

Afslutning

Rehabilitering på ældreområdet

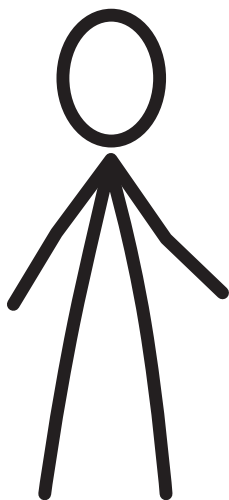
Inspiration til kommunal praksis

Målrettede indsatser og
opfølgning på mål

Målsætning

Udredning

Visitation



SOCIALSTYRELSEN



Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 18, 1.

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk

Forfattere: Anja Bihl-Nielsen, Ole Thomsen,

Kittie Carlsson, Lilly Jensen, Vibeke Høy Worm

Udgivet 3. juli 2014

Fotos: Mouret

Layout: Advice

Download eller bestil rapporten på www.socialstyrelsen.dk

Der kan frit citeres fra publikationen med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-93-2

Forord

I løbet af de seneste fem år har gradvist flere kommuner igangsat rehabiliteringsforløb på ældreområdet, og i dag er det stort set alle kommuner, som tilbyder deres ældste borgere et trænings- eller rehabiliteringsforløb i stedet for eller som supplement til hjemmehjælpen.

Med håbet om at kunne bidrage til den kommunale vidensdeling har Socialstyrelsen lavet et inspirationsmateriale, som kommunerne kan bruge, når de tilrettelægger deres indsats. Materialet er lavet på baggrund af danske og internationale studier om rehabilitering og erfaringer fra den kommunale praksis.

Hensigten med materialet er at gøre den aktuelt bedste viden om rehabilitering anvendelig for praksis og således give inspiration til det videre arbejde i kommunerne. Inspirationsmaterialet gengiver eksempler fra kommunernes praksiserfaringer og kommer med konkrete forslag til, hvordan I kan tilrettelægge jeres rehabiliteringsforløb. Det henvender sig derfor især til kommunale ældrechefer, driftsledere og til projektledere, der beskæftiger sig med rehabilitering på ældreområdet, men kan læses af alle med interesse for rehabilitering.

Samtidig med at vi ved, at næsten alle kommuner arbejder med rehabilitering, ved vi også, at kommunerne gør det på meget forskellige måder. Der er forskel på, hvilke fagpersoner der indgår i rehabiliteringsindsatsen, det konkrete indhold i indsatserne, måden at inddrage borgeren på, hvor lang tid indsatsen strækker sig over, og hvordan kommunerne følger op på et afsluttet rehabiliteringsforløb.

De rehabiliteringsindsatser, der har været tilrettelagt i kommunerne de seneste år har haft forskellige betegnelser, hvor hverdagsrehabilitering er det begreb, der har været anvendt som en samlet betegnelse for kommunernes tilbud. Der findes ingen videnskabelig definition af begrebet hverdagsrehabilitering og i praksis dækker begrebet over vidt forskellige indsatser. Socialstyrelsen har valgt udelukkende at benytte rehabiliteringsbegrebet, der bygger på et anerkendt teorigrundlag.

Vi bliver hele tiden klogere på, hvordan vi bedst tilpasser rehabiliteringsforløbene til den enkeltes behov, og de næste par år vil vi få endnu mere viden om, hvordan vi tilrettelægger forløbene bedst muligt. Allerede nu er der dog mange kommuner, som har gjort sig værdifulde erfaringer – og mange andre kommuner, som vil kunne lære af dem. Jeg håber, at inspirationsmaterialet kan være med til at viderebringe kommunale erfaringer og aktuel bedste viden og dermed understøtte det arbejde, som kommunerne allerede er rigtig godt i gang med.

God læselyst.



Knud Aarup
Direktør for Socialstyrelsen

Inspiration til arbejdet med rehabiliteringsindsatser på ældreområdet

Dette materiale beskriver grundprincipperne i arbejdet med rehabilitering til borgere, der er i målgruppen for hjemmehjælp. Det indeholder eksempler på, hvilke elementer der er relevante at inddrage i rehabiliteringsforløb. Materialet henvender sig til projektledere, driftsledere, ældrechefer m.fl. i de danske kommuner, der beskæftiger sig med udvikling og implementering af rehabiliteringsindsatser særligt for ældre borgere.

Formålet er at støtte kommunernes igangværende arbejde med rehabilitering på ældreområdet. Herved ønsker vi:

- at understøtte den rette tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb, så indsatsen bliver effektiv og kan bidrage til at udsætte eller mindske behovet for hjemmehjælp
- at bidrage til, at ældre borgere i målgruppen for hjemmehjælp får mulighed for at udvikle eller genvinde deres samlede funktionsevne og herved fremme deres trykthed, selvstændighed og livskvalitet.

Inspirationsmaterialet er baseret på aktuelt bedste viden om rehabiliteringsindsatser over for ældre borgere. Målgruppen er borgere, som på grund af funktionsevnenedsættelser er berettiget til hjælp efter servicelovens paragraf 83. Målgruppen er derfor afgrænset til gruppen af nuværende eller kommende hjemmehjælpsmodtagere, som gennem et målrettet rehabiliteringsforløb forventes at kunne udvikle eller genvinde deres funktionsevne og derved opnå en mere selvstændig livsførelse. I forhold til øvrige målgrupper henviser vi til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til rehabiliteringsforløb efter sundhedsloven, fx rehabiliteringsforløb for KOL-patienter (Sundhedsstyrelsen 2007).

Denne publikation består af en kort beskrivelse af de otte grundprincipper for rehabiliteringsforløb, som er blevet anbefalet af Hjemmehjælpskommissionen samt en præsentation af fem centrale faser i rehabiliteringsforløb på ældreområdet.

Inspirationsmaterialet er blevet til på baggrund af bl.a. en kortlægning af kommunale erfaringer med rehabiliteringsindsatser på ældreområdet i Danmark samt en afsøgning af international litteratur på området (Socialstyrelsen 2013a; 2013b). Materialet er desuden inspireret af Hjemmehjælpskommissionens rapport "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats" (2013). Endelig har en række danske kommuner, organisationer og eksperter på området bidraget med viden og indsigt til inspirationsmaterialet bl.a. gennem deltagelse i møder og workshops.



Definition af rehabiliteringsbegrebet

Begrebet rehabilitering dækker i praksis over mange forskellige typer indsatser. Dette inspirationsmateriale bygger på definitionen af rehabilitering fra Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet samt begrebsafklaringen på socialebegreber.dk.

Rehabilitering er:

"... et resultat, hvor en person har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktionsevne, i et omfang så den svarer til personens egen opfattelse af et selvstændigt og meningsfyldt liv."

www.socialebegreber.dk

"... 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 meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."

Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret.
Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark.

Definitionerne understreger, at borgerens egen opfattelse af og ønsker til et selvstændigt og meningsfuldt liv er et helt centralt udgangspunkt for et rehabiliteringsforløb. Derfor er det væsentligt i rehabiliteringsforløb at styrke borgerens mestringsstrategier med udgangspunkt i borgerens egen forståelse af sin situation og sine fremtidsudsigter. Mestring er de strategier og fremgangsmåder, en person eller en familie bruger for at klare eller håndtere nye, svære situationer. Øgede mestringsstrategier skaber grundlag for, at borgeren selv kan arbejde aktivt med de rehabiliteringsområder, der er vigtige for ham eller hende, og som skaber udvikling og mening, også efter at forløbet er afsluttet. Det kan fx være at klare eller håndtere bestemte situationer, at bruge egne personlige ressourcer, at inddrage netværk og tilbud i civilsamfundet eller at tilpasse sig en ny livssituation. At arbejde med mestringsstrategier som en overordnet ramme for rehabiliteringsforløb er en måde at sikre, at de forandringer, borgeren gennemgår i forløbet, kan fastholdes, når det kommunale tilbud er slut.

Rehabiliteringsforløb kan munde ud i:

- at en del borgere bliver helt selvhjulpne, så de selv kan varetage alle gøremål i deres dagligdag efter endt rehabiliteringsforløb
- at nogle borgere opnår en selvstændighed, der betyder, at de kan klare flere af deres gøremål i dagligdagen og således afslutter forløbet med et mindsket behov for hjælp i hverdagen; fx at borgeren bliver i stand til selv at tage ud at handle, men fortsat har brug for hjælp til rengøring
- at enkelte borgeres livskvalitet højnes, eller at deres mestringsstrategier styrkes ved, at borgeren i større grad kan deltage i opgaveløsningen med øget selvstændighed og værdighed til følge; fx at borgeren efter forløbet selv kan vaske sit hår og tørre sig efter bad, men fortsat har brug for, at hjemmeplejen er til stede. For en gruppe borgere, fx borgere i fremskreden palliativ pleje eller borgere med fremskreden demenssygdom, vil et rehabiliteringsforløb i nogle tilfælde kunne højne livskvaliteten og den samlede funktionsevne, uden at det har betydning for den hjælp, borgeren modtager fra hjemmeplejen.

Systematisk og målrettet tilgang i rehabiliteringsforløb

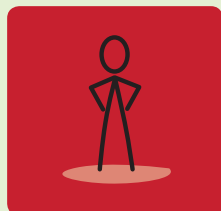
Hjemmehjælpskommissionens rapport fra 2013 anbefaler, at kommunerne arbejder systematisk med rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet, og at den kommunale indsats bør rette sig mod den ældre borgers samlede livssituation og ikke kun den eventuelle fysiske funktionsnedsættelse. Kommissionen anbefaler konkret, at kommunerne arbejder med rehabiliteringsforløb ud fra en bred og fælles forståelsesramme, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgår.

