



Rammer for bedre hverdagsrehabilitering

En dialogguide for Ældre Sagens ældrepolitisk frivillige

Ældre@Sagen

SEPT
2015

Indhold

- 3 Forord
- 4 Hurtig indsats er dobbelt indsats!
- 4 Borgerinddragelse og målsætning: Borgerens ønsker og behov som udgangspunkt for målsætningen for hverdagsrehabiliteringen
- 5 Hvordan sikrer vi bedst, at borgerens ønsker og behov - både sociale, psykiske og fysiske - kommer med i vurderingen af borgerens potentiale?
- 5 Bisiddere
- 6 Tværfaglighed er afgørende
- 6 Pårørende
- 8 Retten til at blive rehabiliteret og retten til at sige nej tak
- 9 En god afslutning
- 9 Den vigtige opfølgning
- 10 Personalets engagement, empati og tilgang er afgørende. Efteruddannelse mv.
- 10 Offentlige-private leverandører
- 11 Bilag

Rammer for bedre hverdagsrehabilitering -En dialogguide for Ældre Sagens frivillige

Guiden er udarbejdet på baggrund af arbejdet i Ældre Sagens ad-hoc udvalg 2015 vedr. Rehabilitering i lyset af fremtidens hjemmehjælp.

Udvalgets medlemmer:

Niels Erik Tulstrup (fmd.)
Lillian Andersen
Inga Jensen
Kai Nørrung
Grethe Olsen
Jan Moeskjær Pedersen
Anni Roikjær

Tekst og red.(ansv.): Olav Felbo, Ældre Sagen

Produktion: GrafikDesign

Tryk: Ældre Sagen

København september 2015.

Forord

Hele vores velfærdssystem er under ombygning fra at give passiv hjælp til i langt højere grad at lægge vægt på den enkelte borgers ansvar for sit eget liv og helbred. Med træning og støtte skal det tidspunkt udskydes, hvor man har brug for hjælp. Et led i denne store omstilling er hverdagsrehabiliteringsreformen.

Fra 1. januar 2015 skal alle nye ansøgere om hjemmehjælp tilbydes et rehabiliteringsforløb, hvis kommunen vurderer, at det kan forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmehjælp. De næsten 150.000 hjemmehjælpsmodtagere, der allerede modtager hjemmehjælp, skal også igennem en sådan vurdering inden 1. januar 2017.

Selv om hjælp til selvhjælp har været kendt som princip i mange år, er det først med finanskrisens gennemslag og erfaringerne fra en række kommuner som Fredericia m.fl., at der er kommet ekstra fart på udviklingen og senest har lovgivningen skærpet denne udvikling.

Ældre Sagen støtter, at kommunerne giver tilbud om rehabilitering. Det kan være med til at udsætte det tidspunkt, hvor ældre bliver afhængige af hjælp og kan give den enkelte handlefrihed.

Men rehabiliteringen skal ikke bare tilbydes for at spare; den skal som udgangspunkt give mening og forbedret livskvalitet for det enkelte menneske.

Ældre Sagen vil gerne i dialog med kommunerne om at få gennemført den bedst mulige rehabilitering set med borgerens øjne. Tidspunktet er passende, nu hvor alle kommuner er forpligtede til at udforme kvalitetsstandarder for hverdagsrehabilitering efter § 83 a.

Kommunen skal tydeligt beskrive omfang, indhold og udførelse af rehabiliteringsindsatsen. Borgeren skal have præcist beskrevet, hvad målet er med indsatsen, hvordan kommunen vil følge op og hvilken hjælp han/hun kan forvente.

Her er altså en oplagt mulighed for, at man som ældrepolitisk frivillig kan stille en række spørgsmål til kommunen om, hvordan de har tænkt sig at gribe opgaven an, så der bliver de bedst mulige rammer set fra svækkede borgeres synspunkt. Folketinget har overladt et stort spillerum til det kommunale selvstyre.

Vi ved også, at det er meget forskelligt, hvad kommunerne tilbyder af kvalitet i forbindelse med hverdagsrehabilitering. Ældre Sagens mange medlemmer regner nu med, at vi som en stor organisation med over 700.000 medlemmer forsøger at følge denne store reform til dørs, når den gennemføres i kommunerne.

