

# DigiRehab

– en træningsmetode helt ude ved borgeren



## Evalueringsrapport

Version 1, marts 2019

*Udarbejdet af*

Ida Munk Sandegaard Skyt

Projektmedarbejder, ergoterapeut/cand.scient i Klinisk Videnskab og Teknologi  
Center for Frihedsteknologi

AARHUS  
KOMMUNE



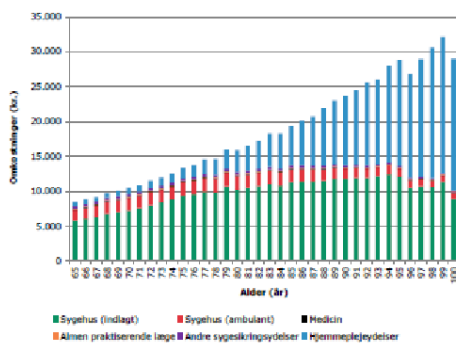
# Indhold

Baggrund .....	2
Formål og undersøgelsesspørgsmål .....	3
Teknologien .....	3
Metode .....	4
Målgruppe .....	4
Fremgangsmåde .....	4
Dataindsamling.....	6
Resultater.....	7
Effektanalyse .....	7
Borgernes oplevelse .....	11
Medarbejdernes oplevelse.....	12
Udfordringer og begrænsninger .....	13
Business case .....	15
Konklusion .....	18
Anbefalinger til implementering af digitalt understøttet rehabilitering .....	21
Perspektivering .....	23

# Baggrund

Befolkningen bliver ældre og ældre, og behovet for hjælp hos den ældre befolkning vil stige i fremtiden (figur 1). Ressourcerne til hjemmepleje stiger ikke i samme takt, og der vil blive mangel på arbejdskraft.

## Den ældre som bruger af ydelser



Kilde: KORA & Aldresagen 2015

KORA

KORA

## Rå befolkningsfremskrivning og forbrug hjemmepleje

- 2015 -
  - 2020 - 10 % øget behov
  - 2025 - 28 % øget behov..
  - 2030 - 50% øget behov
  - 2035 - 72 % øget behov...
- Med uændrede standarder...

Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

**Figur 1: Prognose for udviklingen i ydelser til ældre i fremtiden – udarbejdet af Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning (KORA)**

De fleste borgere sætter lighedstegn mellem selvbestemmelse, uafhængighed og livskvalitet. Livskvaliteten falder ved nedsat evne til at klare sig selv i dagligdagen.

På nuværende tidspunkt tilbydes borgere i hjemmeplejen oftest rehabilitering og træning, når de oplever et pludseligt fald i evnen til at klare sig selv, fx efter sygehusindlæggelse. Med digitalt understøttet rehabilitering er det tanken, at SOSU-medarbejderne skal spotte borgere, der kan have gavn af træning inden et fald i funktionsevnen – borgere, der på nuværende tidspunkt ikke får andre træningstilbud. Herved er forhåbningen, at borgernes selvhjulpethed kan øges og behovet for hjælp reduceres.

Et eksempel på en teknologi til digitalt understøttet rehabilitering er "DigiRehab". DigiRehab er en løsning til fysisk træning af ældre, der modtager hjemmepleje (personlig pleje og praktisk hjælp). Træningen udføres af de SOSU-medarbejdere, der i forvejen kommer i borgernes hjem fremfor fysioterapeuter.

DigiRehab er afprøvet med god effekt i flere danske kommuner, bl.a. Viborg Kommune og Aalborg Kommune. I 2018 er DigiRehab blevet afprøvet i Aarhus Kommune i et projekt finansieret af Velfærdsteknologisk Udviklingspulje (VTU). Afprøvningen fandt sted i Område Viby-Højbjerg, ét af kommunens syv områder. Tre hjemmeplejeteams deltog: To dagteams fra henholdsvis Holme og Skåde (fra maj 2018) og et dagteam fra Viby (fra august 2018).

# Formål og undersøgelsesspørgsmål

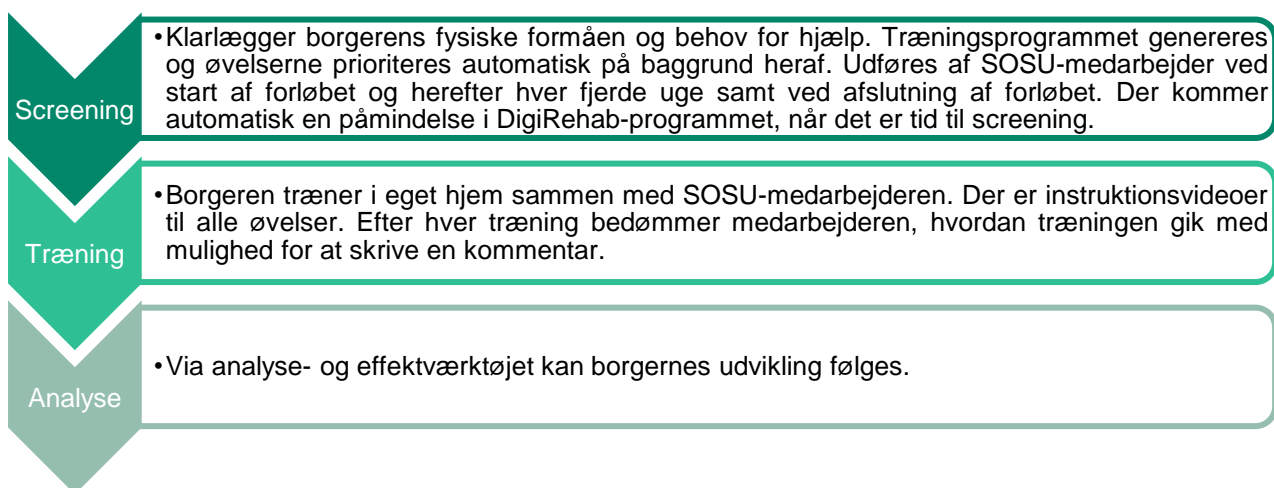
Formålet med VTU-projektet var at undersøge effekten af DigiRehab for borgere og SOSU-medarbejdere samt den økonomiske effekt ud fra følgende spørgsmål:

- Oplever borgerne øget selvhjulpethed og livskvalitet?
- Hvordan oplever SOSU-medarbejderne den nye arbejdsopgave?
- Hvordan fungerer teknologien i dagligdagen?
- Er det muligt at øge borgernes fysiske funktionsniveau og selvhjulpethed, og dermed reducere behovet for hjælp, for derved at opnå en besparelse i visiteret/planlagt hjemmepleje som i Viborg Kommune og Aalborg Kommune?

Desuden var formålet med projektet at indsamle erfaringer som grundlag for anbefalinger i forbindelse med en eventuel implementering af digitalt understøttet rehabilitering i Aarhus Kommune.

## Teknologien

DigiRehab består af en webbaseret platform, der indeholder tre elementer:



DigiRehab tilgås via en app på SOSU-medarbejdernes tablet, som i forvejen anvendes i det daglige arbejde.