Kommissionen anbefaler otte grundprincipper for rehabiliteringsforløb, som bør være det fundament, som alle kommuner arbejder ud fra.

Principperne og beskrivelsen af rehabiliteringsforløb i dette materiale skal ses som en systematisering og en målretning af mange af de indsatser, der allerede eksisterer i kommunerne i dag.

Otte grundprincipper for rehabiliteringsforløb

Grundprincipperne er baseret på bedste viden om, hvad der skal til for at skabe et rehabiliteringsforløb med positive effekter for den enkelte borger – og dermed også bedst mulig udnyttelse af de kommunale ressourcer. I det følgende bliver de otte grundprincipper nærmere beskrevet. Grundprincipperne kan udgøre en rettesnor i kommunernes planlægning af rehabiliteringsindsatser.



1. Borgerens Aktive deltagelse i forløbet



2. Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov



3. Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation



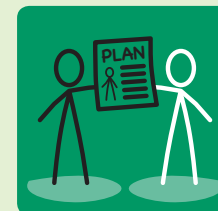
4. Målorienterede og tidsafgrænsede forløb



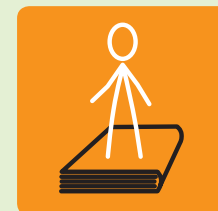
5. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde



6. Koordinerede forløb



7. Planlægning



8. Vidensbasering og kvalitet

Borgerens aktive deltagelse i forløbet

Det er et centralt element i et rehabiliteringsforløb, at borgeren er en samarbejdspartner og aktivt involveret i forløbet. Formålet med rehabilitering er – i samarbejde med borgeren – at fremme borgerens mulighed for at klare sig selvstændigt og forbedre livskvaliteten, så borgeren bevarer og styrker sin funktionsevne også i tiden efter rehabiliteringsforløbet. I et rehabiliteringsforløb har borgeren både medindflydelse og medansvar.

Succesfulde rehabiliteringsforløb med borgeren som aktiv deltager er stærkt forbundne med borgerens motivation. Motivation opstår og styrkes ved den enkeltes samspil med sine omgivelser. At arbejde med motivation i rehabiliteringsforløb handler om at tage udgangspunkt i, hvilke forandringer borgeren selv er motiveret til at arbejde med. Det er derfor vigtigt, at fagpersonen ved rehabilitering taler med borgeren om, hvilke mål han eller hun vil arbejde imod. Efter en fælles vurdering mellem fagpersonen og borgeren skal disse mål bruges i rehabiliteringsforløbet, i stedet for at fagpersonen fortæller borgeren, hvad der er nødvendigt. På den måde bringes borgerens egne ressourcer og ønsker i spil.

Det er vigtigt løbende at have fokus på borgerens motivation og på dialogen med den enkelte borger og eventuelt også borgerens pårørende omkring formålet med forløbet. Hvis det vedvarende ikke lykkes fagpersonerne at fremkalde borgerens motivation for at indgå i et rehabiliteringsforløb, bør der laves en ny faglig vurdering af, om der skal tilbydes en anden hjælp end rehabiliteringsforløb.



Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov

Et rehabiliteringsforløb bør indledes med en tværfaglig udredning af de områder, der er relevante for den pågældende borger. Udredningen danner grundlag for målene med indsatsen. Mål og indsatser i rehabiliteringsforløb varierer således fra borger til borger og afhænger af borgerens aktuelle ressourcer og behov samt ønsker for sit eget liv. Derfor må kommunen have en bred vifte af rehabiliteringsindsatser at trække på i tilrettelæggelsen af de enkelte forløb, og forløbet må planlægges i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende.



Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation

Rehabiliteringsforløb sigter mod at forbedre borgerens samlede funktionsevne og kan rette sig mod problemer af både sygdomsmæssig, psykosocial og funktionsmæssig karakter. Rehabilitering tager udgangspunkt i borgerens aktiviteter i hverdagen. Målet er at ændre de forhold, der har indflydelse på, at borgerens funktionsevne er nedsat, og at han eller hun derfor har behov for hjemmehjælp. Sammen med borgeren finder fagpersonerne frem til, hvilke forhold der kan forbedres og hermed fremme mulighederne for et mere selvstændigt hverdagsliv. Det kan dreje sig om at styrke netværket, ændre de fysiske rammer i boligen eller nærmiljøet, fx ved at installere hjælpemidler, eller om at styrke de personlige mestringsstrategier. Eller det kan dreje sig om træning i daglige aktiviteter, fx rengøring eller indkøb. Det kan også dreje sig om træning af sociale aktiviteter som fx at deltage i foreningsliv eller etablere kontakt til netværket, og endelig kan rehabiliteringen også handle om at træne kroppens fysiske formåen som fx at få bedre muskelstyrke og kondition. Der vil ofte være brug for en kombination af de forskellige indsatsområder.



Målorienterede og tidsafgrænsede forløb

Et rehabiliteringsforløb er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces, hvor mål og delmål for forløbet defineres og fastsættes i et samarbejde mellem borgeren og fagpersonerne. Målene skal være realistiske i forhold til borgerens ressourcer, og indsatserne skal være egnede til at nå målene i samarbejde med borgeren. Center for kliniske retningslinjer (2013) har udarbejdet en retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere over 65 år. Systematisk målsætning er et centralt element af rehabiliteringsforløb, fordi det motiverer borgeren til at deltage, tydeliggør forventningerne til indsatsen, fremmer en målrettet og koordineret indsats fra de involverede fagpersoner samt muliggør evaluering af den tværfaglige indsats. Borgerens mål vil skulle nedbrydes i delmål som forudsætninger for at nå det overordnede mål. Hvis borgerens mål fx er at kunne deltage i sociale aktiviteter i en forening, kunne delmål herunder være at varetage personlig pleje, kunne gå på trapper, kunne ringe efter en taxi osv.

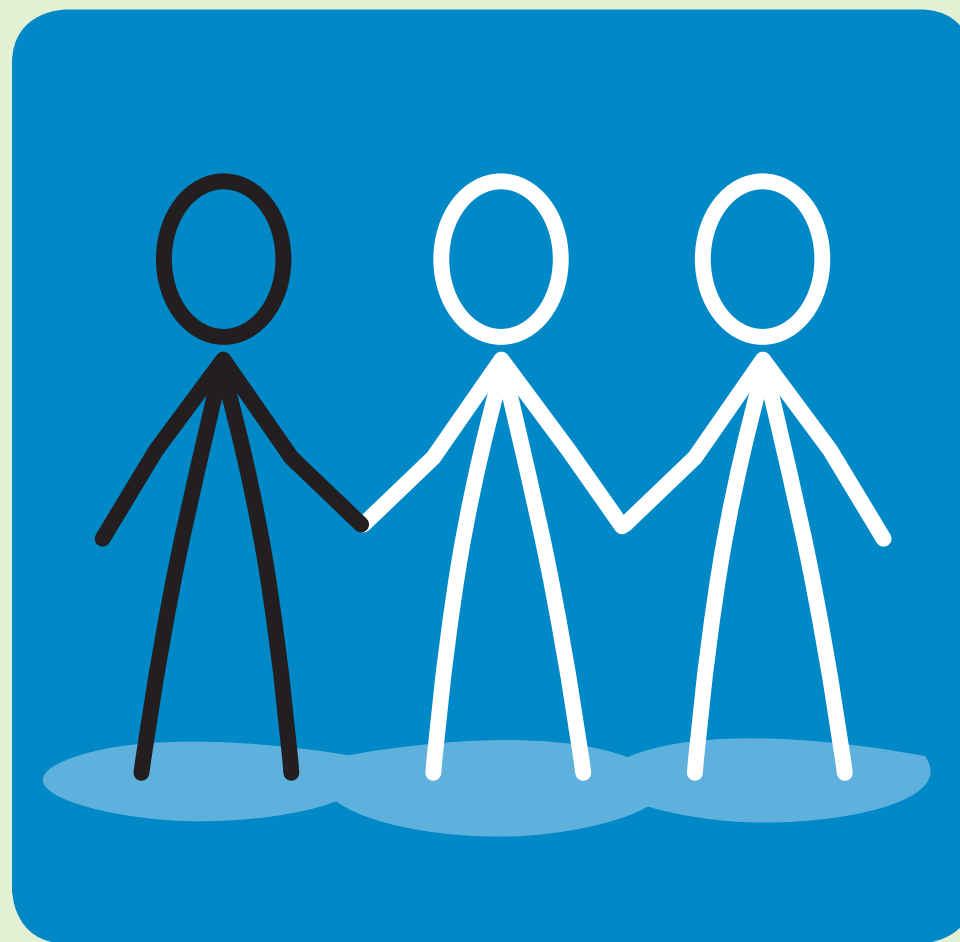
At rehabiliteringsforløb er tidsafgrænsede, vil sige, at der sættes tidsrammer for det samlede forløb herunder delmål, fx tre måneder afhængig af borgerens situation, og at der sker en løbende opfølgning, så mål, delmål, indsatser og tidsramme fortsat stemmer overens. Tidsrammen bør fastsættes ud fra borgerens behov og kan således godt være kortere eller længere end eksemplet på tre måneder. Tidsafgrænsningen bidrager til en fokuseret indsats fra såvel fagpersoner som borger mod at nå de fastsatte mål. Samtidig bidrager tidsafgrænsningen til at skabe gennemsigtighed for borgeren i forhold til det forløb, han eller hun tilbydes.



Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Rehabiliteringsforløb forudsætter ofte, at forskellige faggrupper og sektorer samarbejder – borgerens behov afgør graden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Der vil også være forløb, som ikke kræver et tværsektorielt samarbejde. Det vigtige er, at det er borgerens behov, der er styrende, og at der løbende sker en vurdering af behovet for at inddrage forskellige faggrupper, forvaltninger og sektorer. Det tværfaglige samarbejde kan foregå internt i kommunen, ved at forskellige faggrupper og/eller enheder skal samarbejde, fx social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, diætister, demenskoordinatorer, audiologopæder m.fl.

Indgangen til hjemmehjælp sker for en stor gruppe borgere via sygehuset i forbindelse med udskrivning til eget hjem eller via den praktiserende læge eller det forebyggende hjemmebesøg. I disse tilfælde er det afgørende at sikre et stærkt tværsektorielt samarbejde omkring det rehabiliteringsforløb, der igangsættes. Det er vigtigt for den samlede indsats, at sektorerne og de forskellige faggrupper arbejder sammen for at kunne overbringe hinanden borgerens mål og problemstillinger. På den måde sikres det stærkeste vidensgrundlag for rehabiliteringsforløbet. Det er fx vigtigt at være opmærksom på at koordinere indsatserne i en eventuel genoptræningsplan i forlængelse af et sygehusophold (sundhedslovgivningen) med indsatserne i et kommunalt rehabiliteringsforløb. Et stærkt samarbejde på tværs af fagfunktioner, forvaltninger og sektorer kan ledes af, at borgerens mål er styrende for indsatsen, sådan at alle faggrupper arbejder sammen om et fælles mål.



Koordinerede forløb

For at sikre at indsatsen er hensigtsmæssig og effektiv, skal der være klarhed over, hvem der har hvilke opgaver og kompetencer i forløbet, og borgeren skal opleve et rehabiliteringsforløb, hvor indsatser, mål og hverdagslivet i øvrigt hænger sammen. Dette kan fx løses ved at udpege en forløbsansvarlig fagperson for hvert enkelt rehabiliteringsforløb, som har til opgave at være tovholder for forløbet og inddrage de relevante fagligheder. Rehabiliteringsforløb skal ikke blot koordineres i forhold til de enkelte faggrupper, enheder og sektorer, men også i forhold til det liv, borgeren lever og ønsker at leve, så der fx tages højde for, at borgeren har færre kræfter de dage, han eller hun deltager i sociale aktiviteter.



Planlægning

Selve rehabiliteringsforløbet skal planlægges sammen med borgeren med de aftalte mål som det styrende element. Mange kommuner har gode erfaringer med, at der udarbejdes en fælles plan med mål, delmål og handlinger, som alle fagfolk arbejder ud fra. En rehabiliteringsplan, der er tilgængelig for både fagpersoner, borgeren og eventuelt pårørende kan danne udgangspunkt for løbende dokumentation og evaluering af forløbet. Planen bør løbende justeres, så den hele tiden passer til borgerens aktuelle behov. Hvis målsætningen fx ændrer sig, fordi det viser sig, at borgeren genvinder sin funktionsevne hurtigere end først antaget, skal de nye mål og handlingerne, der leder derhen, fremgå klart af planen.



Vidensbasering og kvalitet

Rehabiliteringsforløb skal bygge på de metoder, der har størst effekt, og de professionelle skal arbejde ud fra den bedste faglige viden og praksis og så vidt muligt anvende evidensbaserede indsatser, målemetoder med mere. Det er vigtigt kontinuerligt at sikre, at man arbejder i overensstemmelse med den aktuelt bedste viden, der findes i relation til ældre og rehabilitering. Det betyder, at den enkelte kommune skal tænke over, hvordan man indretter sin organisation, så der er det bedste grundlag for effektivt at indsamle og udbrede den nyeste viden. Det stiller samtidig krav om adgang til uformel kompetenceudvikling eller løbende praksisnær læring i form af fx refleksion, supervision, sidemandsoplæring og coaching af de enkelte faggrupper. Socialstyrelsen har udgivet fire rapporter, der beskriver aktuelt bedste viden om rehabiliteringsindsatser (Socialstyrelsen 2013a-d).

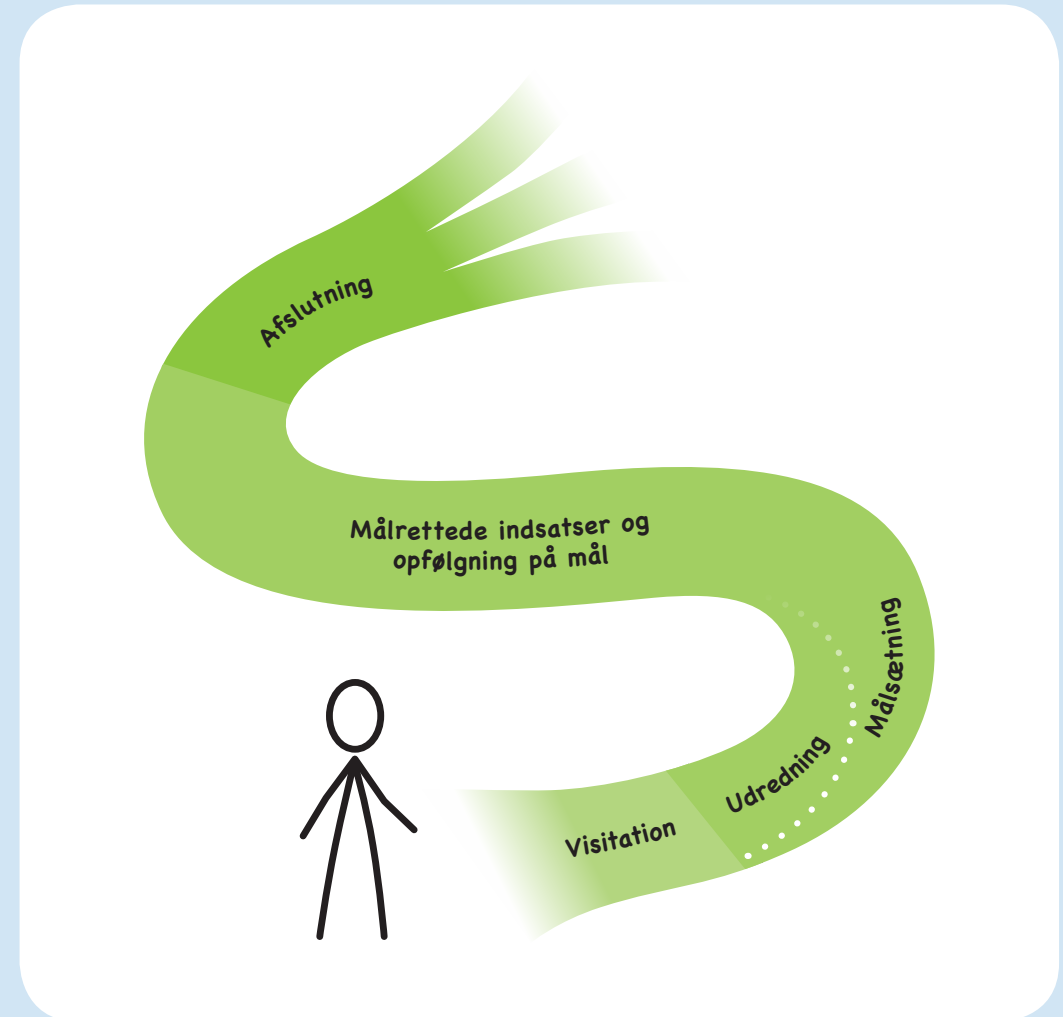


Rehabiliteringsforløb i fem faser

I det følgende afsnit beskrives et forslag til, hvilke elementer et rehabiliteringsforløb på ældreområdet kan indeholde. Undervejs præsenteres forskellige praksiseksempler på, hvordan elementer af rehabiliteringsforløb kan tage sig ud i praksis. Rehabiliteringsforløb kan med fordel inddeles i faser – dette tjener til at skabe en systematik i den kommunale rehabiliteringsindsats. På baggrund af den aktuelt bedste viden på området foreslår Socialstyrelsen, at rehabiliteringsforløb inddeles i følgende fem faser:

1. Visitation
2. Udredning
3. Målsætning
4. Målrettede indsatser og opfølgning
5. Afslutning og eventuelt revisitation

I mange kommuner har introduktionen af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen udgjort en ny måde at arbejde på og krævet nye arbejdsgange og vedholdende ledelsesmæssigt fokus. I den forbindelse er det vigtigt at overveje, hvordan man indretter sig organisatorisk i forhold til at skabe effektive rehabiliteringsforløb: Ønsker man fx faste rehabiliteringsteams, der er specialister i rehabilitering til at varetage forløbene, hvorefter borgeren sluses ud til den almindelige hjemmepleje? Eller ønsker man, at alle medarbejdere er i stand til at indgå i rehabiliteringsforløb for på den måde skabe kontinuitet i borgerens forløb? Der er gode erfaringer med begge modeller i kommunerne. Uagtet organiseringen foreslår Socialstyrelsen, at der til hvert rehabiliteringsforløb kobles en forløbsansvarlig fagperson, der har ansvaret for den overordnede koordinering af forløbet, fordi det skaber tryghed og sammenhæng for borgeren og øger chancen for at skabe målrettede, omkostningseffektive rehabiliteringsforløb for kommunen.



