for hverdagsrehabilitering, at medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende, det tværfaglige samarbejde, samt dokumentation, kommunikation og tid til hverdagsrehabilitering.

7.1.2 Organisering af hverdagsrehabilitering i Jammerbugt og Thisted kommuner – ligheder og forskelle

Hverdagsrehabilitering er i begge kommuner indført på forsøgsbasis i 2011 - dvs. inden lovændringen i 2015 - og bliver efter få år indført permanent i begge kommuner. I begge kommuner er hverdagsrehabilitering placeret i samme forvaltning: Social-, Sundheds- og Beskæftigelsesforvaltningen. I begge kommuner varetages hverdagsrehabilitering i et samarbejde mellem hverdagsrehabiliterende terapeuter (hverdagstræningsterapeuter i Thisted Kommune og Vi-Bevæger-Ældre-terapeuter i Jammerbugt Kommune) og medarbejdere i hjemmeplejen, og alle medarbejdere i hjemmeplejen forventes at arbejde hverdagsrehabiliterende. De hverdagsrehabiliterende terapeuter er i begge kommuner centralt organisatorisk placeret. Men den væsentligste forskel mellem kommunerne i organiseringen af hverdagsrehabilitering er, hvilken central afdeling de hverdagsrehabiliterende terapeuter organisatorisk er placeret i. I Jammerbugt Kommune er de hverdagsrehabiliterende terapeuter fysisk og organisatorisk placeret i myndighedsafdelingen blandt visitatorer, mens de hverdagsrehabiliterende terapeuter i Thisted Kommune er fysisk og organisatorisk placeret i træningsafdelingen blandt kommunens øvrige trænende terapeuter (kapitel 4). Som tidligere beskrevet (afsnit 2.4) og i overensstemmelse med indsigter fra den klassiske organisationsteori om den formelle strukturs betydning, vil organiseringen således kunne fremme bestemte hensyn frem for andre. I Jammerbugt Kommune vil hverdagsrehabiliteringsindsatsen i højere grad kunne indordnes en stram central styring af omkostninger ved at knytte de hverdagsrehabiliterende terapeuter tæt til visitations- og myndighedsafdelingen, mens man i Thisted Kommune i højere grad vil kunne fremme en stærk hverdagsrehabiliteringsindsats med høj faglighed, når de hverdagsrehabiliterende terapeuter knyttes tæt til kommunens øvrige terapeuter og trænings- og rehabiliteringsafdeling. På den anden side vil man i begge disse måder at organisere på bl.a. mangle den tætte tilknytning og relation til medarbejderne i hjemmeplejen, som kan sikre en forankring af hverdagsrehabilitering i praksis.

7.1.3 Centrale fordele og ulemper ved hverdagsrehabiliteringen og organiseringen heraf ifølge centrale aktører i de to kommuner

Ifølge centrale aktører i de to kommuner – og i overensstemmelse med indsatsens institutionaliserede programteori (afsnit 1.4) og tidligere forskning (afsnit 2.5) – er borgernes motivation for at blive selvhjulpne gennem deltagelse i hverdagsrehabilitering, og det at medarbejderne i hjemmeplejen i det daglige arbejder hverdagsrehabiliterende to helt centrale forudsætninger for, at hverdagsrehabilitering kan lykkes (afsnit 4.2.1 og 4.2.2).

Ifølge de interviewede medarbejdere i hjemmeplejen, visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter i begge kommuner opleves de fleste borgere som motiverede og positivt indstillede over for hverdagsrehabilitering. De i alt 12 interviewede borgere i de to kommuner giver også selv udtryk for at være motiverede for hverdagsrehabilitering. Flere af de interviewede borgere lægger vægt på, at en vigtig motivationsfaktor for at blive selvhjulpen er at blive uafhængig af kommunens hjælp. Flere borgere har nemlig oplevet, at deres liv i for høj grad er blevet indordnet og tilpasset kommunens organisering af det daglige arbejde end omvendt, og at ventetid og uforudsigelighed gør, at borgerne bliver særligt motiverede for at blive selvhjulpne igen.

I begge kommuner ses en betydelig forskel i opfattelsen af, hvor velintegreret hverdagsrehabilitering er i hjemmeplejens daglige praksis. På den ene side oplever sosu-medarbejdere og ledere i hjemmeplejen at de hele tiden arbejder ud fra en hverdagsrehabiliterende tilgang, på den anden side

giver visitatorer og hverdagsrehabiliterende terapeuter udtryk for, at en manglende hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen er en udfordring. Denne forskel i opfattelse af hverdagsrehabiliteringens implementering i hjemmeplejen kan skyldes flere ting. Eksempelvis at de forskellige faggrupper mangler et indblik i hinandens arbejde og arbejdsvilkår, eller forskellige opfattelser af hvad hverdagsrehabilitering indebærer. Spørgsmålet er, hvordan man organisatorisk kan understøtte en bedre kommunikation mellem de forskellige faggrupper involveret i hverdagsrehabilitering, således at der på tværs af faggrupperne opnås indsigt i hinandens arbejde og måde at arbejde hverdagsrehabiliterende på. Måske arbejder medarbejderne i hjemmeplejen faktisk hverdagsrehabiliterende? Måske er der forhold i det daglige arbejde, der gør det vanskeligt at arbejde hverdagsrehabiliterende, eller måske er den måde medarbejderne i hjemmeplejen arbejder hverdagsrehabiliterende på, ikke den måde som de hverdagsrehabiliterende terapeuterne forventer at de arbejder hverdagsrehabiliterende - og en kommunikation på tværs af faggrupper herom vil skabe bedre forståelse og mindre mistillid faggrupperne imellem.

Samtidig ses forskellige opfattelser af årsager til mangelfuld implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen. Her peges bl.a. på, at ikke alle medarbejdere er lige motiverede, dedikerede eller tilstrækkeligt uddannede til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende. Men også at organiseringen og tilrettelæggelsen af det daglige arbejde i hjemmeplejen ikke understøtter en hverdagsrehabiliterende tilgang, f.eks. ved at personkontinuitet i hverdagsrehabiliteringsforløb og manglende tid til at arbejde hverdagsrehabiliterende anses som udfordringer. Sidst bliver en begrænset mulighed for tværfaglig og regelmæssig erfaringsudveksling og sparring mellem faggrupperne set som en udfordring. Dette vurderes at kunne styrkes gennem mulighed for erfaringsudveksling – enten ved opprioriteringen af afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder, ved at ændre i den organisatoriske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter til en decentral placering i hjemmeplejen, eller begge.

Ift. placeringen af de hverdagsrehabiliterende terapeuter opleves fordele og ulemper ved forskellige modeller. En central placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i en træningsafdeling fremmer alt andet lige de hverdagsrehabiliterende terapeuters faglige udvikling, hvorved de med muligheden for mono-faglig sparring med andre trænende terapeuter i kommunen kan opretholde et højt fagligt niveau ved at holde sig opdateret på den nyeste viden om regler, regimer og arbejdsmetoder inden for de enkelte terapeutiske specialområder. Dette kan dog på den anden side medføre en fysisk og relationel distance til medarbejderne i hjemmeplejen, som derfor i høj grad fordrer terapeuternes synlighed og tilstedeværelse i hjemmeplejen for at det ønskede paradigmeskifte i hjemmeplejen kan finde sted. En central placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i visitationen fremmer alt andet lige, at hverdagsrehabilitering i højere grad integreres i beslutningerne omkring, hvilke ydelser den enkelte borger er berettiget til og kan være en prioritering af et organisatorisk fokus på omkostningsstyring. Men dette kan dog være på bekostning af faglighed og kvalitet i indsatsen, hvor de hverdagsrehabiliterende terapeuter kan mangle mulighed for tæt sparring med andre trænende terapeuter i kommunen. En decentral placering fremmer alt andet lige den umiddelbare anvendelse af hverdagsrehabilitering i hverdagens arbejde i hjemmeplejen, men kan betyde, at hverdagsrehabilitering og fagligheden ikke prioriteres organisatorisk. Indtil hverdagsrehabiliteringsnormer gennemsyrer hele hjemmeplejen vil denne model have en tendens til at nedprioritere hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen og levere en ikke up-to-date version af hverdagsrehabilitering.