Figur 2: Træningsprogram til borger, hvor øvelserne er prioriterede og vises via en instruktionsvideo (venstre). Analyseværktøj, der viser borgernes udvikling (højre)

Et DigiRehab-træningsforløb består af to dele:

- Intensivt forløb: 2 gange træning á 20 minutter pr. uge i 12 uger.
- Opfølgende forløb: 1 gang træning á 20 minutter hver anden uge i fx 6 måneder.

# Metode

## Målgruppe

Inklusionskriterier:

- Borgere, som er bosat i Område Viby-Højbjerg og som modtager ydelser fra hjemmeplejen.
- Borgere, som ikke er i andre træningstilbud fra Aarhus Kommune.
- Borgere, som har behov for træning, men som med de nuværende tilbud ikke kan understøttes.
- Borgere, som har gennemført et træningsforløb og burde selvtræne, men ikke har kapacitet hertil.
- Borgere, som overleveres fra Rehab-teamet til hjemmeplejen (af Aarhus Kommunes syv områder er det kun Område Viby-Højbjerg, der er organiseret med et Rehab-team).

Eksklusionskriterier:

- Borgere med halvsidige lammelser (øvelserne tager ikke højde herfor).
- Borgere med massive kognitive udfordringer (borgerne skal kunne følge en instruktion).
- Borgere, der er akut syge (så er det sygdommen og ikke træningen, der evalueres).
- Ny-tilknyttede borgere i hjemmeplejen, da de skal gennemgå et tværfagligt rehabiliteringsforløb først (særligt for Område Viby-Højbjerg).

Det var hensigten at inkludere 150 borgere i projektet.

## Fremgangsmåde

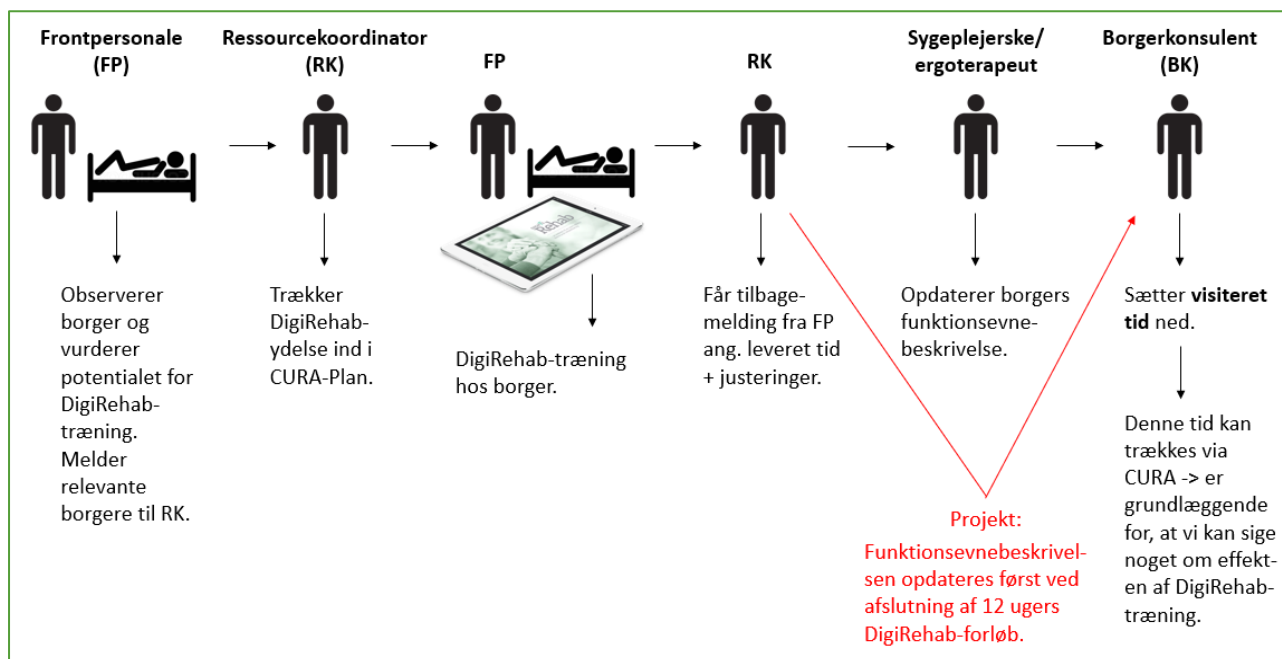
Projektet fulgte nedenstående fremgangsmåde:



### Forberedelse

- Oprettelse af ydelser i borgerjournalen Cura for henholdsvis det intensive og opfølgende træningsforløb.
- Opsætning af ADFS-integration, hvorved de udvalgte medarbejdere kunne logge på DigiRehab-systemet med deres eksisterende ident og brugernavn.
- Informationsmøde (to timer) for ergoterapeuter i hjemmeplejen, fysioterapeut i sundhedsenheden samt ressourcepersoner/vagtplanlæggere.

- Uddannelse af næsten 40 SOSU-hjælpere, sygehjælpere og faste afløsere<sup>1</sup> ved fire timers undervisning forestået af DigiRehab i maj 2018 (medarbejdere fra Holme og Skåde) samt august 2018 (medarbejdere fra Holme, Skåde og Viby).
- Udvælgelse af borgere blev foretaget af de SOSU-hjælpere, der havde modtaget undervisning, hvorefter borgerne blev tildelt en DigiRehab-ydelse af ressourcekoordinatorerne.
- Kortlægning og aftaler om arbejdsgange i forbindelse med DigiRehab-træningen og borgernes visiterede tid som illustreret i figur 3.



Figur 3: Arbejdsgange i forbindelse med DigiRehab-træningen og borgernes visiterede tid

### Præ-afprøvning

- 6 borgere blev opstartet i Holme og Skåde.
- Foreløbige erfaringer blev gjort inden opstart af den endelige afprøvning.

### Afprøvning

- Yderligere 46 borgere blev opstartet i Holme, Skåde og Viby.

### Afslutning

- De sidste aktive borgere afsluttede deres intensive træningsforløb medio januar 2019.
- Afrapportering.

<sup>1</sup> I den resterende del af evalueringsrapporten vil medarbejderne (SOSU-hjælpere, sygehjælpere og faste afløsere), der deltog i projektet, blive benævnt som "SOSU-hjælperne". Denne faggruppe udgjorde størstedelen af de deltagende medarbejdere.

## Dataindsamling

I løbet af projektet blev der indsamlet både kvalitative og kvantitative data som vist i tabel 1.

