

Kan vi rehabilitere alle ældre - herunder borgere med demens?

Pia Kürstein Kjellberg, analysechef, KORA

Pia Kürstein Kjellberg har været med til at evaluere flere rehabiliteringsprojekter, deriblandt den meget omtalte Fredericia-model. Desuden har hun været med til at udarbejde en kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet.

Samfundsmæssig og historisk baggrund

Den samfundsmæssige baggrund for, at hverdagsrehabilitering er blevet så populært i kommunerne, er den demografiske udvikling i befolkningen med et stigende antal ældre og et faldende antal yngre i den erhvervsaktive alder, hvor en forholdsvis lille arbejdsstyrke i fremtiden skal holde hjulene kørende, mens en stor gruppe af ældre borgere er gået på pension.

Historisk har ældreomsorgen udviklet sig fra et paradigme om "længst muligt i eget hjem" (1980'erne) til "længst muligt i eget liv" (2010'erne). I 1980'erne tilbød samfundet



Fredericia-modellen

Projekt "Længst muligt i eget liv" blev søsat i Fredericia Kommune i 2008. Projektets fokus er hverdagsrehabilitering. Projektet har haft stor succes og har inspireret mange andre kommuner. Formålet er at sætte fokus på den rehabiliterende indsats i plejen, og at styrke den ældre borger i at mestre sit eget liv.

[Læs mere om modellen ved at klikke her.](#)

borgeren en institutionsløsning, hvis vedkommende ikke kunne klare sig selv. Det var en helhedsløsning, men den var meget bekostelig. Herefter opstod den moderne ældreomsorg, som vi kender den i dag, hvor hjemmeplejen begyndte som institution.

Længst muligt i eget liv

På et ældretopmøde afholdt af FOA i 2007 bliver idéen om et nyt paradigmeskifte diskuteret - et paradigme, der tager udgangspunkt i at støtte ældre borgere i at klare sig selv længst muligt i eget liv uden hjælp fra samfundet. Formålet er at udskyde eller forkorte behovet for hjælp - uden at lade nogen i stikken.

Helene Bækmark, daværende direktør for Pleje, Sundhed & Arbejdsmarked i Fredericia Kommune, gør ord til handling og implementerer hverdagsrehabilitering. Pia Kürstein Kjellberg måtte gennem evaluering af Fredericia-modellen erken-

de, at her var noget afgørende nyt på spil. For det første tager modellen udgangspunkt i borgerens mål. Et eksempel er, at en ældre mand blev hjulpet til at opnå sit mål om at komme hen til det lokale værtshus og mødes med vennerne, selvom det ikke er en sundhedsfaglig prioritering. En anden forskel er den tid, der er afsat. I Fredericia giver man los og bruger den tid, der skal bruges på at lave kvalitativt arbejde, for så siden skære ned i tiden. En tredje forskel er, at indstuderede rutiner i den almindelige hjemmepleje systematisk bliver taget op til overvejelse og eventuelt ændret. F.eks. skal hjemmehjælperen ikke servicere ældre borgere, der godt selv kan anrette deres egen mad.

I 2010 på KL's sociale topmøde i Aalborg, kan Helene Bækmark berette, at Fredericia Kommune har sparet 13 mio. kr. ved at prioritere hverdagsrehabilitering. Det giver genlyd hos de kommunale ledere og et halvt år senere, viser en rundspørge, at 92% kommuner planlægger en indsats med hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering i hele landet

I september 2012 undersøger Pia Kürstein Kjellberg de forskellige modeller for hverdagsrehabilitering - der findes hele 95 forskellige, da nogle kommuner benytter mere end én model. Generelt er der tendens til en variation over temaet:

- En fysioterapeut og en ergoterapeut
- Nye borgere med rehabiliteringspotentiale

- En individuel rehabiliteringsplan
- SOSU-personalet som hjemmetrænere
- Systematisk opfølgning på målopfyldelse
- Systematisk opfølgning på afslutning til mere/ mindre hjælp

De 95 modeller kan inddeles i fire arketyper:

- 1) Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger (60/ 95)
- 2) Hjemmepleje med ekstra ressourcer (14/ 95)
- 3) Tværfaglig specialenhed (13/ 95)
- 4) Terapeutmodellen (8/ 95)

Hver arketype har sine styrker og ulemper. Pia Kürstein Kjellberg mener, den første type er svær med megen samarbejde på tværs af faggrupper. Der er den fjerde type meget lettere, men her mangler hverdagsrehabilitering fuldstændig integration i hjemmeplejen. Der er gode erfaringer med tværfaglig specialenhed (type 3), men den kommer kun få borgere til gode.

Pia Kürstein Kjellberg understreger, at en vellykket rehabiliteringsindsats tager lang tid, og hvor store besparelser der er at hente, kommer helt an på, hvordan indsatsen tilrettelægges, - hvis overhovedet der er noget at spare. F.eks. evaluerer hun Fredericia-modellen i 2013 efter, at den er blevet

bredt ud til at omfatte alle borgere, der modtager personlig pleje efter servicelovens §83 og ikke kun dem, der er udvalgt til at være "rehabiliterings-egnede". Her fik samtlige borgere med behov for pleje en individuel rehabiliteringsplan. En økonomisk analyse viste, at indsatsen er omkostningsneutral.

Kan demente borgere rehabiliteres?

For at vende tilbage til oplæggets hovedspørgsmål, om demente borgere kan rehabiliteres, svarer Pia Kürstein Kjellberg, at det er svært, og at det afhænger af, hvad man mener med rehabilitering. Hvis det handler om at tilføre faglighed af høj kvalitet, tror hun, demente borgere også kan have glæde af en indsats. Et eksempel er en borger, en dement mand, i Fredericia Kommune, som rehabiliterings-medarbejderne ikke mener kan flyttes ved hjælp af rehabilitering. Her forsø-

ger de alligevel at finde en løsning i forhold til, når manden skal i bad, hvilket er problematisk, da han modsætter sig. De forsøger at tænde for bruseren, og da han hører, vand der løber, går han selv i bad - uden nogen form for tvang eller støtte.

Som svar fra en deltager i salen bekræfter Pia Kürstein Kjellberg, at det desværre er korrekt, at demensramte borgere systematisk bliver sorteret fra på forhånd i langt de fleste rehabiliteringsindsatser. Hvis rehabiliteringsindsatsen blot er en maskeret spareøvelse, er det ok, men hvis der i stedet er tale om højnelse af den faglige kvalitet, er det en skam, at demente borgere ikke får glæde heraf.

En anden deltager spørger, hvorfor højere faglig kvalitet nu skal kaldes hverdagsrehabilitering. Pia Kürstein Kjellberg synes, spørgsmålet er relevant, men hun mener, det er nødvendigt at bruge begrebet, for der er tale om en ny måde at bedrive hjemmepleje på.

En tredje deltager pointerer til slut, at det er vigtigt ikke at diskvalificere folk i forvejen, fordi de har en demenssygdom. Vi skal være opmærksomme på, at borgere med demens måske ikke bliver bedre med hverdagsrehabilitering, men at de sandsynligvis bliver mindre dårlige, end de ellers ville have været.