Der er således fordele og ulemper ved alle modeller, og alle ovenstående formål er vigtige. Men med den formelle organisationsstruktur vælges således en prioritering, og valget af en organisationsmodel frem for en anden vil derfor være en afvejning af forskellige hensyn, hvor nogle hensyn opprioriteres, mens andre nedprioriteres.

I Jammerbugt og Thisted kommuner har de forskellige medarbejdergrupper forskellige ønsker og præferencer til organisering: Mens visitatorerne ønsker de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret centralt i myndighedsafdelingen, ønsker medarbejderne i hjemmeplejen de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeret decentralt i hjemmeplejen blandt sosu-medarbejderne. De hverdagsrehabiliterende terapeuter selv lægger derimod vægt på, at de som terapeuter sidder sammen som faggruppe og ikke spredt ud over forskellige hjemmeplejegrupper, f.eks. centralt i en træningsafdeling for at sikre muligheden for mono-faglig sparring med andre trænende terapeuter i kommunen.

7.1.4 Organiseringen af hverdagsrehabilitering i danske kommuner – ligheder og forskelle

På baggrund af en spørgeskemaundersøgelse til chefer og ledere på ældreområdet i kommunerne ses en række forskelle og ligheder i organiseringen af hverdagsrehabilitering på tværs af de danske kommuner (kapitel 5). For det første ses en forskel i, hvornår kommunerne har indført hverdagsrehabilitering. En fjerdedel af kommunerne har introduceret hverdagsrehabilitering inden 2010, mens størstedelen af kommunerne har introduceret hverdagsrehabilitering i periode fra 2011-2014, og kun to kommuner har introduceret hverdagsrehabilitering i perioden efter lovændringen i 2015. Hverdagsrehabilitering opleves i høj grad at gennemsyre ældreplejeorganiseringen i kommunerne, men der er dog fortsat nogle kommuner, hvori hverdagsrehabilitering opleves som et supplement til kommunens øvrige ydelser. På tværs af kommunerne opleves det primære formål med hverdagsrehabilitering at være at øge borgernes livskvalitet igennem øget selvhjulpenhed, og i mindre grad økonomiske besparelser i kommunerne (afsnit 5.1).

Generelt er de adspurgte chefer og ledere på det kommunale ældreplejeområde overvejende positive overfor og oplever få ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering vurderes mest af alt at bidrage til højere livskvalitet for den enkelte borger, øget tværfagligt samarbejde og øget faglig viden på hele ældreområdet, og vurderes i mindre grad at bidrage til kommunale besparelser, lavere sygefravær og øget medarbejdertilfredshed blandt medarbejderne i hjemmeplejen (afsnit 5.4).

Målgruppen for hverdagsrehabilitering vurderes især at være borgere med pludselig eller gradvis opstået fysisk funktionsnedsættelse eller funktionsfald, mens borgere med nedsat psykisk funktionsnedsættelse, udviklingshæmning eller demens i mindre grad vurderes at være en helt central del af målgruppen for hverdagsrehabilitering i kommunerne (afsnit 5.2.1). Generelt vurderes det af de i spørgeskemaundersøgelsen adspurgte chefer og ledere på det kommunale ældreområde, at kommunerne i høj grad har rutiner, der sikrer at borgerne deltager aktivt i hverdagsrehabiliteringsforløbets forskellige faser. Det vurderes dog, at kommunerne særligt organisatoriske rutiner, der sikrer borgernes aktive deltagelse og involvering ift. kortlægning og formulering af egne behov og mål, og i mindre grad ift. involvering i valg af indsatser og i opfølgning og evaluering af de aftalte mål (afsnit 5.2.1). Derudover synes kommunerne i højere grad at understøtte borgernes selvhjulpenhed på områder tæt knyttet til servicelovens §83 om personlig pleje og praktisk hjælp, mens støtte i at komme uden for hjemmet, i at engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær samt at henvise

til andre offentlige eller frivillige organisationer i mindre grad understøttes af hverdagsrehabilitering i kommunerne (afsnit 5.3.1).

I de ofte tværfaglige hverdagsrehabiliteringsforløb vurderes de hverdagsrehabiliterende terapeuter som den mest centrale og gennemgående faggruppe (afsnit 5.2.2), og en placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter centralt i træningsafdelingen sammen med kommunens øvrige trænende terapeuter er den mest udbredte organisationsmodel blandt de danske kommuner (afsnit 5.2.3). Det betyder, at den organisationsmodel og måde som de hverdagsrehabiliterende terapeuter er organisatorisk placeret på i Thisted Kommune i store træk ligner organiseringen af hverdagsrehabilitering, og herunder de hverdagsrehabiliterende terapeuter i mange af landets andre kommuner. Måden som hverdagsrehabilitering, og herunder de hverdagsrehabiliterende terapeuter er organiseret på i Jammerbugt Kommune er derimod mindre udbredt i resten af landets kommuner.

7.1.5 Opmærksomhedspunkter

Hvilke udfordringer rejser disse konklusioner for organiseringen af hverdagsrehabilitering i kommunerne? På baggrund af undersøgelsens diskussion og konklusioner præsenteres nedenfor ti opmærksomhedspunkter med uddybende forklaring, som kommunerne må være opmærksomme på i det videre arbejde med udviklingen af organiseringen af hverdagsrehabilitering.

Tekstboks 9. 10 opmærksomhedspunkter i organiseringen af hverdagsrehabilitering

1. Er kommunikationen mellem visitatorer, terapeuter og sosu-medarbejdere godt nok organiseret?

   Der er tydeligvis forskel på sosu-medarbejdernes opfattelse af hele tiden at arbejde med en rehabiliterende tilgang og terapeuternes og visitatorernes opfattelse af, at den hverdagsrehabiliterende tilgang er mangelfuldt integreret i hjemmeplejen. Det kan skyldes mange forhold – herunder manglende indblik i hinandens arbejde og forskellige opfattelser af hvad hverdagsrehabilitering indebærer.

2. Hvem skal arbejde hverdagsrehabiliterende – få udvalgte og særligt dedikerede, eller alle medarbejdere i hjemmeplejen?

   Nogle medarbejdere er mere motiverede for hverdagsrehabilitering end andre. Spørgsmålet er, om målsætningen om, at hverdagsrehabiliteringstilgangen skal gennemsyre hele ældreplejen er realistisk, eller om det er bedre at hverdagsrehabilitering primært er en opgave for en gruppe særligt uddannede og motiverede medarbejdere.