Et målrettet rehabiliteringsforløb

Annette er 81 år. Hun er ugift og bor alene. Hun faldt for et halvt år siden og vred sin ankel om, som siden har gjort ondt. Hun har siden tilbragt meget tid i sin seng og i sin stol ved vinduet i de sidste par år. Det har medført, at hun fysisk er blevet svækket og stiv i sine led, hvilket giver hende smerter og ubehag, når hun skal omkring, og har gjort det svært for hende at klare praktiske opgaver i hjemmet. Hun har derfor ansøgt om hjælp til rengøring og indkøb. Visitator laver efter en samtale med Annette en helhedsvurdering på baggrund af FS II og vurderer, at Annette vil have gavn af et rehabiliteringsforløb.

Den forløbsansvarlige fysioterapeut kontakter Annette og sammen udarbejder de en plan med henblik på at forbedre hendes fysik. Anette er også ked af at være så meget alene, og de sætter mål for at nedbringe Annettes isolation. Planen tager udgangspunkt i Annettes ønsker. Hun vil meget gerne gå ture igen, som hun tidligere gjorde med en veninde (turene ophørte på grund af smerterne i hendes ankel). Desuden vil hun gerne komme hyppigere i det nærliggende indkøbscenter, hvor hun altid mødte mange venner og bekendte, fik sig en sludder og fulgte med i vareudbuddet. Endelig kunne hun godt tænke sig en kanariefugl, der kunne sprede lidt liv i lejligheden. Hun havde en søn, som hun holdt meget af. Da lejligheden desuden er præget af hendes immobilitet og trænger til en "rengørende hånd", aftaler de også, at hun i et par måneder får hjælp til rengøring to timer hver anden uge, hvor hun sammen med social- og sundhedshjælperen igen får sin bolig "up to date". Den

forløbsansvarlige og Annette aftaler desuden, at Annette et par gange om ugen går til det lokale ældrecenter, hvor hun kan spise billigt, så hun får et par gode måltider mad i selskab med andre mennesker. I starten kan social- og sundhedshjælperen følges med hende til stedet. Annette har desuden taget en del smertestillende medicin, og den forløbsansvarlige beder en sygeplejerske gennemgå Annettes medicin i samarbejde med Annette.

Annette kontakter på opfordring fra den forløbsansvarlige Ældresagen, hvorfra der fremover kommer en frivillig, der kan give hende selskab med en gåtur en gang om ugen. Turene til indkøbscentret er planlagt to gange om ugen. I begyndelsen går den forløbsansvarlige med til centret for at vurdere gang og gåafstand, men Annettes fysiske formåen vokser støt som følge af den forøgede aktivitet, og hun får mere mod på at være social og aktiv. Hun har tidligere spillet kort, og da hun opdager, at der på ældrecentret er en kortklub, begynder hun at deltage i deres aktiviteter.

Annettes aktiviteter er stigende, og efter et par måneder ophører den praktiske hjælp. Den forløbsansvarliges aktive støtte overgår i løbet af de første par måneder til en telefonkontakt, der til sidst helt styres af Annette, der ringer, når hun har brug for information i forhold til sin motion m.m.

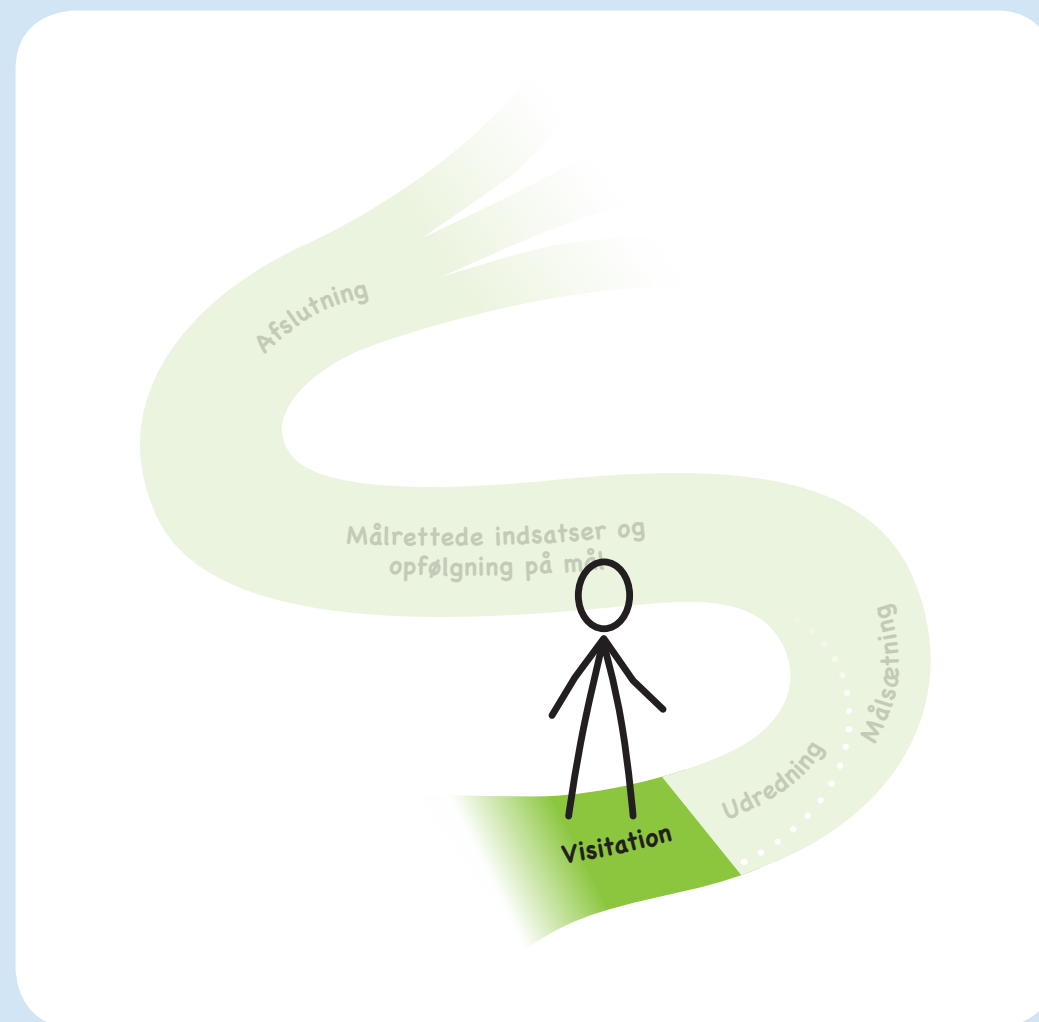
Fase 1: Visitation

Det første skridt i borgerens rehabiliteringsforløb vil typisk være visitation. I forbindelse med vurdering af behovet for hjemmehjælp tager visitator stilling til, om et tidsafgrænset og målrettet rehabiliteringsforløb kan hjælpe borgeren til at genvinde eller udvikle sin samlede funktionsevne og dermed opnå et mere selvstændigt liv.

Borgeren visiteres til et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes realistisk og meningsfuldt, at borgeren kan udvikle eller forbedre funktionsevnen via et rehabiliteringsforløb. Først når rehabiliteringsforløbet er afsluttet, tages der endeligt stilling til behovet for hjemmehjælp (genvurdering/revisitation).

Der er forskellige typiske indgangsvinkler til at blive visiteret til et rehabiliteringsforløb:

- Borgere, der ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp, retter selv eller via andre instanser (fx pårørende, praktiserende læge, sygehus, den forebyggende medarbejder) henvendelse til visitationen med anmodning om tildeling af hjemmehjælp. Visitator identificerer på den baggrund, om der er et rehabiliteringsbehov
- Visitator identificerer rehabiliteringsbehov ved borgere, der allerede modtager hjemmehjælp, men som fx overgår fra praktisk til personlig hjælp eller flytter i plejebolig
- SOSU-personalet i hjemmeplejen identificerer borgere med rehabiliteringsbehov, hvorefter visitator eventuelt visiterer til et forløb.



Målgruppen for rehabiliteringsforløb

Målgruppen for rehabiliteringsforløb er de borgere, der forventes at kunne udvikle eller genvinde hele eller dele af deres funktionsevne og derved opnå en mere selvstændig livsførelse. Alle borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte efter servicelovens bestemmelser om hjemmehjælp, kan være i målgruppen for rehabiliteringsforløb. Målgruppen omfatter således også borgere med en demenssygdom, borgere, der bor i plejebolig, og borgere, der modtager palliativ behandling, hvis de forventes at kunne profitere af et rehabiliteringsforløb.

Helhedsvurdering danner baggrund for visitation

Visitor besøger borgeren og laver en helhedsvurdering på baggrund af funktionsevnevurderingen i Fællessprog og træffer derefter afgørelse om, hvorvidt borgeren skal tilbydes et rehabiliteringsforløb eller skal visiteres til et andet tilbud. Der bør foretages en vurdering af borgerens samlede

funktionsevne i henhold til ICF, der er en internationalt anerkendt model, hvor funktionsevne danner udgangspunkt for rehabilitering (Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret 2004). For de borgere, der bor i plejebolig, kan visitationsproceduren være anderledes, men det væsentlige er, at der foretages en systematisk visitation uanset borgerens boform.