Data	Metode	Kilde
Oplevelse af DigiRehab-træning, selvhjulpethed og livskvalitet	Individuelle, semistrukturerede interviews	4 borgere <sup>2</sup>
Oplevelse af DigiRehab-træning som arbejdsopgave samt DigiRehab-systemet	Fokusgruppeinterview	9 SOSU-hjælpere fra de 3 hjemmeplejeteams
Oplevelse af arbejdsgange omkring DigiRehab-træning (tildeling af ydelse, planlægning)	Fokusgruppeinterview	2 ressourcekoordinatorer fra hver deres hjemmeplejeteam
Oplevelse af organisatoriske forhold omkring DigiRehab	Statusmøder i projektgruppen i løbet af hele projektforløbet	Viceområdechef og 3 teamledere
Udvikling i borgernes fysiske funktionsniveau og behov for hjælp	Datatræk	DigiRehab-database
Visiteret/planlagt hjemmeplejetid (ydelse)	Datatræk: Borgere med DigiRehab-udydelse samt kontrolgruppe bestående af alle andre modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp fra hjemmeplejen i Område Viby-Højbjerg	Faktacentret, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg

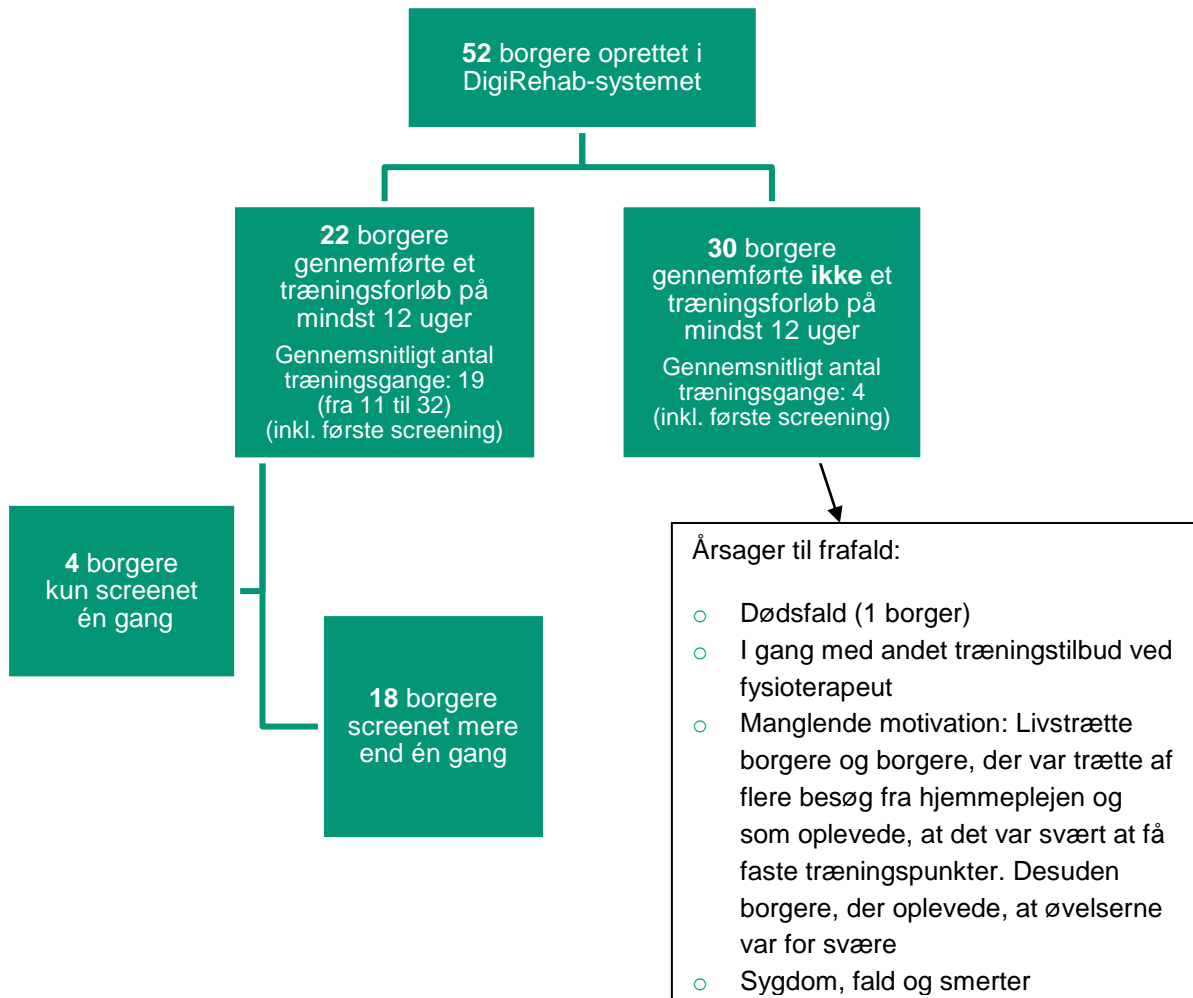
Tabel 1: Oversigt over projektets kvalitative og kvantitative data, herunder indsamlingsmetode samt kilde

<sup>2</sup> I alt 34 borgere blev inviteret til at deltage i et individuelt interview, heraf både borgere, der var aktive i DigiRehab-forløb, og borgere, der havde stoppet træningen før tid. Det lykkedes kun at lave en aftale med 4 af borgerne.

# Resultater

## Effektanalyse

Figur 4 viser antallet af borgere, der indgik i projektet samt årsager til, at borgere stoppede før tid (frafald).



Figur 4: Oversigt over borgere, der indgik i projektet samt årsager til frafald

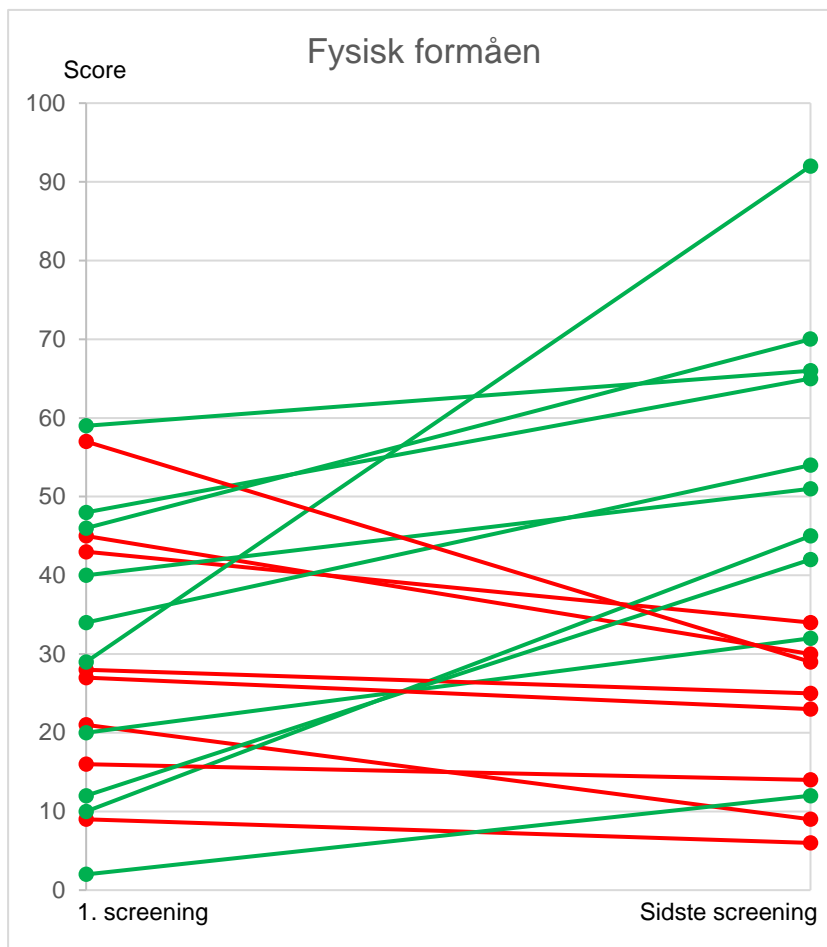
I dataanalysen udgår de 30 borgere, der ikke gennemførte et træningsforløb på 12 uger. Desuden udgår de 4 borgere, der kun blev screenet én gang, da disse borgere ikke har et sammenligningsgrundlag, hvor de sammenlignes med sig selv. Dataanalysen bygger derved på de 18 borgere, der gennemførte mindst 12 ugers træningsforløb samt blev screenet mere end én gang. I forbindelse hermed tages følgende forbehold:

- Kun 1 af de 18 borgere fik udført en screening som afslutning på træningsforløbet (dvs. ingen træninger efter sidste screening). For de resterende 17 borgere er det reelle niveau for fysisk formåen og behov for hjælp ved afslutning af forløbet ikke vurderet og registreret.
- Hos 8 af de 18 borgere er første og sidste screening udført af to forskellige SOSU-hjælpere. Ifølge SOSU-hjælperne kunne det være vanskeligt at score borgerne, og når SOSU-hjælperne sammenlignede scoringer af de samme borgere, var de ikke altid enige. At første og sidste screening ikke er foretaget af den samme SOSU-hjælper, kan derfor medføre usikkerhed i data.



## Fysisk formåen

Figur 5 viser udviklingen i de 18 borgeres score for fysisk formåen fra første til sidste screening.



Figur 5: Udviklingen i de 18 borgeres score for fysisk formåen fra første til sidste screening (grønne grafer = fremgang; røde grafter = tilbagegang) – jo højere score (fra 0 til 100), jo større fysisk formåen

Fra første til sidste screening ses det af figur 5 at:

- **10 af 18 borgere (56%) fik en højere score, hvilket betyder fremgang i fysisk formåen (grønne grafer)** (gennemsnitlig fremgang: 23 points).  
Én af disse borgere havde en markant større fremgang end de andre borgere. Borgerens første og sidste screening blev foretaget med kun 7 ugers mellemrum (ifølge evidens for fysioterapeutisk træning er der først effekt efter 8-12 ugers træning) og af to forskellige SOSU-hjælpere, hvilket kan medføre usikkerhed om resultatets validitet. Hvis borgerens score ikke indgår i analysen, var den gennemsnitlige fremgang for de resterende 9 borgere 18 points.
- **8 af 18 borgere (44%) fik en lavere score, hvilket betyder tilbagegang i fysisk formåen (røde grafter)** (gennemsnitlig tilbagegang: 10 points).  
3 af de 8 borgere havde en større tilbagegang end de resterende 5 borgere. Årsagerne til dette var ifølge SOSU-hjælpernes kommentarer muligvis:
  - En af borgerne var faldet efter første screening.
  - En af borgerne "virkede ikke helt frisk" på screeningsdagen.
  - En borger havde haft et skred i sin demens efter første screening.

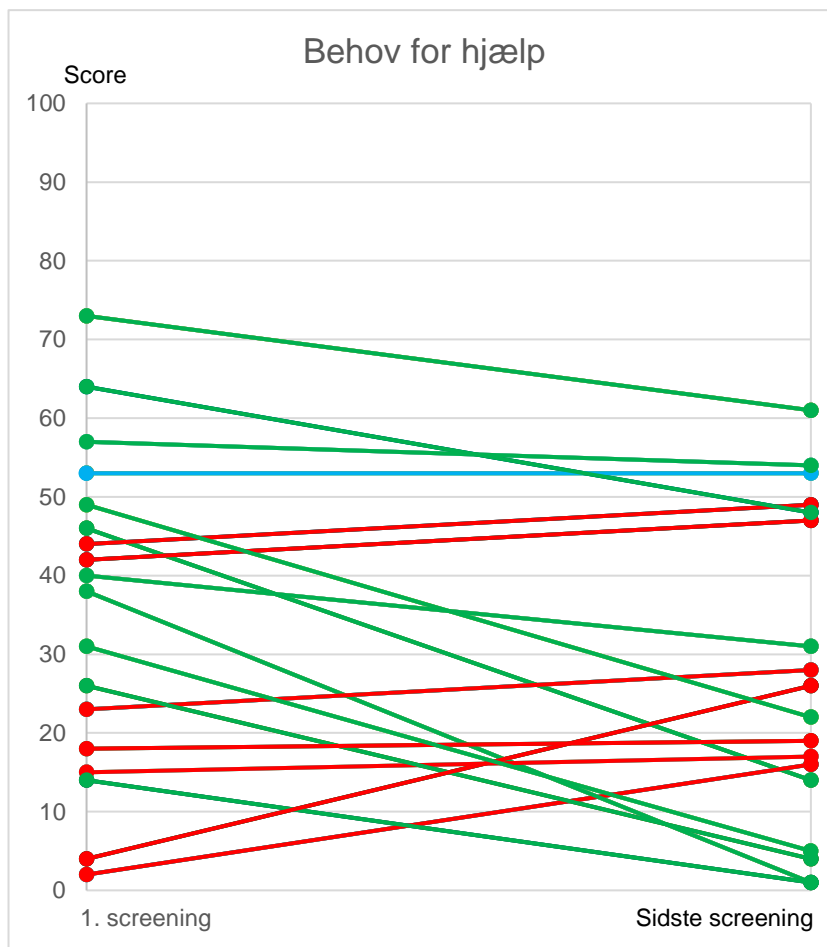
Uden disse 3 borgere var den gennemsnitlige tilbagegang 4 points.

På baggrund af dette ses fra første til sidste screening en tendens til:

- At en lille overvægt af borgerne forbedrede deres fysiske formåen sammenlignet med antallet af borgere, der havde en tilbagegang i deres fysiske formåen.
- At der var større gennemsnitlig fremgang end gennemsnitlig tilbagegang.
- Resultatet tyder ikke umiddelbart på at afhænge af borgernes udgangspunkt, da figur 5 viser en jævn spredning ved første screening – dvs. potentiale for at kunne forbedre den fysiske formåen uanset udgangspunkt.

## Behov for hjælp

Figur 6 viser udviklingen i de 18 borgeres score for behov for hjælp fra første til sidste screening.



Figur 6: Udviklingen i de 18 borgeres score for behov for hjælp fra første til sidste screening (grønne grafer = mindre behov; blå graf = samme behov; røde grafer = større behov) – jo lavere score (fra 0 til 100), jo mindre behov for hjælp

Fra første til sidste screening ses det af figur 6 at:

- **10 af de 18 borgere (56%) fik en lavere score, hvilket betyder mindre behov for hjælp (grønne grafer)** (gennemsnitligt mindre behov: 20 points).  
Der er en jævn fordeling af borgere, der havde markant fremgang (37 points) og mindre fremgang (3 points).