3. Skal alle medarbejdere i hjemmeplejen have opkvalificerende uddannelse eller kurser i hverdagsrehabilitering?

   Mange medarbejdere er ikke blevet tilstrækkeligt opkvalificeret i at arbejde hverdagsrehabiliterende. Kun få medarbejdere i hjemmeplejen blev oprindeligt uddannet som såkaldte hjemmetrænere med særlige kompetencer inden for hverdagsrehabilitering. I dag er der kun få af disse hjemmetrænere tilbage, og samtidig forventes alle sosu-medarbejdere i hjemmeplejen at arbejde hverdagsrehabiliterende.

4. Hvordan kan det daglige hverdagsrehabiliterende arbejde i hjemmeplejen tilrettelægges og organiseres, sådan at der sikres en højere grad af personkontinuitet i hverdagsrehabiliteringsforløbene og afsættes tilstrækkelig tid til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende?

Borgerne møder mange forskellige medarbejdere i hverdagsrehabiliteringsforløb. Dette er et problem ift. kontinuiteten, at det ikke altid er den eller de samme få medarbejdere, der kommer hos borgeren. Derudover kan det i en presset tidsplan være svært at arbejde hverdagsrehabiliterende. At arbejde ud fra en hverdagsrehabiliterende tilgang betyder ofte, at der skal bruges mere tid hos den enkelte borger. For hverdagsrehabilitering tager tid, og er oplevelsen blandt medarbejderne i hjemmeplejen, at der ikke er afsat nok tid til en hverdagsrehabiliterende tilgang, er alternativet ofte en kompenserende tilgang.

5. Hvordan organiseres og sikres regelmæssig erfaringsudveksling og sparring om hverdagsrehabilitering på tværs af de forskellige medarbejdergrupper?

   Oplevelsen er, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne i hverdagsrehabiliteringsindsatsen ikke fungerer optimalt. Både visitatorer, hverdagsrehabiliterende terapeuter og sosu-medarbejdere i hjemmeplejen efterlyser mulighed for regelmæssig sparring og erfaringsudveksling på tværs af faggrupper. Dette kan ske ved enten afholdelse af regelmæssige, tværfaglige møder/konferencer, ved at ændre i den organisatoriske og fysiske placering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, eller ved begge dele.

6. Hvordan skabes strukturer og incitamenter for at erfaringsudvekslingen (f.eks. i form af afholdelse af tværfaglige møder) prioriteres i hjemmeplejen?

   I et effektiviseret system som hjemmeplejen, som styres og finansieres af en aktivitetsbaseret model, bliver afholdelsen af tværfaglige møder om hverdagsrehabilitering ofte set som ineffektive og spild af tid. Afholdelsen af tværfaglige møder betragtes ikke som en reel aktivitet, og medarbejdernes deltagelse i møderne skal derfor betales af hjemmeplejens "egen lomme". Hjemmeplejen kan derfor mangle et incitament for at opprioritere deltagelsen i disse møder.

7. Hvor skal de hverdagsrehabiliterende terapeuter placeres, sådan at alle andre relevante medarbejdere får det bedste udbytte af dem og for at det tværfaglige samarbejde har de bedste betingelser?

   De hverdagsrehabiliterende terapeuters vigtigste samarbejdspartnere – visitatorer og sosu-medarbejdere i hjemmeplejen ønsker terapeuterne placeret så tæt på som muligt, for at sikre den bedste mulighed for tværfagligt samarbejde i hverdagsrehabiliteringsindsatsen – dvs. centralt i myndighedsafdelingen, når man spørger visitatorerne, og decentralt i hjemmeplejen, når man spørger medarbejderne i hjemmeplejen. Terapeuterne selv ønsker en placering, hvor de sidder samlet som faggruppe, f.eks. centralt i træningsafdelingen med kommunens øvrige trænende terapeuter for at sikre et stærkt faglig miljø og mulighed for monofaglig sparring. Spørgsmålet er, om der skal prioriteres en mono-faglig eller tværfaglig mulighed for sparring.

8. Hvilke hensyn ønskes fremmet ved valg af model for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter, og hvordan sikres samtidig at de nedprioriterede hensyn bliver taget for højde for?

   De hverdagsrehabiliterende terapeuter er en gennemgående og helt central faggruppe i hverdagsrehabilitering. Der er forskellige modeller for organisering af disse terapeuter, og der opleves fordele og ulemper ved alle modeller. Valget af organiseringsmodel vil derfor ofte være en afvejning og prioritering af forskellige hensyn. Uanset hvilken model for organisering af de hverdagsrehabiliterende terapeuter der vælges, er det nødvendigt at være opmærksom på og forholde sig til de nedprioriterede hensyn, som valget af en bestemt organiseringsmodel afstedkommer.

9. Hvordan sikres at hverdagsrehabilitering gennemsyrer hele organisationen og ikke kun betragtes som et supplement til kommunens øvrige ydelser?

   Hverdagsrehabilitering betragtes i dag som et mindset, der skal gennemsyre den måde, der tænkes og arbejdes med ældrepleje på i kommunerne. Der er dog fortsat kommuner, hvor hverdagsrehabilitering alene opleves som et supplement til de indsatser, som i øvrigt finder sted. Spørgsmålet er, hvordan kommunerne kan organisere området og udarbejde procedurer, som kan gøre hverdagsrehabilitering til et naturligt førstevalg.

10. Hvordan sikres at den hverdagsrehabiliterende indsats er helhedsorienteret og rettes mod borgerens samlede livssituation, dvs. også understøtter de psykiske og sociale dimensioner og ikke kun den eventuelle fysiske funktionsnedsættelse?

    I hverdagsrehabiliteringstankegangen lægges op til en helhedsorientering, hvor der er fokus på borgerens samlede livssituation og ikke kun fokus på den fysiske funktionsnedsættelse. Dog tyder det på, at kommunernes hverdagsrehabiliteringsindsatser primært understøtter selvhjulpenhed ved problemer med fysisk funktionsnedsættelse og indsatser relateret til servicelovens § 83 om personlig pleje og praktisk hjælp, og i mindre grad understøtter aktiviteter uden for hjemmet og aktiviteter, som ikke direkte er knyttet til kommunens ydelseskatalog.

8 Litteraturliste

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., & Westendorp, R. G. J. (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*. https://doi.org/10.1093/ageing/afw094

Bakka, J. F., & Fivelsdal, E. (2014). *Organisationsteori - Struktur, kultur, processer*. København K: Handelshøjskolens Forlag.

Bertelsen, T. M. (2016). *Kommunale kvalitetsstandarder i ældreplejen: Fra politik til praksis*. Aalborg Universitetsforlag, Aalborg.

Bond, R. R., Mulvenna, M. D., Finlay, D. D., & Martin, S. (2015). Multi-faceted informatics system for digitising and streamlining the reablement care model. *Journal of Biomedical Informatics*, *56*, 30–41. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.05.008

Böhm Nielsen, K., Langberg, H., & Rasmussen, S. R. (2013). *Evidens for effekten af eehabilitering for ældre. Litteraturgennemgang*. Socialstyrelsen.

Cochrane, A., Furlong, M., Mcgilloway, S., Molloy, D. W., Stevenson, M., & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010825.pub2

Egeberg, M. (2003). How Bureaucratic Structure Matters: an Organizational Perspective. In G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Handbook of Public Administration* (pp. 116–126).

Fürst, R., & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker. Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*.

Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap*.

Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L., Wilde, A., … Forder, J. (2010). *Home care re-ablement services: investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*.