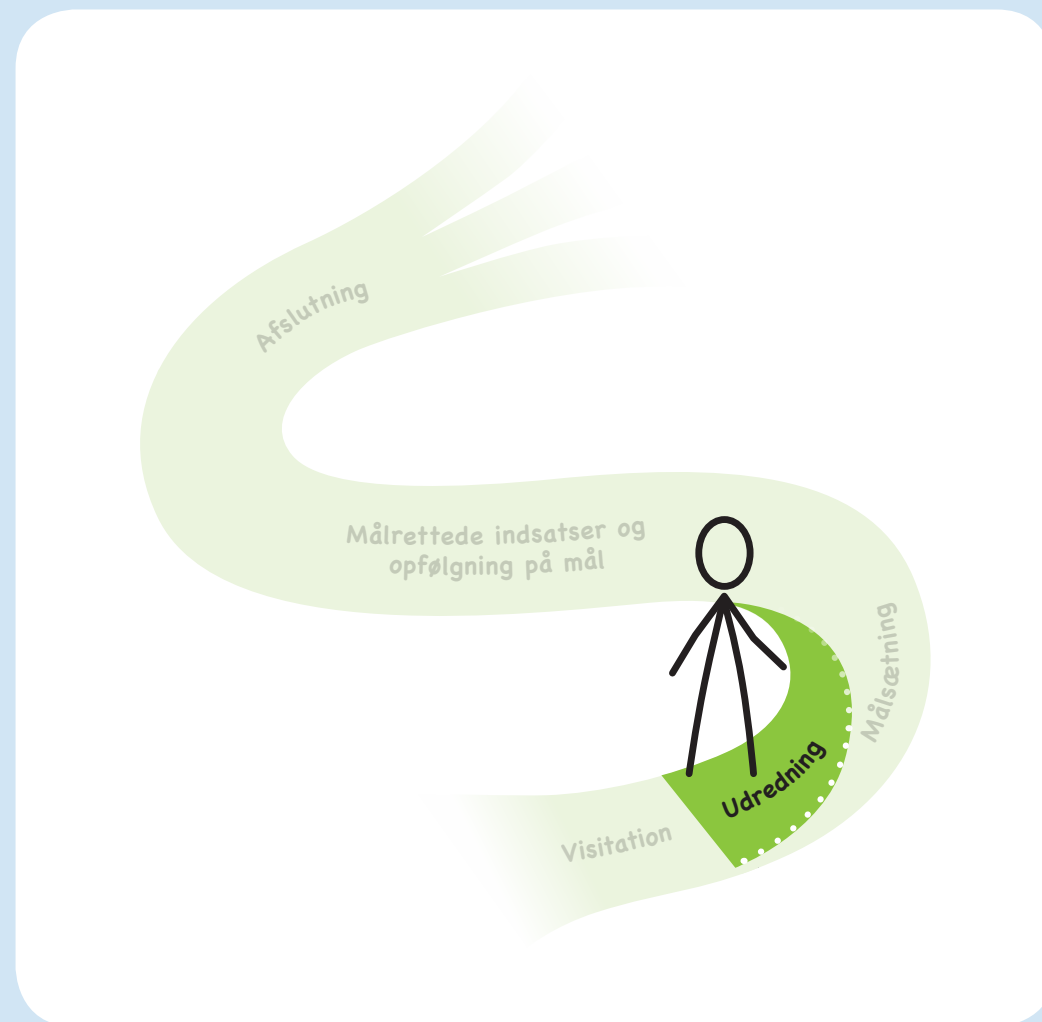
ICF definerer en persons funktionsevne ud fra et helhedsorienteret og dynamisk perspektiv. ICF har fokus på både fysiske, psykiske og sociale elementer ved funktionsevne og på den kontekst, individet indgår i. ICF har på den måde ikke fokus på sygdom og helbredelse, men på det, der har betydning for deltagelse i hverdagslivets aktiviteter og fællesskaber (ibid.).

Fase 2: Udredning

Et centralt element i at afdække borgerens behov er en grundig udredning. Mange af borgerne i målgruppen har en eller flere underliggende helbredsmæssige problemstillinger. Flere er samtidigt svækkede efter sygdom, og nogle føler sig socialt isoleret eller uønsket alene. Ofte ligger der noget andet bag, når en borger oplever at have behov for hjælp til en konkret dagligdagsaktivitet. Det er vigtigt, at borgeren fra starten af forløbet oplever en tryghed ved at få den hjælp og støtte, han eller hun har behov for, også under udredningen, og selvom det forventes, at behovet for hjælp vil mindskes af rehabiliteringsforløbet.

Motiverende arbejde er en forudsætning for rehabiliteringsforløb

For at sikre borgerens aktive deltagelse i forløbet er det væsentligt, at borgeren er motiveret og oplever indsatsen som meningsfuld. Der kan være forskel på, hvor motiverede borgerne i udgangspunktet er for at indgå i et rehabiliteringsforløb. Det kan afhænge af, om de har lidt et nyligt pludseligt funktionsevnetab, hvis de fx har haft brækket hoften og skal genvinde deres funktionsevne, eller om de har haft et langsomt funktionsevnetab, hvor de har lært at leve med og mestre deres svindende funktionsevne. Endelig kan det have betydning for borgerens motivation, hvis de er blevet vant til at få hjælp fra hjemmeplejen til at løse opgaverne. Jo mere borgeren har vænnet sig til og tilpasset sig situationen, jo sværere kan det være at skabe motivation for forandring (Socialstyrelsen 2013c). Flere kommuner har gode erfaringer med metoden "den motiverende samtale" som redskab til at skabe motivation og forandring (Socialstyrelsen 2013a).



Motiverende samtale er en effektiv metode til at skabe motivation for forandring

Et sundhedscenter bruger den motiverende samtale som metode til at rådgive borgere med bl.a. KOL, der henvises fra sygehuset eller egen læge. Borgerne modtager endnu ikke hjemmehjælp, men er i risiko for at få behovet – borgerne kan ikke varetage de samme hverdagsaktiviteter som tidligere, og livskvaliteten er faldende.

Det forløb, som sundhedscentret tilbyder, begynder med en samtale, hvor borgeren og sygeplejersken i fællesskab afdækker, hvad borgeren gerne vil kunne, og hvad han eller hun har brug for hjælp til for at komme videre. Her bruger sygeplejersken den motiverende samtale til at finde ud af, hvad borgeren har brug for og gerne vil, og hvordan han eller hun kommer i gang med nye vaner. Borgeren får her et lille puf til at gå i gang med det, han eller hun egentlig gerne vil lave om på i sit liv, men som de ikke har haft overskud til at gå i gang med på egen hånd.

Borgeren er en aktiv part i forløbet, og fagpersonen står i baggrunden og stiller sin viden til rådighed. Det betyder, at hvert forløb bliver individuelt, da det bygger på lige netop det, der er vigtigt for lige netop denne borger. Den motiverende samtale handler om at

møde borgeren der, hvor han eller hun er, høre, hvad der er svært for dem, og acceptere og respektere det, vedkommende har med i rygsækken. Tilliden mellem borgeren og sygeplejersken er afgørende og skal etableres med det samme. Nogle gange ligger borgerens motivation ikke der, hvor sygeplejersken med sin faglighed kan se, at det ville være effektivt at sætte ind – som når en KOL-patient ikke forbinder sin sygdom med sine rygevaner. Her er det vigtigt at begynde der, hvor borgeren har lyst, fx med kostændringer, og så kommer lysten til at ændre på rygevaner måske senere.

Alle i Sundhedscentret er uddannet i den motiverende samtale, og det gør det nemmere at fastholde metoden i den daglige praksis. Alle arbejder ud fra den samme tankegang, så de sparrer meget med hinanden. Samtidig har de etableret både teammøder, hvor de vidensudveksler, og deciderede borgerkonferencer, hvor de kan hente hjælp og sparring og reflektere med deres kollegaer i de tilfælde, hvor det er svært at finde ind til en borgers motivation.

(Kilde: Åbenrå Kommune)

Det er afgørende at skabe velkoordinerede rehabiliteringsforløb

For at sikre en koordineret og effektiv indsats vil det være hensigtsmæssigt at udpege en forløbsansvarlig for hvert enkelt borgerforløb, uanset om borgeren bor i plejebolig eller modtager hjemmepleje i eget hjem. Visitator skal på baggrund af helhedsvurderingen afgøre, hvilken fagperson der bedst kan varetage opgaven i det pågældende forløb. Den forløbsansvarlige kan fx være en sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut eller en social- og sundhedsassistent. Den forløbsansvarliges primære opgaver er at omsætte borgerens konkrete mål til praktisk handling og inddrage relevante tværfaglige samarbejdspartnere samt at sikre koordination i forløbet. Det er vigtigt, at den forløbsansvarlige kan indgå i samarbejde med borgeren omkring indsatsen, herunder arbejde med motivation og mestring. Det er også den forløbsansvarliges ansvar, at de relevante personer inddrages i forløbet, hvilket kræver en evne til at arbejde tværfagligt og til at understøtte en sammenhængende proces mellem borgeren, netværk og fagpersoner.