Derfor er det vigtigt, at Ældre Sagens ældrepolitisk frivillige går i dialog med kommunerne.

Denne guide stiller skarpt på en række temaer og spørgsmål og Ældre Sagens holdning til dem.

Hvad det er, der er vigtigt for at skabe de bedst mulige kommunale rammer for hverdagsrehabiliteringsforløbet, så det opleves som en succes for den ældre borger.

Både temaer og spørgsmål er et godt grundlag for en dialog med kommunale politikere og embedsmænd om dette vigtige emne.

Hurtig indsats er dobbelt indsats!

Spørgsmål:

Hvilke mål har kommunen sat i sine kvalitetsstandarder for, hvor hurtigt udredning, visitation og hverdagsrehabiliteringsforløb igangsættes for borgere, som ikke har hjemmehjælp, men som henvender sig med et ønske om at få det?

Ældre Sagens holdning:

Ældre Sagen kæmper for en hurtig indsats på dette område. Det har vist sig, at jo hurtigere et hverdagsrehabiliteringsforløb sættes i gang, jo bedre resultater opnår man typisk.

Omvendt viser resultater også, at jo længere du er afhængig af passiv hjælp, jo større er sandsynligheden for, at du bliver permanent afhængig af hjælp og vil få svært ved at blive rehabiliteret.

Det kan også bedst betale sig fra kommunen at sætte hurtigt ind fremfor at have ventetid. Kommunen bør derfor sætte vejledende retningslinjer for, hvor hurtigt en visitation og et forløb sættes i gang. Typisk bør der ikke gå mere end en uge fra henvendelse til rehabiliteringen går i gang.

Borgerinddragelse og målsætning: Borgerens ønsker og behov som udgangspunkt for målsætningen for hverdagsrehabiliteringen

Spørgsmål:

Hvad siger kommunens kvalitetsstandarder om, at borgerens ønsker og behov skal være grundlaget for målet med hverdagsrehabiliteringen?

Hvordan sikrer kommunen, at borgeren har været inddraget i beskrivelsen af målene?

Ældre Sagens holdning:

Center for kliniske retningslinjer har udarbejdet retningslinjer for, hvordan et godt rehabiliteringsforløb tilrettelægges og gennemføres sammen med borgeren.

Her står bl.a. at:

"Borgerinddragelse omkring målsætningen fremmer motivationen hos borgeren og en målrettet koordineret indsats fra fagpersoner."

Nogle kommuner har været tilbageholdende med at lade borgeren deltage i beskrivelsen af målene for sit eget rehabiliteringsforløb, fordi de er bange for at det bliver for dyrt.

Men der er ikke erfaringer for, at borgerinddragelse i målformuleringen fører til ukontrollabelt resourceforbrug. Tværtimod bliver samarbejdet mere målrettet og rehabiliteringsforløbet kortere.

Det har vist sig, at når borgeren er med til at sætte mål for sit rehabiliteringsforløb giver det:

- Øget helbredsbetiget livskvalitet.
- Øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem.
- Bedret målopfyldelse.
- Mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje.
- Mindre risiko for indlæggelser og/eller kortere varighed af behov for hjælp fra hjemmeplejen.

Dvs. det kan *bede* blive bedre for borgeren og ofte også billigere for kommunen i længden.

Hvordan sikrer vi bedst, at borgerens ønsker og behov - både sociale, psykiske og fysiske - kommer med i vurderingen af borgerens potentiale?

Spørgsmål:

Hvordan sikrer kommunen i sine kvalitetsstandarder og øvrige planlægning, at der bliver brugt et "værktøj", som inddrager borgeren og kan beskrive borgerens behov?

Ældre Sagens holdning:

Ældre Sagen ønsker, at kommunerne bruger de bedste faglige redskaber til at kortlægge borgerens ønsker og behov. Det er afgørende for god kvalitet, motivation og succes i rehabiliteringsforløbene. Fagpersoner anbefaler et værktøj kaldet COPM, der bredt kommer rundt om, hvad borgeren ønsker og hvad der er vigtigt for borgeren.

Fordelen ved at bruge COPM er, at det er borgerens vurdering af hvilke problemer, der har mest betydning i hverdagen, som er i centrum og som der gøres noget ved.