Gulick, L., & Urwick, L. (1937). *Papers in the Science of Administration*. (L. Gulick & L. Urwick, Eds.). New York: Institute of Public Administration, Columbia University.

Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udgave). Samfundslitteratur.

Hansen, E. B. (2015a). Ældres Deltagelse I Hverdagsrehabili- Tering – Muligheder Og Udfordringer, 28. Retrieved from http://www.kora.dk/media/3481531/10972_notat_aeldres-deltagelse-i-rehabilitering.pdf

Hansen, E. B. (2015b). *Ældres deltagelse i hverdagsrehabili- tering – muligheder og udfordringer*. Retrieved from http://www.kora.dk/media/3481531/10972_notat_aeldres-deltagelse-i-rehabilitering.pdf

Hansen, E. B., Eskelinen, L., & Dahl, M. (2011). *Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen – Hvordan er praksis, og er der en virkning?* København.

Hansen, M. B., & Vedung, E. (2005). *Fælles sprog i ældreplejens organisering - Evaluering af et standardiserat kategorisystem*.

Hansen, M. B., & Vedung, E. (2010). Theory Based Stakeholder Evaluation. *American Journal of*

Evaluation, *31*(3), 295–313.

Hjemmehjælpskommissionen. (2013). *Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen: Fremtidens hjemmehjælp - ældres ressorucer i centrum for en sammenhængende indsats*.

Jammerbugt Kommune. (2011). *Projektdesign "Vi bevæger ældre."*

Kjellberg, P. K., & Graff, L. (2017). Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen? - Hvad kan vi lære af danske studier?, 26.

Kjellberg, P. K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M. H., & Rasmussen, S. R. (2013). *KORTLÆGNING AF KOMMUNERNES ERFARINGER MED REHABILITERING PÅ ÆLDREOMRÅDET*. Retrieved from www.socialstyrelsen.dk

Kjellberg, P. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune*.

Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Navne, L. E., & Ibsen, R. (2013). *Trænende Hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Organisations- og økonomievaluering*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Langeland, E., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjeken, I., Jacobsen, F. F., & Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?*

Legg, L., Gladman, J., Drummond, A., & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence. *Clinical Rehabilitation*, *30*(8), 741–749. https://doi.org/10.1177/0269215515603220

Mann, R., Beresford, B., Parker, G., Rabiee, P., Weatherly, H., Faria, R., … Aspinal, F. (2016). Models of reablement evaluation (MoRE): a study protocol of a quasi-experimental mixed methods evaluation of reablement services in England. *BMC Health Services Research*, *16*. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1600-6

MarselisborgCentret. (2004). Hvidbog om rehabiliteringsberebet - Rehabilitering i danmark.

Nielsen, J. A., & Andersen, J. G. (2006). *Hjemmehjælp - mellem myter og virkelighed*. Odense: Odense Universitetsforlag.

Parsons, J. G. M., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E., & Connolly, M. (2013). A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *94*(6), 1015–1022. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.003

Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E. M., Sheridan, N., & Connolly, M. J. (2012). Goal setting as a feature of homecare services for older people: Does it make a difference? *Age and Ageing*, *41*(1), 24–29. https://doi.org/10.1093/ageing/afr118

Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J., & Kjellberg, P. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* Sundhedsstyrelsen.

Pettersson, C., & Iwarsson, S. (2015). *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*.

Rabiee, P., & Glendinning, C. (2010). The organisation and content of home care re-ablement services. *Research Works; January 2010*, 4p. Retrieved from http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/rworks/jan2010-1.pdf

Rabiee, P., & Glendinning, C. (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: What makes a difference? *Health and Social Care in the Community*, *19*(5), 495–503. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01010.x

Rabiee, P., Glendinning, C., Arksey, H., Baxter, K., Jones, K. C., Forder, J. E., & Curtis, L. A. (2009). *Investigating the Longer Term Impact of Home Care Re-ablement Services. The Organisation and Content of Home Care Re-ablement Services. Interim Report*.

Rambøll. (2017). *Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83 A*.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5.). New York: Free Press. Retrieved from http://www.loc.gov/catdir/bios/simon052/2003049022.html
http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0631/2003049022-t.html
http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0641/2003049022-s.html

Socialministeriet. (2014). Bemærkninger til lovforslaget. Almindelige bemærkninger, 1–22. Retrieved from https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164880

Socialstyrelsen. (2014). *Rehabilitering på ældreområdet - Inspiration til kommunal praksis*.

Sundhedsstyrelsen. (2016). *Håndbog i Rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service*. Retrieved from https://www.google.dk/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Håndbog+om+rehabiliteringsforløb+på+ældreområdet+efter+lov+om+social+service.

Thisted Kommune. (2013). *Afslutning af projekt "Selvhjulpen i eget liv" marts 2013*.

Tuntland, H. (2014). Hva er utviklingen of effekten av hverdagsrehabilitering utenfor Skandinavia? In H. Tuntland & N. E. Ness (Eds.), *Hverdagsrehabilitering* (pp. 170–185). Gyldendal Akademisk.

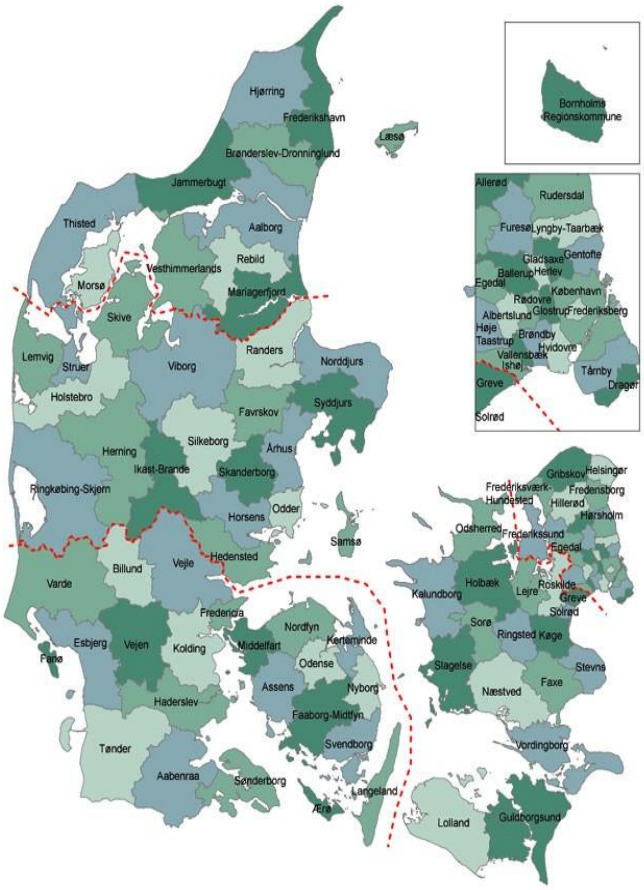
Tuntland, H., Kjeken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Førland, O., & Aaslund, M. K. (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. *Clinical Intervention in Aging*, *12*, 55–63. https://doi.org/10.2147/CIA.S125762

Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014a). Hva er hverdagsrehabilitering? In *Hverdagsrehabilitering*. Gyldendal Akademisk.

Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014b). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bilag 1. Spørgeskemaet

Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering



Institut for Statskundskab

Aalborg Universitet

Sommeren 2017

Kære kommunale leder,

Tak fordi du tager dig tid til at besvare dette spørgeskema.