Helhedsorientering og tværfaglighed i udredningen

Rehabiliteringsforløb forudsætter ofte en tværfaglig indsats, og det er vigtigt at inddrage de relevante fagligheder. Samtidigt er det imidlertid også vigtigt at være opmærksom på ikke at inddrage flere fagligheder i rehabilitering, end det er nødvendigt. Det er visitators og den forløbsansvarliges opgave at sikre, at de relevante fagligheder er repræsenteret i udredningen. Der kan være flere forskellige fagligheder involveret i den tværfaglige udredning, men ofte vil ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske og SOSU-medarbejder være repræsenteret. Erfaringer fra kommunernes arbejde med rehabilitering viser, at det er vigtigt at huske at inddrage

sygeplejen i rehabiliteringsindsatsen. Når der skal foretages en systematisk udredning af borgerens samlede funktionsevne, vil det altid indbefatte at lave en vurdering af borgerens helbredsmæssige tilstand, herunder en gennemgang af medicinforbrug. Her er det oplagt at inddrage sygeplejersker. Ved at etablere et tværfagligt team af forløbsansvarlige i form af ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og lade denne gruppe mødes jævnligt for at drøfte borgerforløb kan kvaliteten af det tværfaglige samarbejde samtidig øges.

De fokusområder, som udredningen kan afsløre, kan spænde vidt – fra udredning og behandling af underliggende sygdom over fysisk træning til ADL-træning, hjælpemidler, velfærdsteknologi og tilpasning af omgivelser og indsatser rettet mod ensomhed/nedsat deltagelse i samfundslivet.

Inddrag pårørende i udredningen

Som led i udredningen og fremadrettet i rehabiliteringsforløbet er det vigtigt, at borgerens pårørende, såfremt borgeren ønsker det, udgør en væsentlig samarbejdspartner. De pårørende kan bidrage med viden om borgerens liv og ønsker. De kan være en særdeles vigtig støtte i den videre proces, fordi de kan bidrage til at skabe motivation for forandringer og kan være med til at fastholde nye rutiner og en forbedret funktionsevne efter endt rehabiliteringsforløb. Det er endvidere vigtigt, at de pårørende er orienteret om det forløb, der sættes i gang, og som betyder ændringer i borgerens hverdag, fx at borgeren trænes i selv at klare nogle hverdagsaktiviteter. Pårørende bør forstås meget bredt og ikke i relation til formelle familiemønstre. Det er borgeren selv, der afgør, hvem det er relevant at inddrage.



Fase 3: Målsætning

Målsætning er et centralt element i rehabilitering, da det fremmer motivation hos borgeren og en målrettet, koordineret indsats fra fagpersoner. At lade borgerens målsætning være styrende for rehabiliteringsforløb er afgørende, samtidig med at det kan udgøre en udfordring i en kommunal sammenhæng. Mange kommuner har ikke praktiseret at lade borgeren sætte mål for forløbet. To danske rapporter peger imidlertid på, at borgernes målsætning kan hjælpe til at målrette samarbejdet og forkorte rehabiliteringsforløbet, hvormed forløbene bidrager til øget funktionsevne for borgerne samt målrettet anvendelse af ressourcerne for kommunerne (Center for kliniske retningslinjer 2013.).

De to faser, "Målsætning" og "Udredning" vil i praksis foregå sideløbende, da målsætning foregår over flere samtaler med borgeren. I denne tekst har vi valgt at skille de to faser ad for at understrege, at det er to forskellige, afgørende elementer af et rehabiliteringsforløb.

Når der skal sættes mål for rehabiliteringsforløbet, skal der skelnes mellem det langsigtede mål og de kortsigtede delmål, der skal lede til, at det langsigtede mål kan opnås. Det langsigtede mål skal være det, der er vigtigt for borgeren, og det, som han eller hun er motiveret til at forfølge – hvis det er nødvendigt, skal fagpersonen hjælpe borgeren til at formulere målet. De kortsigtede mål skal formuleres i et tæt samarbejde mellem borgeren og fagpersonerne. De kortsigtede mål skal ses som de skridt, der er nødvendige for at nå hen til det langsigtede mål, og her er fagpersonernes viden og kompetencer væsentlige for at lave realistiske og ambitiøse mål.

Mange kommuner har gode erfaringer med at bruge COPM (Canadian Occupational Performance Measure) som interviewredskab til at identificere, hvilke aktiviteter og gøremål i hverdagen der er vigtige for borgeren, og på den baggrund sætte mål for indsatsen. Erfaringerne peger dog også på, at der kan være udfordringer forbundet med at anvende COPM i samarbejde med borgere, der har mentale funktionsnedsættelser (Socialstyrelsen 2013a).



Helhedsorienterede målsætninger skaber motivation

I en kommune har man gennemgået en udviklingsproces, hvor man i samarbejde med borgere og medarbejdere har udviklet redskabet "Borgerhjulet" til dialog med borgeren, som tager udgangspunkt i ICF og COPM. Formålene er bl.a. at inddrage borgerens livssituation, ressourcer og behov i visitationsprocessen og i leveringsprocessen, at borgeren selv sætter mål for udviklende indsatser i samarbejde med de professionelle ved bl.a. at anvende COPM, og at borgeren oplever sammenhæng, gennemsigtighed og genkendelighed i forløbet fra kontakt med visitering til den løbende kontakt med leverandøren.

Borgerhjulet giver også visuel støtte til visitator og leverandør. Det er et værktøj, som viser situationen og samtalen for borgeren. Borgerhjulet hjælper til at få afdækket, hvilke behov og ønsker der er mulige og nødvendige at imødekomme, for at borgeren kan udvikle færdigheder til at mestre hverdagens aktiviteter. Ud over at afdække behov benyttes borgerhjulet også til at fastsætte mål, afdække faglige handlinger og måle effekt. Borgerhjulet anvendes både af visitator og tovholder.

Borgerhjulet består af en cirkel med 6 emnefelter: Måltider, Husførelse, Bevægelse og færden, Samfundsliv og kontakt til andre, Varetagelse af eget helbred, Personlig hygiejne. Emnefelterne tager udgangspunkt i funktionsevne på aktivitets- og deltagelsesniveau som

i ICF-modellen. Emmerne udgør de områder, som borgeren kan få hjælp til ved funktions-
evnedsættelse.

Visitator lægger borgerhjulet på bordet ved visitationssamtalen og åbner derved samtalen og gør borgeren deltagende i samtalen og situationen. Når der bringes en aktivitets- eller deltagelsesproblematik op, inddrages de øvrige ICF-komponenter i visitators afdækning. Det kan fx være faktorer i omgivelserne, personlige faktorer eller kroppens funktioner eller anatomi, der gør, at borgeren har svært ved at udføre en aktivitet.

Tovholder anvender borgerhjulet ved borgere, der modtager udviklende indsatser. Der tages udgangspunkt i borgerhjulet i start samtalen. Borgeren oplever sammenhæng ved både at møde borgerhjulet ved visitationssamtalen og ved start samtalen med tovholder. Tovholderen dykker dybere ned i borgerhjulets emner. Med udgangspunkt i borgerhjulet udføres COPM.

(Kilde: Esbjerg Kommune "Gør borgeren til mester – en Esbjergmodel"; se eventuelt også Madsen et al. 2014)

Konkrete mål og handlinger definerer indsatsen

Resultatet af den systematiske målsætning er en individuel plan med konkrete, realistiske og tidsafgrænsede mål og handlinger, der definerer indsatsen til borgerne samt borgerens egne aktiviteter. Mange kommuner har gode erfaringer med brug af individuelle rehabiliteringspla-

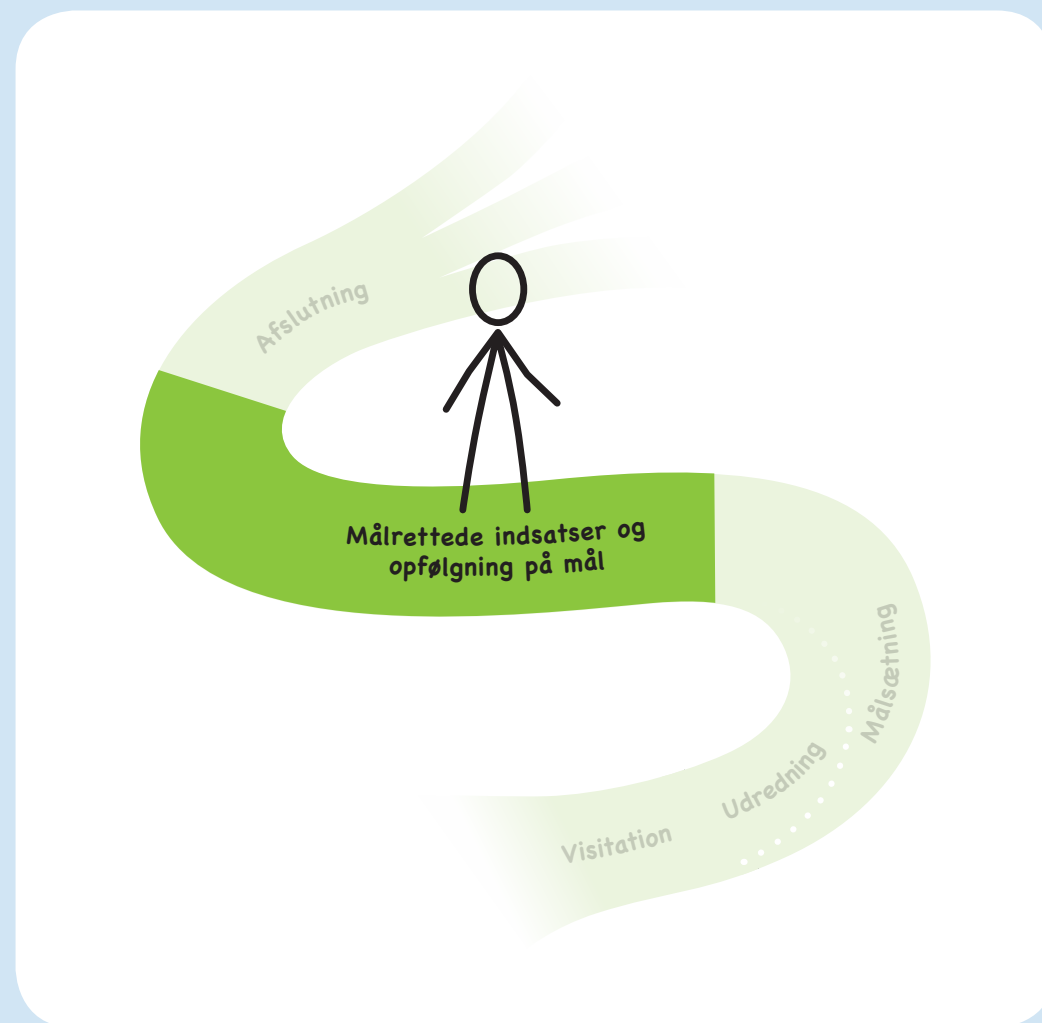
ner. For at sikre effektive forløb er det nødvendigt at sætte tidsgrænser på forløbet, fx 2-3 måneder. I løbet af de 2-3 måneder skal der løbende, fx hver anden uge, følges op på, om indsatsen stadig svarer til borgerens aktuelle behov, og om borgeren har nået de delmål, der er identificeret.