Det er også borgerens egen vurdering af udførelse og tilfredshed med udførelsen af aktiviteterne, der er styrende for rehabiliteringen og ikke kommunens eller fagpersonalets vurdering af, hvad der er vigtigst.

Se beskrivelse af COPM bagerst i denne guide under bilag.

Bisiddere

Spørgsmål:

Hvordan sikrer kommunen, at borgeren får information om muligheden for at have en bisidder med ved eksempelvis visitationssamtalerne i forbindelse med rehabiliteringsforløbene?

Ældre Sagens holdning:

For mange ældre kan visitationen være uoverskuelig. Det kan være en væsentlig hjælp at have forberedt sig på mødet med kommunen og have en person, der kan hjælpe én før, under og efter samtalen, så den ældres egne ønsker og behov kommer klart frem i forbindelse med visitationen. Men mange ældre kender ikke til denne mulighed. Derfor bør kommunen i god tid før visitationen sikre sig, at den ældre er klar over denne mulighed.

Tværfaglighed er afgørende

Spørgsmål:

Hvordan sikrer kommunen borgeren en tværfaglig hverdagsrehabiliteringsindsats?

Ældre Sagens holdning:

Det er dokumenteret at en *tværfaglig* indsats giver de bedste resultater for borgeren og i øvrigt også resultatmæssigt og økonomisk for kommunen. Derfor er det afgørende, at kommunen rent faktisk sørger for en organisation, der sikrer dette.

Ældre Sagen anbefaler, at man har tværfaglige teams, som specielt er kvalificerede til at tage sig af rehabiliteringsforløbene sammen med forløbskoordinatorer, der følger borgeren gennem hele forløbet og efter afslutning af rehabiliteringen.

Samtidig skal der være en generel efteruddannelse og oprustning af hjemmeplejen til at arbejde rehabiliterende i dagligdagen, så de kan understøtte udviklingen - også efter afslutning af det intensive rehabiliteringsforløb.

De relevante faggrupper som skal med i forløbet er:

- Sygeplejersken, som kan se på de medicinske problemstillinger, måske også opdage ernæringsproblemer og inddrage diætist. Hun kan også spore en begyndende demens og hjælpe med kontakt til sundhedssystemet.
- Ergo-/fysioterapeuter, herunder nogen, der kan se på relevante hjælpemidler.
- Praktiserende læger bør i mange tilfælde inddrages, så de kan være med til at forebygge indlæggelser.

Hvor meget borgeren ønsker selv at deltage i de tværfaglige drøftelser om sit eget potentiale og indsatserne, aftales med borgeren.

Vil borgeren være mest muligt med i udformning af rehabiliteringsforløbet, eller foretrækker han/hun at personalet udformer og planlægger på baggrund af borgerens mål og ønsker?

Pårørende

Spørgsmål:

Hvordan sikrer kommunen, at pårørende inddrages i forbindelse med rehabiliteringsindsatsen, hvis borgeren selv ønsker dette?

Ældre Sagens holdning:

Udgangspunktet er selvfølgelig den ældre borgers eget ønske om, at pårørende skal inddrages. Det er altid den ældre selv, der bestemmer. Ønsker han eller hun, at pårørende inddrages?

Hvis ja, bør kommunen støtte op om, at pårørende får mulighed for blive inddraget allerede tidligt i forløbet både i forbindelse med de første samtaler/vurdering af, om man har potentiale for rehabilitering, gennem selve rehabiliteringsforløbet og ved afslutning/evaluering. Pårørende kan være med til at opmuntre og hjælpe den ældre med at fastholde de nye vaner og erfaringer fra rehabiliteringsforløbet.



Retten til at blive rehabiliteret og retten til at sige nej tak

Spørgsmål:

Hvordan sikrer kommunen, at borgeren er informeret om sin mulighed for at standse rehabiliteringsforløbet? Hvad er kommunens fortolkning af borgerens ret til at afslutte sit rehabiliteringsforløb?

Ældre Sagens holdning:

Vedr. retten til rehabilitering. Risikoen kan være, at en del kommuner først og fremmest prioriterer rehabiliteringstilbuddet til "førstegangshenvendelse".

Men får borgere, som allerede er modtagere af hjemmehjælp, også lov til at stå på/have ret til rehabilitering.