Spørgeskemaundersøgelsen "Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering" er en kortlægning og komparativ analyse af organiseringen af hverdagsrehabilitering (jf. Servicelovens §83a) i danske kommuner.

Besvarelsen af spørgeskemaet vil tage knap 20-25 min. af din tid, men der er i hvert fald fire gode grunde til at deltage:

- Det giver dig en anledning til at overveje en lang række aspekter ved organiseringen af hverdagsrehabilitering i din kommune – overvejelser som du kan bruge i dit arbejde og i drøftelser med kolleger. (Du har mulighed for at printe din besvarelse ved afslutningen af spørgeskemaet)
- Dine svar er vigtige for, at vi kan få et billede af, hvordan hverdagsrehabilitering organiseres i din kommune.
- Du bidrager til væsentlig forskning om den kommunale organisering af hverdagsrehabilitering, herunder med viden om hvilke oplevede fordele og ulemper der er ved forskellige modeller for hverdagsrehabilitering.
- Såfremt du ønsker det, kan du få tilsendt de første umiddelbare resultater fra undersøgelsen allerede i efteråret 2017. (Kryds af ved afslutningen af spørgeskemaet).

Undersøgelsen har tre overordnede formål:

- For det første at skabe ny viden om organiseringen af hverdagsrehabiliterende indsatser i de danske kommuner, herunder ligheder og forskelle mellem landets kommuner.
- For det andet at skabe ny viden om oplevede fordele og ulemper ved forskellige modeller for hverdagsrehabilitering.
- For det tredje vil undersøgelsen på visse punkter kunne sammenlignes med internationale undersøgelser af organiseringen af hverdagsrehabiliterende indsatser.

Spørgeskemaundersøgelsen gennemføres naturligvis i henhold til de almindelige krav til anonymitet. Det vil sige, at datamaterialet på intet tidspunkt vil blive anvendt eller offentliggjort på en sådan måde, at oplysninger kan henføres til bestemte personer eller kommuner.

Undersøgelsen er finansieret i et samarbejde mellem Jammerbugt og Thisted kommuner,

samt Aalborg Universitet.

Med venlig hilsen

Tilde Marie Bertelsen, Videnskabelig assistent, ph.d.
Center for Organisation, Management og Administration (COMA)
Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet

og

Morten Balle Hansen, professor (mso), ph.d.
Center for Organisation, Management og Administration (COMA)
Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet

Baggrundsoplysninger
De første spørgsmål er en række baggrundsspørgsmål.

1. Hvad er din stilling? (Sæt gerne flere krydser, hvis du er leder af flere funktioner)

(1) ❑ 1. Forvaltningsdirektør (niveau 2 chef)
(2) ❑ 2. Ældrechef (niveau 3 chef)
(3) ❑ 3. Sundhedschef (niveau 3 chef)
(4) ❑ 4. Leder af sundhedsafdeling
(5) ❑ 5. Leder af visitation/myndighedsafdeling
(6) ❑ 6. Leder af træning og rehabiliteringsafdeling
(7) ❑ 7. Leder af hjemmeplejen (områdeleder)
(8) ❑ 8. Leder i hjemmeplejen
(9) ❑ 9. Leder af hjemmesygeplejen
(10) ❑ 10. Leder af plejeboliger og plejecentre
(11) ❑ 11. Anden lederstilling – angiv venligst_____
(12) ❑ 12. Anden stilling – angiv venligst_____

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. Hvilke områder af sundheds- og ældreområdet er du ansvarlig for i dag? (Sæt evt. flere krydser)

(1) ❑ 1. Myndighed
(2) ❑ 2. Hjemmepleje
(3) ❑ 3. Sundhed
(4) ❑ 4. Træning
(5) ❑ 5. Rehabilitering efter SEL §83a
(6) ❑ 6. Hjemmesygeplejen
(7) ❑ 7. Plejeboliger og plejecentre
(8) ❑ 8. Andet området – angiv venligst_____

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. I hvilket årstal er du født?

_____

4. Køn?

(1) ❑ 1. Kvinde
(2) ❑ 2. Mand

5. Hvad er din(e) uddannelse(r)? (Sæt gerne flere krydser hvis relevant)

(1) ❑ 1. Social- og sundhedshjælperuddannelse
(2) ❑ 2. Social- og sundhedsassistentuddannelse
(3) ❑ 3. Socialrådgiver
(4) ❑ 4. Sygeplejerske
(5) ❑ 5. Fysioterapeut
(6) ❑ 6. Ergoterapeut
(7) ❑ 7. Anden mellemlang videregående uddannelse (angiv hvilken)_____
(10) ❑ 8. Længere samfundsvidenskabelig videregående uddannelse (f.eks. scient-pol., scient-adm., rer.soc. e. lign.)
(12) ❑ 9. Anden lang videregående uddannelse (angiv hvilken)_____
(13) ❑ 10. Anden uddannelse (angiv venligst hvilken)_____
(14) ❑ 11. Efteruddannelse (angiv venligst hvilke(n))_____

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____

6. Hvad er din anciennitet i din nuværende stilling? - (Antal år - rund op til hele år)

_____

7. Hvad er din anciennitet som ansat i din nuværende kommune? - (Antal år - rund op til hele år)

_____

8. Hvad er din anciennitet som ansat på det kommunale sundheds- og ældreområde? - (Antal år - rund op til hele år)

_____

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Hvor mange personer (omregnet til fuldtidsansatte) har du totalt set ansvaret for (i runde tal)?

_____

Hverdagsrehabilitering i din kommune

Der er forskelle og nuancer i opfattelsen af, hvad hverdagsrehabilitering er, hvad hverdagsrehabilitering indeholder og hvordan hverdagsrehabilitering er organiseret.
De næste spørgsmål omhandler hverdagsrehabilitering i din kommune, herunder indførelsen, organiseringen og indholdet af hverdagsrehabiliterende indsatser i din kommune.

10. Nedenfor følger en række udsagn om, hvilken betydning hverdagsrehabilitering har i ældreplejen i din kommune. Du bedes tage stilling til, om du er overvejende enig eller uenig i de anførte udsagn. Angiv venligst ét svar for hvert udsagn.

	Helt uenig	**Uenig**	**Delvis uenig**	**Hverken eller**	**Delvis enig**	**Enig**	**Helt enig**
1. Hverdagsrehabilitering fungerer mest som et supplement til de almindelige serviceydelser inden for hjemmepleje	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
2. Hverdagsrehabiliteringstankegangen gennemsyrer hele organisationen og er et fælles fokus og mål på tværs af hele kommunens ældreplejeområde	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
3. Det primære formål med hverdagsrehabilitering er at øge livskvalitet for den enkelte borger som følge af øget selvhjulpenhed	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
4. Det primære formål med hverdagsrehabilitering er at opnå en økonomisk gevinst som følge af øget selvhjulpenhed	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑

Uddyb evt. hvad der forstås med hverdagsrehabilitering i din kommune:

_____

_____

_____

_____

_____

11. Hvornår blev hverdagsrehabilitering (forstået som en politisk vedtaget strategi i ældreplejens organisering) indført i din kommune første gang?