Fase 4: Målrettede indsatser og opfølgning på mål

Den forløbsansvarlige fagperson afgør på baggrund af den systematiske udredning og individuelle rehabiliteringsplan, hvilke faggrupper der skal inddrages i samarbejdet om rehabilitering. Relevante faggrupper kan være:

- Egen læge og/eller hjemmesygeplejen inddrages ved behov for medicingennemgang og/eller udredning og behandling af underliggende sygdom
- Diætister inddrages, når borgeren har behov for en ernæringsindsats
- Terapeuter inddrages ved borgere med behov for fysisk træning, ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter) hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelser
- Social og sundhedspersonale inddrages ved borgere, som under forløbet kan have behov for hjælp og pleje i hjemmet
- Pædagoger inddrages ved behov for at vurdere og skabe relationer, der hviler på borgerens ressourcer og mestringsevner samt at iværksætte stimulerende og udviklende aktiviteter.

Den plan, der lægges for rehabiliteringsforløbet, skal indeholde delmål med tidsrammer for at sikre, at indsatserne kan iværksættes individuelt, fleksibelt og målrettet. For at sikre, at alle faggrupper kender planen og arbejder efter de samme mål, er det en god idé at gøre planen tilgængelig for såvel fagpersoner som borgere og eventuelt pårørende, fx ved at planen ligger tilgængelig i borgerens hjem.



Der skal løbende ske en vurdering af, hvorvidt borgernes mål skal justeres. Det vil ofte være de kortsigtede mål, der justeres på. Det er den forløbsansvarliges ansvar at sikre denne justering.

De indsatser, der iværksættes, skal rettes mod borgerens samlede funktionsevne. Det kan fx dreje sig om:

- Behandling af underliggende sygdom
- Medicingennemgang
- Ernæringsindsats
- Fysisk træning
- ADL-træning (træning i dagligdagens aktiviteter)
- Hjælpemidler og/eller tilpasning af omgivelser
- Indsatser rettet mod ensomhed
- Indsatser rettet mod nedsat deltagelse i samfundslivet

En palette af mulige interventioner fremmer helhedsorienterede rehabiliteringsforløb

Et rehabiliteringsprogram arbejder med følgende typer af interventioner i deres rehabiliteringsforløb:

- ADL (Activities of Daily Life)
- Mobilitet og styrke
- Mestring af kronisk sygdom
- Faldforebyggelse
- Medicinhåndtering
- Kontinenspleje
- Ernæring
- Hudpleje (bl.a. forebyggelse af tryksår)

Interventioner er udvalgt, fordi de kan

bidrage til at opnå formålene med rehabiliteringsprogrammet: at højne funktionsevne eller forebygge/udsætte yderligere funktionsevnetab, fremme en sund aldring og at fremme mestring af kronisk sygdom

Kriterierne, for at netop disse interventioner er valgt, er bl.a., at de er evidensbaserede eller baseret på aktuelt bedste viden, at de er tilpasset målgruppen, og at de effektivt kan udføres i borgerens hjem og nærmiljø.

(Kilde: Home Independence Program (HIP). User Manual. Kan rekvireres via Silver Chain Group og Gill Lewin.)

Som sagt kræver rehabiliteringsforløb ofte, at flere fagligheder arbejder tæt sammen. Det er vigtigt at etablere et godt tværfagligt samarbejde, så alle medarbejdere arbejder efter det samme mål og koordinerer deres indsatser, så de aftalte mål vedbliver med at være styrende for forløbet.

Rehabiliteringsindsatser kræver overvejelser om den tværfaglig organisering

I en kommune har man organiseret sig med tværfaglige teams som ramme. De tværfaglige teams består af en koordinerende leder, en fysioterapeut, en visitator, en ergoterapeut, en sygeplejerske og et variabelt antal hjemmetrænere (social- og sundhedsassistenter). Visitatorerne er centralt ansat på samme matrikel og har hverdagsrehabilitering som deres primære arbejdsområde. Hver visitator dækker flere teams. De øvrige medarbejdere er ansat lokalt på forskellige matrikler og har hverdagsrehabilitering som delbeskæftigelse. De mødes til ugentlige tværfaglige møder foruden ad hoc-møder om konkrete borgersager. Modellen adskiller sig ved sin særlige organisering, hvor sygeplejersker og visitatorer er en integreret del af det tværfaglige team.

(Kilde: Tonnesen et al. 2012)

Konkrete metoder til at sikre gode rammer for det tværfaglige samarbejde kan være:

- tværfaglige enheder, hvor de forløbsansvarlige fagpersoner og det øvrige udførende personale er ansat under samme ledelse og typisk deler kontor- og fælleslokaler
- at de forløbsansvarlige fagpersoner har faste arbejdsdage i plejen, fx to dage om ugen, hvor den forløbsansvarlige fagperson besøger borgerne sammen med social- og sundhedspersonalet og efterfølgende i fællesskab justerer rehabiliteringsplanerne
- Fælles møder, både formelle (fx gruppemøder) og uformelle (fx frokost).

Et fælles sprog og respekt for fagligheder er centralt for tværfagligt samarbejde

I en kommune har de oplevet, at det retningsgivende mål i FSII har været for diffus en rettesnor for social- og sundhedspersonalet i mødet med borgeren. Sideløbende med at der har været et skift i den måde, hjemmehjælpen ydes på, fra primært at være kompenserende til i høj grad også at være udviklende og med et fokus på borgerens ressourcer, er der opstået et behov for nogle begreber, der kan indfange og beskrive den gode måde at levere hjælp og pleje på i hjemmet. Det retningsgivende mål i FSII har ikke kunnet stå alene, fordi det ikke er nuanceret nok i forhold til at definere indsatsen i hjemmet, og plejepersonalet har haft udfordringer med at omsætte det til praksis. Derfor er der formuleret disse fem faglige tilgange, der skal supplere FSII, så det retningsgivende mål implementeres som handlinger i mødet med borgeren:

- *Kontaktetablerende tilgang (tilgangen anvendes eksempelvis ved borgere med psykiske problemstillinger, hvor det at etablere kontakt og skabe en tillidsfuld relation er afgørende for at kunne vurdere og arbejde videre med et af nedenstående mål)*
- *Udredende tilgang (observerende og undersøgende tilgang i forhold til det, som ønskes udredt hos borgeren)*

• *Kompenserende tilgang (der kompenseres og "tages over" i forhold til borgerens begrænsninger)*

• *Aktiverende tilgang (fastholde, jf. FSII: medarbejderen inddrager borgeren og får borgerens ressourcer i spil, så borgeren er en aktiv part)*

• *Rehabiliterende tilgang (udvikle, jf. FSII: borgerens ressourcer inddrages, så borgeren er en aktiv part. Borgerens aktivitetsniveau udfordres, så borgeren fastholder eller får flere ressourcer gennem forløbet og mestrer opgaver, der tidligere ikke var mulige)*

Beskrivelsen af de faglige tilgange er opstået ud af dialog med både ledere, social- og sundhedspersonale, sygeplejersker og terapeuter, og beskrivelsen er med til at skabe et værdifuldt fælles sprog på tværs af faglighed, i forhold til hvordan man som fagperson møder borgeren. Beskrivelsen af forskellige faglige tilgange har betydning på den måde, at det åbner øjnene for, at de enkelte faggrupper ofte er bærere af forskellige traditioner for den måde, de møder borgeren på. De forskellige faglige tilgange er nødvendige og legitime i mødet med borgeren – der, hvor det gode møde mellem borger og fagperson skabes, er, når de finder ud af, hvilken faglig tilgang der er nødvendig, og udøver denne.