- 1 af de 18 borgere (5%) fik samme score, hvilket betyder, at behovet for hjælp var det samme (blå graf).
- 7 af de 18 borgere (39%) fik en højere score, hvilket betyder større behov for hjælp (røde grafer) (gennemsnitligt større behov: 8 points).

På baggrund af dette ses fra første til sidste screening en tendens til:

- At en lille overvægt af borgerne fik mindre behov for hjælp sammenlignet med antallet af borgere, der fik mere behov for hjælp eller havde samme behov for hjælp.
- At der var større gennemsnitlig nedgang i behovet for hjælp sammenlignet med den gennemsnitlige øgning i behovet for hjælp.
- At nedgangen i behovet for hjælp primært skete hos de borgere, der modtog mest hjælp ved første screening. Det kunne derfor tyde på, at potentialet for at øge selvhjulpenerheden hos disse borgere er større end hos borgere, hvor behovet for hjælp som udgangspunkt er mindre, hvilket giver et fingerpeg i forhold til målgruppe.

### Sammenhæng mellem fysisk formåen og behov for hjælp?

Tabel 2 viser fordelingen af de 18 borgere i forhold til udvikling i fysisk formåen og behov for hjælp fra første til sidste screening.

	Fremgang i fysisk formåen	Tilbagegang i fysisk formåen
Mindre behov for hjælp	7 (39%)	3 (17%)
Samme behov for hjælp	0	1 (5%)
Større behov for hjælp	3 (17%)	4 (22%)

Tabel 2: Fordeling af de 18 borgere i forhold til udvikling i fysisk formåen (fremgang eller tilbagegang) og behov for hjælp (mindre, samme eller større) fra første til sidste screening

Sædvanligvis antages, at der er logisk sammenhæng mellem fysisk formåen og behov for hjælp: Jo større fysisk formåen, jo mere kan borgeren klare selv – og dermed er behovet for hjælp mindre. Tabel 2 viser, at 7 af borgerne (39%) oplevede fremgang i fysisk formåen samt mindre behov for hjælp, mens 4 af borgerne (22%) oplevede tilbagegang i fysisk formåen samt større behov for hjælp. Den logiske antagelse understøttes derved af resultatet for 11 af de 18 borgere (61%). Derimod giver resultatet for de resterende 7 borgere (39%) et mere grumset billede, da antagelsen ikke understøttes. En mulig årsag hertil kan være, at fysisk basismobilitet, som trænes via DigiRehab-øvelserne, ikke nødvendigvis hænger sammen med udførelsen af daglige aktiviteter.

## Borgernes oplevelse

Efter mindst otte ugers DigiRehab-træning deltog fire borgere i et individuelt interview. Heraf var tre af borgerne stadig aktive med træningen, mens den fjerde borger lige var stoppet før tid pga. sygdom. De fire borgere var glade for træningen:

*"Man kan ikke træne for meget, når man bliver gammel."*

Ifølge SOSU-hjælperne og ledelsen var denne positive holdning udbredt blandt de borgere, der var aktive med træningen. De fire borgere, der blev interviewet, satte pris på, at træningen foregik i hjemmet, da de havde svært ved at komme ud selv. De ville gerne kunne fortsætte træningen. For to af borgerne var det dog mindre vigtigt, om træningen bestod af øvelser eller fx en gåtur.

### Social relation som afgørende motivationsfaktor

Borgerne blev motiverede af, at der kom en SOSU-hjælper og trænede med dem. Det betød, at de fik trænet – det var svært at få gjort selv. En af borgerne var glad for, at træningen foregik sammen med en kendt SOSU-hjælper. For de tre andre borgere betød dette mindre, og de ville ligeså gerne træne med en fysioterapeut. Det primære for borgerne var, at de ikke trænede alene samt at der var et element af afveksling og hygge ved den sociale relation under træningen:

*"Så sker der noget mere i hverdagen, og man snakker lidt mere sammen med hjælperne, der ellers har travlt og ikke så meget tid til at snakke."*

### "Bevægelse gør godt"

Træningen gav borgerne en positiv følelse af at holde sig i gang – både fysisk og mentalt. Dette resulterede i øget livskvalitet.

### Variierende effekt af træningen

To af borgerne oplevede, at de var blevet stærkere i løbet af træningsforløbet. Den ene af borgerne havde selv kunnet pynte op til jul, hvilket hun var stolt af. Ellers havde hun svært ved at fremhæve bestemte aktiviteter, hvor hun var blevet mere selvhjulpen. Den anden borger fortalte:

*"Øvelserne gør mig bedre. Jeg har mere bevægelse end jeg har haft. Jeg er begyndt at gå selv efter ting, og jeg kan selv gå fra køkken og på toilet."*

Borgerne koblede øget selvhjulpenhed med følelsen af frihed.

De to andre borgere havde derimod ikke oplevet effekt af træningen. De påpegede, at der skulle flere ugentlige træningsgange og hårdere øvelser til for at give effekt – ifølge borgerne trænede de kun én gang om ugen.

## Medarbejdernes oplevelse

De ni SOSU-hjælpere, der deltog i fokusgruppeinterview, havde generelt en positiv holdning til DigiRehab-træningen med borgerne. Dette bakkes op af tilbagemeldinger fra ledelsen.

### Øget arbejdsglæde pga. ny arbejdsopgave og rolle

SOSU-hjælperne var glade for den nye arbejdsopgave og træner-rolle, som de fik i forhold til borgerne via digitalt understøttet rehabilitering. De udtrykte øget arbejdsglæde herved:

*"Det er dejligt at få nogle andre arbejdsopgaver. Vi er vant til, at der bliver skåret og at vi skal rende stærkt. Også dét, at vi kommer for noget positivt. Det er ikke det her med, at de enten er syge eller ikke kan klare sig selv. Men jeg kommer, fordi de kan blive bedre og hjælper dem til, at de nemmere kan klare sig selv."*

Enkelte SOSU-hjælpere udtrykte imidlertid en usikkerhed koblet hertil, da de var nervøse over at skulle screene samt vurdere og træffe beslutninger (bl.a. hvorvidt en borgers træning skulle sættes på pause og om en borger kunne udføre en bestemt øvelse), hvor en fysioterapeut muligvis ikke var enig. Derfor havde de kontaktet og fået vejledning af en fysioterapeut.