(1) ❑ Før 2010
(2) ❑ 2010
(3) ❑ 2011
(4) ❑ 2012
(5) ❑ 2013
(6) ❑ 2014
(7) ❑ 2015
(8) ❑ 2016
(9) ❑ 2017
(10) ❑ Hverdagsrehabilitering er ikke indført i min kommune
(99) ❑ Ved ikke

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

12. I min kommune er foretaget eller foretages en større reorganisering af ældre- og sundhedsområdet.

(1) ❑ 1. Nej
(2) ❑ 2. Ja, vi har gennemført en større reorganisering for nylig
(3) ❑ 3. Ja, vi er i øjeblikket i gang med en større reorganisering
(4) ❑ 4. Ja, vi overvejer/planlægger en større reorganisering

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____

Organisering af hverdagsrehabiliterende indsatser i din kommune.

13. Det følgende spørgsmål omhandler målgruppen for hverdagsrehabilitering. Angiv venligst på en skala fra 1-5, i hvor høj grad følgende er i målgruppen for hverdagsrehabilitering i din kommune.
1 = ikke i målgruppen, 5 = en helt central del af målgruppen.

	1. Ikke i målgruppen	**2.**	**3.**	**4.**	**5. En helt central del af målgruppen**	**Ved ikke**
1. Borgere med pludselig opstået fysisk funktionsnedsættelse/funktionsfald	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
2. Borgere med gradvis fysisk funktionsnedsættelse/funktionsfald	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
3. Borgere med nedsat stabilt fysisk funktionsniveau	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
4. Borgere med psykisk udviklingshæmning	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
5. Borgere med anden psykisk funktionsnedsættelse	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
6. Borgere med demens	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
7. Kun borgere over 65 år	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
8. Beboere på plejehjem/ i plejeboliger	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
9. Borgere der lige har mistet deres ægtefælle/partner	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
10. Andre - angiv venligst nedenfor	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

14. Det følgende spørgsmål omhandler de ældre borgeres deltagelse i hverdagsrehabilitering. Vi vil bede dig om at angive, i hvilken grad din kommune har rutiner, som sikrer, at borgerne i hverdagsrehabilitering...:

	Slet ikke	**I mindre grad**	**I nogen grad**	**I høj grad**	**I meget høj grad**
1. ... deltager aktivt i kortlægningen og formuleringen af egne behov	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑
2. ... deltager aktivt i formuleringen af egne mål	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑
3. ... deltager aktivt i valg af indsatser	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑
4. ... deltager aktivt i opfølgning og evaluering af de aftalte mål	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑

Forskellige grupper kan have en forskellig grad af involvering i planlægningen og gennemførelsen af hverdagsrehabiliteringsindsatser.

15. Nedenfor beder vi dig angive på en skala fra 1-7, i hvilken grad nedenstående grupper er aktivt involveret i <u>udarbejdelsen af borgerens rehabiliteringsplan</u>. 1 = ikke involveret, og 7 = meget høj grad af involvering. Angiv venligst ét svar for hver gruppe.

	1. Ikke involveret	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7. Meget høj grad af involvering**	**Ved ikke**
1. Visitatorer	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
2. Ergoterapeuter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
3. Fysioterapeuter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
4. Social- og sundhedshjælpere	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
5. Social- og sundhedsassistenter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
6. Hjemmesygeplejersker	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
7. Praktiserende læger	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
8. Borgerne selv	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
9. Borgernes pårørende	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
10. Evt. andre? - angiv venligst nedenfor	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

16. Nedenfor beder vi dig angive på en skala fra 1-7, i hvilken grad nedenstående grupper er aktivt involveret i <u>den praktiske hverdagsrehabiliteringstræning</u>. 1 = ikke involveret, og 7 = meget høj grad af involvering. Angiv venligst ét svar for hver gruppe.

	1. Ikke involveret	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7. Meget høj grad af involvering**	**Ved ikke**
1. Visitatorer	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
2. Ergoterapeuter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
3. Fysioterapeuter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
4. Social- og sundhedshjælpere	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
5. Social- og sundhedsassistenter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
6. Hjemmesygeplejersker	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
7. Praktiserende læger	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
8. Borgerne selv	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
9. Borgernes pårørende	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑
10. Evt. andre? - angiv venligst nedenfor	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

17. Hvor er terapeuterne, som er involveret i den hverdagsrehabiliterende indsats, organisatorisk forankret i din kommune? Sæt evt. flere krydser, hvis terapeuterne er organisatorisk forankret i flere afdelinger.

(1) ❑ 1. Decentralt - ude i hjemmeplejen
(2) ❑ 2. Centralt - i visitations-/myndighedsafdelingen
(3) ❑ 3. Centralt - i træningsafdeling
(4) ❑ 4. I en anden afdeling i forvaltningen - angiv venligst____
(99) ❑ 5. Ved ikke

Evt. uddybende kommentarer om fordele og ulemper ved den organisatoriske forankring af de hverdagsrehabiliterende terapeuter i kommunen:

_____
_____
_____
_____
_____

18. Inddrages private leverandører i leveringen af den hverdagsrehabiliterende indsats i din kommune?

	Ingen private leverandører på området	**Nej, slet ikke**	**Ja, i mindre grad**	**Ja, i nogen grad**	**Ja, i høj grad**	**Ja, i meget høj grad**
1. Hverdagsrehabiliterende indsatser indenfor praktisk hjælp (SEL §83)	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑
2. Hverdagsrehabiliterende indsatser indenfor personlig pleje (SEL §83)	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑
3. Hverdagsrehabiliterende indsatser - andet (venligst angiv hvilken nedenfor)	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑

Kommentarer:

_____
_____
_____

Hverdagsrehabiliteringens indhold

Vi er interesserede i, hvilke typer af hverdagsrehabiliteringsindsatser din kommune tilbyder, samt hvilke typer af hjælpemidler og/eller velfærdsteknologi din kommune tilbyder med det formål at gøre borgerne selvhjulpne.

19. Visitation til hverdagsrehabilitering resulterer ofte i forskellige typer af hverdagsrehabiliteringsindsatser fra kommunens side afhængig af borgernes individuelle behov og mål. Vi vil bede dig om at angive på en skala fra 1-5, i hvilken grad nedenstående indsatser tilbydes som en del af hverdagsrehabilitering i din kommune.

	1. Er ikke en del af kommunens hverdagsrehabilitering	**2.**	**3.**	**4.**	**5. Er en fuldstændig integreret del af kommunens hverdagsrehabilitering**	**Ved ikke**
1. Træning af dagligdagens aktiviteter, som er mest relevant i boligen	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
2. Træning af aktiviteter, som er mest relevante uden for boligen	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
3. Generelle fysiske øvelser for at styrke muskler, balance og udholdenhed	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
4. Indretning af bolig og nærmiljø med tekniske hjælpemidler og velfærdsteknologi	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
5. Andre indsatser – angiv venligst nedenfor	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

20. Angiv venligst i hvilken grad de hverdagsrehabiliterende indsatser i din kommune aktivt understøtter borgernes selvhjulpenhed på følgende områder på en skala fra 1 (understøtter i meget høj grad), 4 (understøtter i nogen grad), til 7 (understøtter slet ikke). (Angiv venligst et tal mellem 1 og 7 ud for hvert område).