(Kilde: Skanderborg Kommune)

I rehabiliteringsforløb arbejdes med borgerens mestringsstrategier. I den målrettede indsats er det vigtigt at arbejde med at udvikle borgerens mestringsstrategier, så rehabiliteringsforløbets resultater kan bevares efter afslutning af rehabiliteringsforløbet. Målet er, at tab af funktioner så vidt muligt skal erstattes af aktiviteter, som kompenserer for den betydning, som de tabte funktioner gav i hverdagen. Rehabiliteringsindsatserne skal derfor altid tage udgangspunkt i borgerens egne perspektiver på sin situation og borgerens tidligere mestringsstrategier, der kan tilpasses borgerens ændrede hverdagsliv. Formålet med at arbejde med borgerens egne perspektiver på sin situation og udbygge relevante mestringsstrategier er at støtte borgerens kontrol over sin egen livsførelse, så vedkommende selv kan tage stilling til, hvad hverdagen skal bestå i, og hvordan den skal leves. Dette kan bidrage til, at rehabiliteringseffekterne er langtidsholdbare og meningsfulde for borgeren, og at borgeren bliver i stand til ved egen hjælp at vedligeholde sin funktionsevne efter et rehabiliteringsforløb.

Mestringsstrategier kan øges gennem gruppeinterventioner

Søren Hansen har haft Parkinsons sygdom i flere år. Efterhånden har han svært ved at rejse sig fra siddende stilling, og det er vanskeligt at forstå hans tale. Han og hans kone henvender sig til kommunen for at få hjælp til bad, da hans stivhed er blevet meget værre, og konen synes, at det er meget tungt at støtte ham.

Søren bliver glad for kommunens tilbud om rehabiliteringsforløb, som består af individuel træning, hjemmeøvelser og en fælles analyse af hans problemer i hverdagen for at finde nye måder at klare dem på. Men han er især glad for den holdundervisning, som han går til en gang om ugen sammen med andre personer, der har parkinsonisme. Her arbejder de med taleøvelser og bevægelsesmønstre, og de diskuterer sygdommens indvirkning på hverdagen og udveksler erfaringer.

Det har stor betydning for Søren at møde andre med samme problemstilling, og han får troen på, at han igen kan tage i byen med sin kone, klare sit bad og have energi til at starte samtaler med ukendte personer. Han har lært strategier til at slappe af, at styre sit stemmebånd, at bruge velcro i stedet for knapper og at forstå sin krops tegn og se fremtiden i øjnene.

Inddragelse af pårørende, netværk og civilsamfund

Borgerens pårørende og netværk spiller en væsentlig rolle i samarbejdet om rehabilitering. Deltagelse i social aktivitet kan være en forudsætning for et aktivt, tilfredsstillende og uafhængigt liv blandt ældre, og det at have god kontakt med sin familie har en positiv betydning for overlevelsen blandt ældre (Socialstyrelsen 2013b). Hvis borgeren har pårørende og andet netværk, kan de bidrage med relevant information og er en vigtig støtte og samarbejdspartner i rehabiliteringsforløb. Derfor er det vigtigt, at pårørende og netværk får information og rådgivning om, hvordan de bedst hjælper i rehabiliteringsforløbet.

Indsatser, der retter sig mod at reducere isolation og ensomhed, kan have en positiv effekt på borgernes funktionsevne og bør derfor være en del af kommunens tilbud. Her vil det ofte være relevant at samarbejde med borgerens netværk, lokalsamfund og eventuelt frivillige.

Løbende justering

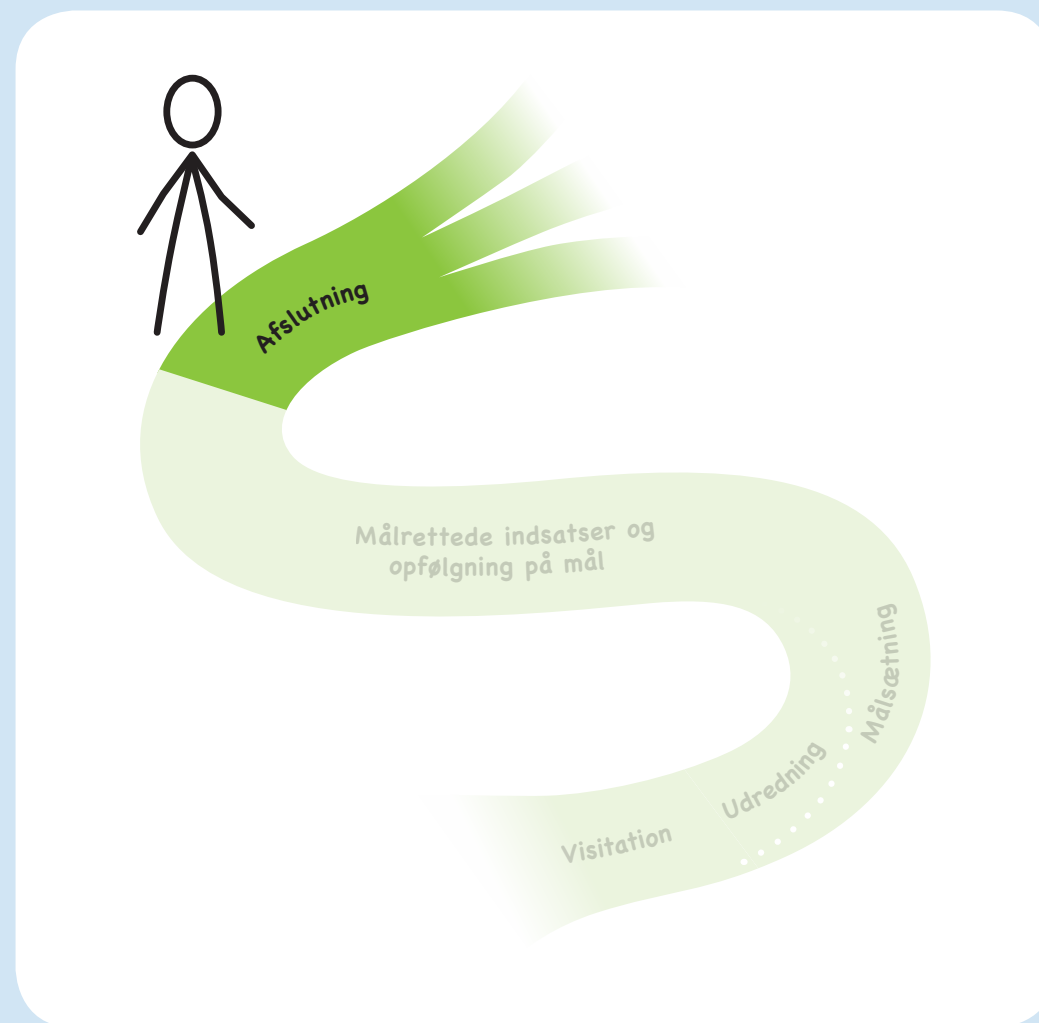
Der skal løbende, fx hver anden uge eller hyppigere efter behov, ske en vurdering af, hvorvidt borgerens mål og/eller indsatserne skal justeres. Det er den forløbsansvarlige, som er ansvarlig for, at disse justeringer finder sted, og at de registreres i borgerens rehabiliteringsplan. For at skabe effektive rehabiliteringsforløb er det afgørende at følge med i, om målene nås. Hvis målene ikke er nået, skal der justeres i planen og/eller målene. Samtidig er det afgørende, at justeringerne dokumenteres og gøres tilgængelige for alle involverede parter, da det er en forudsætning for at arbejde efter det samme mål. Rehabiliteringsplanen er et godt redskab til dette.

Fase 5: Afslutning og eventuel revisitation

Når den tid, der er sat som ramme for rehabiliteringsforløbet, er gået, skal den forløbsansvarlige i samarbejde med borgeren og eventuelt andre fagpersoner følge op på, om borgeren har nået sit mål og sine delmål.

Rehabiliteringsforløbet kan medføre forskellige resultater for borgeren: Borgeren kan være blevet helt selvhjulpnen og derfor ikke have behov for hjemmehjælp, borgeren kan være blevet delvist selvhjulpnen og have reduceret sit behov for hjemmehjælp, eller borgeren kan have øget sin selvstændighed uden dog at have mindsket sit behov for hjemmehjælp. Under alle omstændigheder er det vigtigt at sikre, at de resultater, der er opnået, kan vedligeholdes efterfølgende. En måde at arbejde med dette på er at lave en systematisk overlevering til enten forebyggelsesindsatsen i kommunen, hvis borgeren ikke fortsat skal modtage hjemmehjælp, eller til hjemmeplejen, hvis borgeren fortsat modtager hjemmehjælp.

Det er også vigtigt at inddrage borgerens netværk i afslutningen af et forløb, så de nye vaner og handlinger bliver integreret i borgerens fortsatte liv, fx ved, såfremt borgeren ønsker det, at invitere pårørende og/eller øvrige netværk med til et afsluttende møde, hvor der kan træffes fremadrettede aftaler mellem borgeren og dennes netværk.



Litteratur

Center for Kliniske Retningslinjer

2013 Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering af borgere +65 år, med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen

Hjemmehjælpskommissionen

2013 Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats

Madsen et al.

2014 Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune. Organisations- og økonomianalyse. KORA

Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret

2004 Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark

Socialstyrelsen

2013a Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Litteraturgennemgang.

2013b Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet

2013c Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering?

2013d Brug af redskaber i rehabilitering til hverdagens aktiviteter på ældreområdet. En beskrivelse af kommunernes erfaringer og analyse af anvendeligheden. Odense: Socialstyrelsen; 2013.

Sundhedsstyrelsen

2007 KOL – KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering

Tommesen et al.

2012 Grib Hverdagen. Slutevaluering. Århus Kommune



SOCIALSTYRELSEN