SOSU-hjælperne så det som en fordel, at det var dem og ikke fysioterapeuter, der varetog DigiRehab-træningen med borgerne, da de mente, at de med deres større kendskab til borgerne i højere grad kunne motivere til træningen. SOSU-hjælperne oplevede desuden en personlig motivation, da DigiRehab-træningen gav en ny relation med borgerne:

*"Jeg vil sige, det er en motivation. Det er virkelig kommet bag på mig, for det er ikke sådan, man normalt er på besøg. Det er en helt anden måde at opleve borgeren på, synes jeg."*

### Understøttelse af rehabiliterende tilgang

Den nye arbejdsopgave understøttede SOSU-hjælpernes rehabiliterende tilgang og gav dem fokus på at overføre træningen til daglige aktiviteter:

*"Jeg involverer træningen i hendes dagligdag. Vi kommer der jo stort set hver dag. Sådan spørger ind til det, så det ikke kun er træning, når vi træner. Men at det bliver brugt i hverdagen også."*

### Oplevelse af effekt

Nogle af SOSU-hjælperne havde observeret en fysisk effekt af træningen på borgerne: Bedre balance og gangfunktion samt væggtab. De havde desuden oplevet øget velvære og en mental effekt hos borgerne i form af større tro på sig selv og mod til at gøre mere selv:

*"Jeg tror, der er mange, der har fundet ud af, at de kan meget mere, end de ellers tror. Jeg har en borger, der er meget bange for at dø og som derfor ikke rører sig ud af stedet. Men det har været super godt for hende. Hun er meget mere livsglad."*

*"Jeg har en borger, som siger nu: "Jeg har det simpelthen så godt i min krop, når jeg har trænet."*

Ved den indledende undervisning blev SOSU-hjælperne opfordret til at udføre øvelserne (undtagen de liggende øvelser i sengen) sammen med borgerne – en opfordring nogle af SOSU-hjælperne tit fulgte. Herved oplevede de også en effekt på egen krop.

### **Oplevelse af teknologien**

I forhold til DigiRehab-systemet oplevede SOSU-hjælperne, at instruktionsvideoerne var en hjælp enten til at vise borgerne eller se selv for efterfølgende at guide borgerne gennem øvelsen. Herudover oplevede de en række begrænsninger og mangler i forhold til selve systemet og til IT-infrastrukturen:

- De afsatte 20 minutter til træning var for kort tid. Screeningen tog også længere tid end 20 minutter – den krævede mindst 40 minutter.
- Det var svært at bedømme træningen afslutningsvist pga. manglende definition af scorings-trinnene.
- Der manglede øvelser til overkroppen (en borger med benprotese kunne ikke udføre det genererede træningsprogram).
- Skriften på skærmen var for lille på en tablet.
- Programmet sugede meget strøm fra tabletten.
- Dårlig netværksforbindelse gjorde det svært at logge ind samt gemme træningen.

SOSU-hjælperne hjalp hinanden med systemet og fik ellers vejledning fra DigiRehab-support.

Når SOSU-hjælperne oplevede dårlig netværksforbindelse, udførte de træningsprogrammet med borgerne ud fra hukommelsen. Hvis de oplevede, at borgerne ikke kunne udføre øvelserne, graduerede de selv øvelserne eller fandt på andre øvelser.

## **Udfordringer og begrænsninger**

I projektet blev der oplevet udfordringer og begrænsninger, som dels var specifikt afledt af DigiRehab-konceptet, dels skyldtes generelle organisatoriske og tekniske forhold i Aarhus Kommune.

### **Manglende fysioterapeutfaglig vurdering**

Ifølge DigiRehab-konceptet udføres både udvælgelse af borgere, screening og træning af SOSU-medarbejdere – ikke fysioterapeuter. I projektet viste det sig, at mange borgere, der blev oprettet i DigiRehab-systemet, ikke var relevante kandidater til DigiRehab-træning, da de enten var i et træningsforløb ved en fysioterapeut i forvejen eller havde restriktioner/begrænsninger i forhold til træning (fx benprotese). Dette blev afspejlet i det store frafald af oprettede borgere i systemet (30 af 52 borgere) samt at der i løbet af projektet skete to utilsigtede hændelser, hvor borgere fik smerter efter DigiRehab-træning. De to borgere havde behov for særligt tilpasset træning og var i forvejen i træningsforløb ved en fysioterapeut.

### **Manglende tovholderfunktion**

Det viste sig i løbet af projektperioden, at der manglede tovholdere i hjemmeplejen til at følge op på borgernes screeninger og træninger. De automatiske adviseringer på SOSU-hjælpernes tablet om tid til screening blev ikke fulgt – og der var ingen oplagte medarbejdere som modtagere af beskeder om, at borgere fx manglede at træne.

## **Mange tiltag i hjemmeplejen**

I projektperioden oplevede hjemmeplejen i Område Viby-Højbjerg et stort pres som følge af mange tiltag i Aarhus Kommune, herunder klippekort og plus-tid, tilkøbsydelse og aflastningsydelser samt implementering af ny borgerjournal. Alle disse tiltag krævede ekstra tid af medarbejderne, hvilket medførte manglende medarbejdertimer og mentalt overskud.

## **Undervisning og oplæring**

Teamlederne deltog ikke i undervisning i DigiRehab, hvorved de havde vanskeligt ved at give konkret hjælp til SOSU-hjælperne. Desuden gav ressourcekoordinatorerne udtryk for et større behov for oplæring i tildeling af DigiRehab-ydelser (tildeling af ydelser er sædvanligvis en opgave for borgerkonsulenterne) end den generelle undervisning i DigiRehab-konceptet og selve systemet, som de var blevet tilbudt. SOSU-hjælperne udtrykte et ønske om mere praktisk øvelse i DigiRehab-systemet i undervisningen fremfor træningsteori.

## **Rekruttering og planlægning**

Som i resten af Aarhus Kommune er det i Område Viby-Højbjerg vanskeligt at rekruttere medarbejdere til hjemmeplejen. Det var ikke muligt for SOSU-assistenten at have tid til at indgå i projektet, da de varetager delegerede sygeplejeopgaver. Det var derfor SOSU-hjælperne, som alene skulle løfte DigiRehab-træningen hos borgerne. De tre hjemmeplejeteams var ramt af langtidssygemeldinger og yderligere kom opstart af projektet for tæt på sommerferieperioden. Samlet bevirkede dette, at der ikke blev inkluderet så mange borgere i projektet, som det var hensigten i to faser med henholdsvis 50 og 100 borgere.

Rekrutteringsproblemerne medførte desuden, at træningen sjældent kunne planlægges i forbindelse med et andet besøg hos borgerne, hvilket gav ekstra transporttid for SOSU-hjælperne. Desuden var det vanskeligt at give borgerne et fast klokkeslæt for træningen, hvorfor borgere meldte fra. Samlet set resulterede dette i, at ikke alle borgere fik trænet kontinuerligt to gange ugentligt.

## **Tekniske problemer**

SOSU-hjælperne oplevede tekniske problemer i forbindelse med indtastning af borgernes cpr.nr. i DigiRehab-systemet. Dette problem blev løst. Desuden oplevede SOSU-hjælperne netværksproblemer, hvor det ikke var muligt at registrere borgernes træning i systemet.