Og hvad med dem, der måske har et potentiale og gerne vil have tilbud om rehabilitering, men som er "dyre" og "vanskelige", har været i systemet i længere tid, måske har et misbrugsproblem eller psykiske problemer?

Eller borgere med demens? Har de lov til at insistere på at komme ind i et rehabiliteringsforløb, der kan give dem det meningsfulde liv, de måske drømmer om? Hvis de ønsker rehabilitering til at opretholde socialt netværk, komme ned ad trapper osv., har de så ret til det – hvad er deres rettigheder i forhold til et rehabiliteringsforløb?

Og omvendt: Hvad er muligheden for at sige nej tak, fordi man ikke magter det, ikke synes det nytter noget eller har en anden grund til ikke at ønske rehabilitering – hvor hurtigt kan borgeren så afbryde forløbet og få adgang til en visitation og vurdering af hjælpebehov efter § 83?

Har borgeren ret til en "second opinion", at få en ny vurdering af, om man måske har et potentiale eller omvendt, at man måske ikke har et potentiale, men burde have hjælp efter § 83?

Medens rehabiliteringsforløbet står på: Hvilke muligheder har borgeren for at klage og få ændringer, hvis man synes, at den tilbudte hverdagsrehabilitering ikke er tilstrækkeligt god eller ikke imødekommer ens ønsker, eller hvis man får hjemmehjælp: At den hjemmehjælp, man får, måske reduceres for hurtigt?

En god afslutning

Spørgsmål:

Hvordan beskriver kommunen kravene til evaluering og dokumentation ved afslutningen på rehabiliteringsforløbet?

Ældre Sagens holdning:

En del kommuner afsætter ikke tilstrækkelig tid til, at fagpersonerne kan afslutte og evaluere borgerens situation. Ældre Sagen mener, det er afgørende for det videre forløb, at kommunen i sin kvalitetsstandard og planlægning beskriver, at procedurer for afslutningen på rehabiliteringsforløbet sikrer, at borgeren kan få den hjælp og støtte, der er brug for efter rehabiliteringsforløbet.

Dvs. der skal afsættes tid til slutevaluering/afslutning af borgeren, når det intensive 8-12 ugers forløb er ved at være afsluttet. Der bør sikres, at der kan være et møde mellem fagperson og borger med anstændig tid afsat til, at de kan blive enige om den videre proces.

Kommunen bør sikre, at det foreligger skriftligt, hvordan afslutningen er foretaget sammen med en evaluering, der indeholder såvel fagpersonens som borgerens vurdering af forløbet og det evt. fortsatte hjælpebehov/rehabiliteringsbehov.

Dette bør indgå i kvalitetsstandard og kommunen må afsætte tid til dette.

Den vigtige opfølgning

Spørgsmål:

Hvordan sikrer kommunen, at der bliver fulgt op på borgerens situation efter endt rehabiliteringsforløb?

Ældre Sagens holdning:

Borgeren skal føle sig sikker på ikke at blive efterladt uden hjælpemulighed, når rehabiliteringsforløbet er afsluttet. Man skal vide "hvem der griber mig, når de slipper mig". Man skal tidligt i forløbet blive tryk ved, at hjælpen vil være der, hvis man behøver det, - hvis man efter endt rehabiliteringsforløb igen får brug for hjælp, fordi man får perioder med svækkelse. Og man skal også vide, hvad der kan forventes, hvis man overgår til fortsat hjemmehjælp.

Der skal være mulighed for opfølgende nye rehabiliteringsforløb, hvis der er behov for det, og der skal være sikkerhed for tilstrækkelig supplerende hjælp, hvis det er behovet.

Der skal være nødkaldsmuligheder og jævnlig mulighed for evt. besøg hos den ældre, og opfølgningen bør også koordineres med de forebyggende opsøgende hjemmebesøg. Man skal være sikret en forløbskontaktperson, som man kan henvende sig til, hvis det er nødvendigt.

En særlig problemstilling er de ældre, der også af sociale grunde frygter yderligere isolation, fordi de måske mister hjemmehjælpen på baggrund af rehabiliteringen. Her er det vigtigt at spørge ind til om, hvorledes kommunen har tænkt på samarbejdet med de frivillige i forhold til f.eks. ensomhedsproblematikker.