	1. Understøtter i meget høj grad	**2.**	**3.**	**4. Understøtter i nogen grad**	**5.**	**6.**	**7. Understøtter slet ikke**	**Ved ikke**
1. Personlig pleje (f.eks. bad, personlig hygiejne, af- og påklædning, toiletbesøg)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
2. Praktisk hjælp (f.eks. tilberedning og anretning af mad, rengøring, tøjvask, indkøb)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
3. Sikkerhed (f.eks. bevidsthed om sikkerhed i hjemmet, forebygge faldulykker, stille hjælpemidler mv. til rådighed)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
4. Information og rådgivning (f.eks. anvise borgere til anden offentlig organisation eller frivillige organisationer, som kan hjælpe dem)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
5. At komme rundt i hjemmet (f.eks. brug af trapper, hjælp til at komme op af/ned i stol)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
6. At komme ud og uden for hjemmet (f.eks. tage på indkøb, besøge familie/venner)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑

	1. Understøtter i meget høj grad	2.	3.	4. Understøtter i nogen grad	5.	6.	7. Understøtter slet ikke	Ved ikke
7. At engagere sig i sociale aktiviteter og socialt samvær (f.eks. tage på dagcenter, deltage i klubber og foreninger, dyrke hobby, socialt samvær med venner)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
8. Håndtering af sundhedsrelaterede behov (f.eks. administration af medicin, kateter- og stomipleje, hjælp til kropsbårne hjælpemidler)	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
9. Genopbygge borgerens selvtillid og forbedre borgerens livskvalitet og trivsel	(7) ❑	(6) ❑	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

21. Vi vil bede dig om at angive i hvilken grad følgende småhjælpemidler og/eller velfærdsteknologiske hjælpemidler der typisk anvendes i din kommune i forbindelse med hverdagsrehabilitering? Angiv venligst ét svar ved hvert hjælpemiddel/ velfærdsteknologi.

	Anvendes i meget høj grad	**Anvendes i høj grad**	**Anvendes i nogen grad**	**Anvendes i mindre grad**	**Anvendes slet ikke**	**Ved ikke**
1. Robotstøvsuger	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
2. Robotvasker	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
3. Ledningsfri, enhåndsbetjent støvsuger	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
4. Skylle-tørre toilet	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
5. Toiletsæde med hæve-/sænkefunktion	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
6. Strømpepåtagere og -aftagere	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
7. Medicinhusker (med medicinbeholder)	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
8. Andre småhjælpemidler – angiv venligst nedenfor	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑
9. Andre velfærdsteknologiske hjælpemidler – angiv venligst nedenfor	(5) ❑	(4) ❑	(3) ❑	(2) ❑	(1) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

22. Angiv venligst kommunens væsentligste samarbejdspartnere og leverandører af velfærdsteknologiske hjælpemidler i forbindelse med hverdagsrehabilitering?

(1) ❑ 1._____
(2) ❑ 2._____
(3) ❑ 3._____
(4) ❑ 4._____
(5) ❑ 5._____
(99) ❑ Ved ikke

Fordele og ulemper ved hverdagsrehabilitering

Igennem vores casestudier af organiseringen af hverdagsrehabilitering har vi identificeret en række potentielle fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering.

De to følgende spørgsmål omhandler din vurdering af fordele, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering i din kommune. Det første spørgsmål relaterer sig til borgere og medarbejdere, mens det andet spørgsmål relaterer sig til organisatoriske forhold.

23. Nedenfor er anført en række udsagn om fordele ved, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering.
Markér venligst i hvor høj grad du er enig eller uenig i de enkelte udsagn.

	Helt uenig	**Uenig**	**Delvis uenig**	**Hverken/eller**	**Delvis enig**	**Enig**	**Helt enig**
1. Hverdagsrehabilitering giver højere livskvalitet til den enkelte bruger	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
2. Ældreplejens brugere er ikke motiverede for at deltage i hverdagsrehabilitering	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
3. Hverdagsrehabilitering giver øget medarbejdertilfredshed	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
4. Sosu-personalet i hjemmeplejen er ikke motiverede for at	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑

	Helt uenig	Uenig	Delvis uenig	Hverken/eller	Delvis enig	Enig	Helt enig
arbejde hverdagsrehabiliterende							
5. Sosu-personalet i hjemmeplejen har ikke de nødvendige kompetencer til at kunne arbejde hverdagsrehabiliterende i deres daglige arbejde	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
6. Hverdagsrehabilitering giver lavere sygefravær blandt sosu-personalet i hjemmeplejen	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
7. Sosu-personalet i hjemmeplejen har generelt set vanskeligt ved at afslutte hverdagsrehabiliteringsforløb, når borgerne er blevet selvhjulpne	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
8. Det tværfaglige samarbejde mellem terapeuter og sosu-personale i hjemmeplejen fungerer ikke	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

24. Nedenfor er anført en række udsagn om fordele ved, ulemper og udfordringer ved hverdagsrehabilitering. Markér venligst i hvor høj grad du er enig eller uenig i de enkelte udsagn.

	Helt uenig	Uenig	Delvis uenig	Hverken/eller	Delvis enig	Enig	Helt enig
1. Hverdagsrehabilitering giver kommunale besparelser	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
2. Hverdagsrehabilitering bidrager til øget faglig viden på hele ældreområdet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
3. Hverdagsrehabilitering indebærer i min kommune en høj grad af tværfagligt samarbejde	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
4. Hverdagsrehabilitering bidrager til øget tværfagligt samarbejde på hele ældreområdet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
5. Andre opmærksomhedspunkter i organisationen har betydet et faldende fokus på hverdagsrehabilitering	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
6. Den hverdagsrehabiliterende tilgang bør opprioriteres i min kommune	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
7. Organiseringen og planlægningen af det daglige arbejde i hjemmeplejen gør, at medarbejderne har vanskeligt ved at arbejde hverdagsrehabiliterende (f.eks. pga. mange forskellige medarbejdere hos den samme borger, arbejdspres, knaphed på ressourcer)	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
8. Hverdagsrehabilitering som tilgang er højt prioriteret blandt kommunalbestyrelsen/byrådet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑

	Helt uenig	Uenig	Delvis uenig	Hverken/eller	Delvis enig	Enig	Helt enig
9. Hverdagsrehabilitering som tilgang er højt prioriteret blandt kommunens administrative niveau 2- og 3-ledere på ældre- og sundhedsområdet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

25. Nedenfor fremsættes en række udsagn om kommunale kvalitetsstandarder på ældreområdet. Du bedes angive i hvor høj grad du er enig eller uenig i de fremførte udsagn.

	Helt uenig	Uenig	Delvis uenig	Hverken eller	Delvis enig	Enig	Helt enig
1. Kvalitetsstandarderne er primært et redskab til formidling af kommunens politisk vedtagne serviceniveau	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
2. Kvalitetsstandarderne er primært et internt arbejds- og styringsredskab	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
3. Hverdagsrehabilitering er vanskeligt at beskrive i en kvalitetsstandard	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑
4. Hverdagsrehabilitering kræver tydelige kvalitetsstandarder	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(6) ❑	(7) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

26. Nedenfor fremsættes en række udsagn om styringen af plejen. Du bedes angive, i hvilken grad du er enig eller uenig i de fremførte udsagn. Angiv venligst ét svar ved hvert udsagn.