## Business case

I projektet er der taget udgangspunkt i business cases fra Viborg Kommune og Aalborg Kommune, der har implementeret DigiRehab. Én af forudsætningerne i projektets business case bygger på resultatet fra Viborg Kommune:

- Gennemsnitlig besparelse i tidsforbrug efter 12 uger (nettoeffekt): 79 minutter pr. uge pr. borger. Der frigives gennemsnitligt 59 minutter pr. uge pr. borger, der har trænet med DigiRehab, mens der ses en øgning på gennemsnitligt 20 minutter pr. uge pr. borger i en kontrolgruppe, der ikke har trænet med DigiRehab.

## Visiterede ydelser

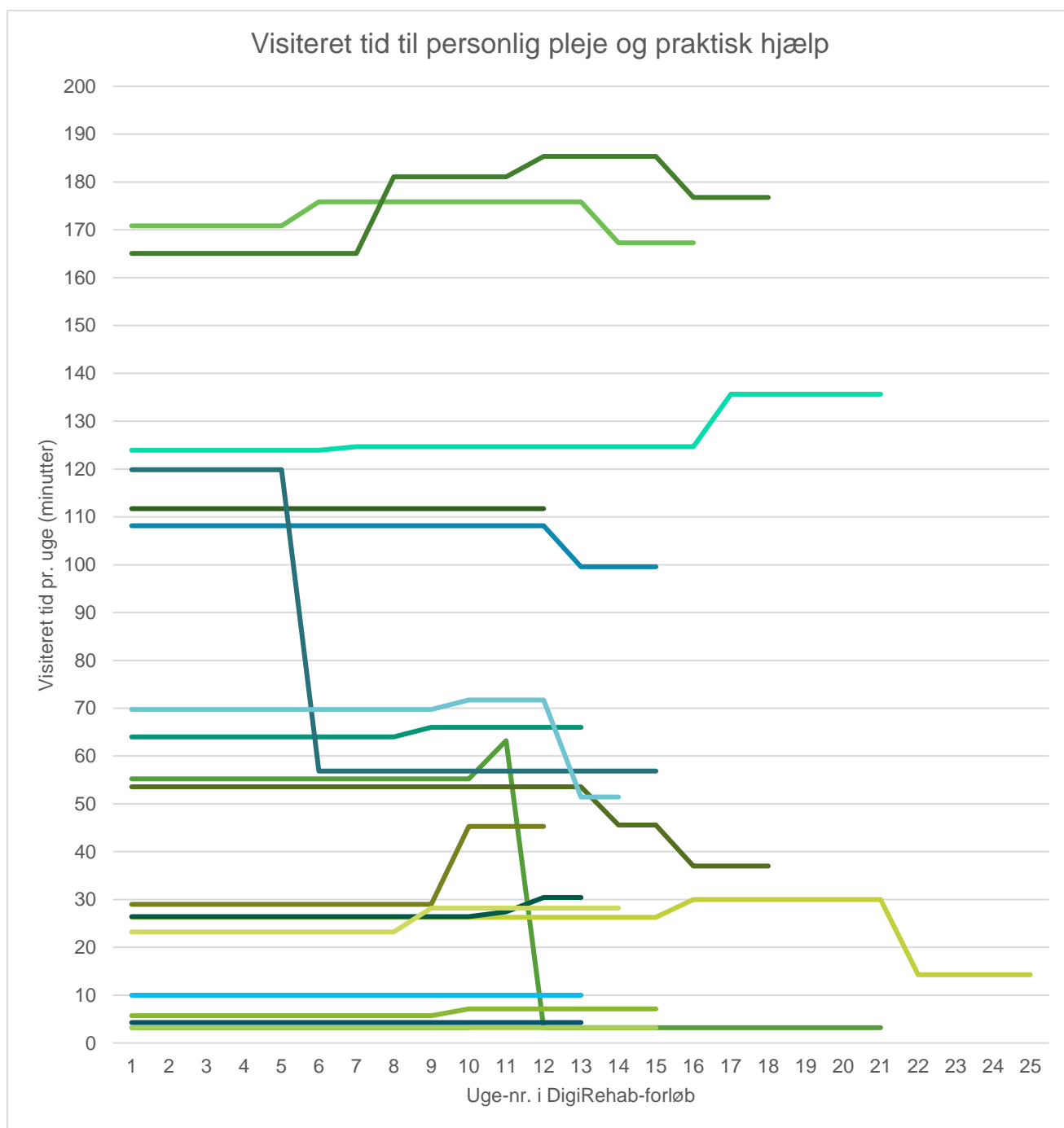
Screeningen, der foretages i forbindelse med DigiRehab-forløbet for borgernes behov for hjælp, relaterer til ydelser i forbindelse med:

- Personlig pleje (personlig hygiejne og bad, ernæring, toiletbesøg og mobilitet).
- Praktisk hjælp (indkøb og tilberedning/anretning af mad).

I det følgende indgår derfor data på de 18 borgeres ydelser inden for disse to indsatsområder. Ydelser inden for sygepleje (fx påtagning af støttestrømper) indgår ikke i analysen, da screeningen af behov for hjælp ikke dækker disse ydelser.



Figur 7 viser udviklingen i de 18 borgeres samlede visiterede tid til personlig pleje og praktisk hjælp pr. uge i løbet af DigiRehab-forløbet.



**Figur 7: Udviklingen i visiteret tid til personlig pleje og praktisk hjælp pr. uge hos de 18 borgere (én graf pr. borger) i løbet af DigiRehab-forløbet (ugenumrene henviser til ugenummeret i DigiRehab-forløbet – ikke kalenderuger)**

Som det ses af figur 7, havde DigiRehab-forløbene forskellig længde hos borgerne. Efter DigiRehab-konceptet skulle borgerne have afsluttet det intensive DigiRehab-forløb (2 gange træning á 20 minutter pr. uge) efter 12 uger med fortsættelse i et opfølgende forløb (1 gang træning á 20 minutter hver anden uge i fx 6 måneder). I projektet fortsatte flere borgere dog det intensive DigiRehab-forløb udover de 12 uger – og ingen borgere overgik til et opfølgende forløb.

Ved opstart af DigiRehab-forløbene (uge 1) var den gennemsnitlige visiterede tid 61,76 minutter pr. uge. I uge 12 var den gennemsnitlige visiterede tid 61,77 minutter. Der var derved ingen nævneværdig forskel i den gennemsnitlige visiterede tid mellem opstart af forløbet og uge 12.

Hvis den fulde længde af borgernes DigiRehab-forløb indgår i analysen af, om den visiterede tid er sat op, ned eller er den samme fra opstart til afslutning af hele forløbet, ser resultatet ud som illustreret i tabel 3 (DigiRehab-gruppe). Tabel 3 viser desuden resultatet for en kontrolgruppe, der består af alle borgerne i Område Viby-Højbjerg, der modtog personlig pleje og praktisk hjælp i projektperioden – undtagen de 18 borgere, der gennemførte mindst 12 ugers DigiRehab-træning.