Personalets engagement, empati og tilgang er afgørende. Efteruddannelse mv.

Spørgsmål:

Hvilke krav stiller kommunen til de forskellige personalegrupper, der indgår i de tværfaglige teams?

Hvordan sikrer kommunen, at personalet ud over de faglige kompetencer også har de rette personlige og menneskelige kvalifikationer, eksempelvis kurser, screening m.v.?

Ældre Sagens holdning:

Erfaringer viser at ældres oplevelse af hverdagsrehabilitering afhænger meget af det personale, der medvirker. Der er brug for efteruddannelsestiltag som f.eks. kurser i "den motiverende samtale" mv., men det er ikke nok blot at sende en masse medarbejdere på disse kurser.

Det er samtidig afgørende, at de medarbejdere der medvirker, har engagement, kan opmuntre og inspirere ældre og har tilstrækkelig empati til at undgå, at den ældre føler sig presset eller tvunget ind i forløbet. Man skal kunne lytte og spørge sig

ind til, hvad der er meningsfuldt for den ældre og hvordan man bedst kan sammensætte et forløb, som er i overensstemmelse med netop det enkelte menneskes livshistorie og tilgang til livet. Man skal have evnen til at samtale ligeværdigt. Man skal vise almen mellemmenneskelig respekt og vilje til at høre på, hvad andre mennesker siger.

Dvs. ud over de faglige kvalifikationer bør de mennesker, som udvælges til at f.eks. at udgøre kernen i visitationen og de tværfaglige rehabiliterende teams, besidde så mange af de ovennævnte menneskelige kompetencer som muligt.

Kommunen bør derfor foretage en screening i forbindelse med rekruttering, medarbejderudviklings-samtaler osv. vedr. de personlige kompetencer til disse jobs. Det er helt afgørende for at undgå de situationer, hvor ældre mennesker føler det er uværdigt - at de nærmest befinder sig på en form for arbejdsprøvning, overvågning - en test eller eksamen, hvor personalet står med korslagte arme og betragter deres formåen.

Offentlige-private leverandører

Spørgsmål:

Har kommunen private leverandører til hverdagsrehabiliteringsområdet?

Ældre Sagens holdning:

Ældre Sagen er åben overfor såvel private som offentlige leverandører. Det er kvaliteten i ydelsen, der er afgørende. I det omfang kommunen ønsker private leverandører inddraget, er det afgørende, at kommunen sikrer, at der er helhed og sammenhæng i indsatsen på tværs af offentligt-privat skellet.

Bilag

Fakta: Hvad er aktivitetsundersøgelsen COPM?

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et gennemtestet redskab til at dokumentere personens egen oplevelse af aktivitetsudførelse og ændring i aktivitetsformåen. Redskabet er med til at sikre en klientcentreret tilgang.

Formål

Personens egen vurdering af sin aktivitetsudførelse:

- Dokumentere personens prioritering af aktiviteter.
- Dokumentere ændringer i personens egen opfattelse af aktivitetsudførelse.

Fremgangsmåde

COPM udføres som et interview. Undersøgelsen indeholder følgende:

- Identificering af aktivitetsproblemer. Ergoterapeuten afdækker i det indledende interview de aktiviteter, som det er vigtigt for personen at være i stand til at udføre i hverdagen.
- Aktivitetsproblemerne prioriteres. Personen opfordres til at prioritere aktiviteterne efter, hvilke aktiviteter personen oplever som problematiske.
- Scoring – det standardiserede skema anvendes.
- Revurdering. Efter en aftalt tid foretages en revurdering, hvor der er fokus på, om aktivitetsproblemerne fortsat er til stede, eller der er opstået nye.

Målgruppe

COPM kan anvendes til børn over 3 år, unge, voksne og ældre. Personernes diagnoser eller grunde til funktionsbegrænsning har ingen betydning.

Hyppighed

Ved opstart af træningsforløbet, eventuelt under forløbet og ved afslutningen af forløbet.

Ressourcer

15-30 minutter afhængigt af patientens tilstand og ergoterapeutens erfaring med redskabet.



Ældre@Sagen

Nørregade 49 · 1165 København K · Telefon 33 96 87 87 · www.aeldresagen.dk