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken eller	Delvis enig	Helt enig	Ved ikke
1. Politikernes opgave er at beslutte overordnede mål og rammer	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
2. Politikerne skal overlade den daglige styring til administrationen	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
3. Politikerne har brug for nøgletal til at dokumentere over for borgerne, hvad deres skattekroner går til	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
4. Registrering af plejepersonalets arbejde er udtryk for mistænkeliggørelse	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
5. Politikerne har en god fornemmelse af, hvad der rører sig blandt borgerne	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
6. Politikerne har god forståelse for nøgletalsanalyser	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
7. En udfordring fremover bliver at skabe mere og bedre service for færre midler gennem rationaliseringer	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
8. I dag er der skåret ind til benet på ældre- og handicapområdet, så valget står mellem højere skatter eller dårligere service	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
9. Der er effektivitetsgevinster at hente gennem rationaliseringer	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken eller	Delvis enig	Helt enig	Ved ikke
10. Der er effektivitetsgevinster ved øget konkurrence mellem leverandører	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
11. Bedre kommunal sammenligning og benchmarking vil være et fremskridt for styringen af ældre- og handicapområdet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
12. Kvalitet i plejen sikres først og fremmest gennem dygtige medarbejdere	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
13. Tillid til plejepersonalet er vigtigere end omhyggelig dokumentation af deres arbejde	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
14. Den vigtigste kvalitetskontrol udøves af den enkelte medarbejder	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Det sidste spørgsmål handler om, hvad der motiverer dig i dit daglige arbejde.

27. Ledende embedsmænd i den offentlige sektor kan have forskellige opfattelser og være motiveret i deres arbejde af forskellige aspekter ved jobbet. Nedenfor fremsættes en række påstande, som du bedes angive, om du er mere eller mindre enig eller uenig i. (Sæt ét kryds i hver række)

	Helt uenig	**Delvis uenig**	**Neutral**	**Delvis enig**	**Helt enig**	**Ved ikke**
1. Jeg forbinder generelt politik med noget positivt	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
2. Jeg finder den politiske beslutningsproces spændende	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
3. Det motiverer mig at hjælpe med at forbedre de offentlige ydelser	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
4. Jeg bidrager uselvisk til samfundet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
5. Meningsfuld offentlig service er meget vigtig for mig	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
6. Jeg foretrækker, at embedsmænd gør det samfundsmæssigt bedste, selvom det skader mine egne personlige interesser	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
7. Jeg betragter det at arbejde i den offentlige sektor som en borgerpligt	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
8. Jeg har svært ved for alvor at engagere mig i lokalsamfundet	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
9. Jeg bliver følelsesmæssigt berørt når jeg ser mennesker i nød	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
10. Daglige begivenheder minder mig ofte om, hvor afhængige vi er af hinanden	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑

	Helt uenig	Delvis uenig	Neutral	Delvis enig	Helt enig	Ved ikke
11. Jeg har ikke medlidenhed med mennesker i nød, der ikke vil tage det første skridt for at hjælpe sig selv	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
12. De fleste offentlige programmer og aktiviteter i velfærdsstaten er for vigtige til at kunne undværes	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
13. Alle har ret til god service, selvom det koster mange penge	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
14. Selv ved større kriser bør den offentlige service bibeholdes	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑
15. Det er vigtigt, at politikere og embedsmænd står til regnskab for alle deres afholdte udgifter	(1) ❑	(2) ❑	(3) ❑	(4) ❑	(5) ❑	(99) ❑

Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Har du kommentarer til spørgeskemaet og undersøgelsen er du velkommen til at skrive dem her.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Hvis du er interesseret i at få tilsendt en elektronisk datadokumentationsrapport i efteråret 2017, så kryds af her:

(1) ❑ Ja tak, jeg vil gerne have en elektronisk dokumentationsrapport tilsendt

Mange tak for din deltagelse i undersøgelsen!

Tryk på AFSLUT nedenfor for at færdiggøre og sende din besvarelse.

Du kan printe din besvarelse ved at klikke på printerikonet.

Bilag 2. Tabelappendiks til karakteristik af respondenterne

Dette appendiks er en liste over de tabeller, der beskriver karakteristika ved de deltagende respondenter.

Spørgsmål 1. Hvad er din stilling? (Sæt gerne flere krydser, hvis du er leder af flere funktioner)

	Respondenter	Procent
1. Forvaltningsdirektør (niveau 2 chef)	0	0
2. Ældrechef (niveau 3 chef)	64	21,8
3. Sundhedschef (niveau 3 chef)	43	14,6
4. Leder af sundhedsafdeling	15	5,1
5. Leder af visitation/myndighedsafdeling	64	21,8
6. Leder af trænings- og rehabiliteringsafdeling	52	17,7
7. Leder af hjemmeplejen (områdeleder)	57	19,4
8. Leder i hjemmeplejen	21	7,1
9. Leder af hjemmesygeplejen	29	9,9
10. Leder af plejeboliger og plejecentre	11	3,7
11. Anden lederstilling	25	8,5
12. Anden stilling	12	4,1

n=294

Respondenten har haft mulighed for at sætte flere krydser. Antallet af respondenter i kolonne 1 svarer derfor ikke til faktisk antal deltagende respondenter, og procentuel fordeling i kolonne 2 summerer ikke til 100, men angiver andel af n.

Note: Begreberne niveau 1, niveau 2 og niveau 3 er ikke helt entydige i de forskellige kommuner. F.eks. udgør direktionen i centerkommuner niveau 1 mens centercheferne udgør niveau 2 osv. I andre kommuner udgør forvaltningsdirektøren niveau 1, ældre- og sundhedschefer niveau 2 osv. I denne tabel har vi valgt at rekode respondenters stillingsbetegnelser i centerkommuner i overensstemmelse med øvrige kommuner, når det angives af respondenten. Rekodningen er herefter foregået ved at gå ind på de pågældende kommuners hjemmesider og lave en konkret vurdering.

Spørgsmål 2. Hvilke områder af sundheds- og ældreområdet er du ansvarlig for i dag? (Sæt evt. flere krydser)

	Respondenter	Procent
1. Myndighed	108	37,0
2. Hjemmepleje	137	46,9
3. Sundhed	68	23,3
4. Træning	100	34,2
5. Rehabilitering efter SEL § 83a	137	46,9
6. Hjemmesygeplejen	108	37,0
7. Plejeboliger og plejecentre	84	28,8
8. Andet område	67	22,9

n=292

Respondenten har haft mulighed for at sætte flere krydser. Antallet af respondenter i kolonne 1 svarer derfor ikke til faktisk antal deltagende respondenter, og procentuel fordeling i kolonne 2 summerer ikke til 100, men angiver andel af n.

Spørgsmål 3. I hvilket årstal er du født?

Minimum	1951
Maksimum	1985
Gennemsnit	1964
Standardafvigelse	7,275

n=233

Spørgsmål 4. Køn

	Respondenter	Procent
Mand	29	9,9 %
Kvinde	265	90,1 %
I alt	294	100,0 %

Spørgsmål 6. Hvad er din anciennitet…? (Antal år – rund op til hele år)

	N	Minimum	Maksimum	Gennem-snit	SD
… i din nuværende stilling?	289	0	30	5,78	5,283
… som ansat i din nuværende kommuner?	288	0	43	10,87	8,258
… som ansat på det kommunale sundheds- og ældreområde?	285	1	43	17,25	9,209

Spørgsmål 7. Hvor mange personer (omregnet til fuldtidsansatte) har du totalt set ansvaret for (i runde tal)?

	Respondenter	Procent
0	10	3,5 %
1-10	11	3,8 %
6-25	44	15,3 %
26- 100	91	31,6 %
101-200	35	12,2 %
201-500	51	17,7 %
501-1000	34	11,8 %
1001-2500	12	4,2 %
I alt	288	100,0 %

	N	Minimum	Maksimum	Gennem-snit	SD
Antal personer (omregnet til fuldtidsansatte) har du totalt set ansvaret for (i runde tal)?	288	0	2400	259,80	377,907