Visiteret tid pr. uge til personlig pleje og praktisk hjælp	DigiRehab-gruppe (18 borgere)	Kontrolgruppe (951 borgere)
Tid sat ned	8 borgere (44%)	255 borgere (27%)
Samme tid	4 borgere (22%)	273 borgere (29%)
Tid sat op	6 borgere (33%)	423 borgere (44%)

**Tabel 3: Udvikling i visiteret tid pr. uge til personlig pleje og praktisk hjælp for borgerne, der trænede med DigiRehab, og en kontrolgruppe af borgere, der ikke trænede med DigiRehab i perioden fra opstart til afslutning af DigiRehab-forløb (juli 2018 – januar 2019)**

Som det ses af tabel 3, er der en større procentmæssig andel af borgerne, som trænede med DigiRehab, der fik sat den visiterede tid ned i løbet af perioden sammenlignet med kontrolgruppen. I kontrolgruppen var der derimod procentmæssigt flere, der fik den visiterede tid sat op. Om dette skyldes en effekt af DigiRehab-træningen eller en tilfældighed er uvist, da især følgende forhold giver usikkerhed i data:

- Ikke alle borgere trænede kontinuerligt med to ugentlige træninger. Borgere meldte afbud til træningen og enkelte træningsgange blev aflyst.
- Faktacentret, MSO, har oplyst, at der i løbet af efteråret 2018 blev iværksat en omfattende oprydning i borgernes visiterede ydelser fra hjemmeplejen. Dette betød, at en gennemgang af borgernes visiterede ydelser og en eventuel revisitation efter træningsforløbene ikke ville give et retvisende billede pga. usikkert udgangspunkt, hvorfor dette ikke blev udført systematisk. Metodekritisk skulle oprydningen i borgernes visiterede ydelser have været foretaget ved starten af DigiRehab-forløbene, hvorved baselinemålingen af borgernes visiterede ydelser ville give et retvisende sammenligningsgrundlag for en struktureret gennemgang og revisitation af borgernes ydelser ved afslutning af DigiRehab-træningen.

Én af forudsætningerne i business casen var, at der frigives gennemsnitligt 59 minutter pr. uge pr. borger, der trænede med DigiRehab. Denne forudsætning er ikke realiseret i projektet. Dels viste dataanalysen ingen nævneværdig forskel i den gennemsnitlige visiterede tid mellem opstart af forløbet og uge 12 (fra 61,76 minutter til 61,77 minutter pr. uge). Dels var det mindre end halvdelen af borgerne (8 ud af 18 borgere – se figur 7), der modtog mere end 60 minutters hjemmepleje pr. uge ved opstart af DigiRehab-forløbet. At gøre de resterende 10 borgere helt selvhjulpne og uafhængige af hjemmeplejen er ikke realistisk. Ellers ville der skulle hentes en stor tidsbesparelse hos de borgere, der modtog mere end 60 minutters hjemmepleje pr. uge. Efter samråd med praksis er dette ikke realistisk, da der i Aarhus Kommunes indsatskatalog for personlige ydelser er et stort spænd i funktionsniveau inden for samme ydelsesgruppe (flere klasser af funktionsniveau efter Fælles Sprog 3 inden for samme ydelsesgruppe, bl.a. i forbindelse med mobilitet og toiletbesøg). Dette betyder, at en fremgang i borgernes funktionsniveau vanskeligt vil kunne afspejles i ændret ydelsesgruppe og derved ændrede ydelser. Et forhold, der efter kontakt med andre danske kommuner, som har implementeret DigiRehab, også gør sig gældende dér.

## Konklusion

I følgende konklusion besvares projektets undersøgelsesspørgsmål.

### Oplever borgerne øget selvhjulpenhed og livskvalitet?

*Nogle borgere oplever øget selvhjulpenhed, mens andre borgere ikke oplever effekt af træningen. På trods heraf opleves øget livskvalitet ved at "holde sig i gang" og den sociale træningsrelation.*

Blandt borgerne, som gennemførte mindst 12 ugers DigiRehab-træning, var der varierende effekt i forhold til:

- Fysisk formåen: Data fra screeningerne viste fremgang i fysisk formåen hos lidt over halvdelen af borgerne (10 af 18 borgere = 56%) og tilbagegang i fysisk formåen hos de resterende (8 af 18 borgere = 44%). Der var tendens til større gennemsnitlig fremgang end gennemsnitlig tilbagegang.
- Behov for hjælp: Data fra screeningerne viste mindre behov for hjælp hos lidt over halvdelen af borgerne (10 af 18 borgere = 56%) – primært hos borgere, der modtog mest hjælp ved første screening. Data viste samme behov for hjælp (1 af 18 borgere = 5%) eller større behov for hjælp (7 af 18 borgere = 39%) hos de resterende borgere. Der var tendens til større gennemsnitlig nedgang i behovet for hjælp sammenlignet med gennemsnitlig øgning i behovet for hjælp.

Blandt knap 2/3 af borgerne var der sammenhæng mellem udviklingen i fysisk formåen og behov for hjælp: Når det ene gik op, gik det andet ned. Hos de resterende borgere vistes ikke sammenhæng, hvilket kan skyldes, at fysisk basismobilitet ikke nødvendigvis hænger sammen med udførelsen af daglige aktiviteter.

Den varierende træningseffekt understøttes af borgernes oplevelse: To af fire interviewede borgere oplevede at blive fysisk stærkere og dermed øget selvhjulpenhed, mens de to resterende borgere ikke oplevede effekt. Den manglende effekt af træningen kan muligvis skyldes, at ikke alle borgere gennemførte to træninger om ugen. Der tages desuden forbehold for, at der ikke systematisk blev udført afsluttende screeninger i træningsforløbene. Derudover tages forbehold for, at første og sidste screening blev udført af to forskellige SOSU-hjælpere hos næsten halvdelen af borgerne.

På trods af den varierende effekt var borgerne, der var aktive i forløbene, glade for træningen, da den gav en positiv følelse af at holde sig i gang – både fysisk og mentalt. Dette resulterede i øget livskvalitet. Den sociale relation var en afgørende motivationsfaktor for borgerne – at "der kom én og trænede med dem". For tre af de fire interviewede borgere betød det mindre, at træningen foregik med en kendt SOSU-hjælper. Det kunne ligeså godt have været en fysioterapeut.

### Hvordan oplever SOSU-medarbejderne den nye arbejdsopgave?

*SOSU-hjælperne oplever øget arbejdsglæde ved træningen og den nye relation med borgerne, hvor de med træner-rolle hjælper borgerne til at blive bedre og kunne klare mere selv.*

Blandt SOSU-hjælperne var der generelt en positiv holdning til DigiRehab-træningen med borgerne. SOSU-hjælperne oplevede, at den nye arbejdsopgave og træner-rolle gav øget arbejdsglæde. De oplevede nye relationer med borgerne, og de mente, at de med deres kendskab til borgerne i højere

grad kunne motivere til træning fremfor fysioterapeuter. Enkelte SOSU-hjælpere havde kontakten og fået vejledning af en fysioterapeut undervejs i træningsforløb pga. usikkerhed.

SOSU-hjælperne oplevede fysisk og mental effekt af træningen – både hos borgerne og på egen krop, når de udførte øvelserne sammen med borgerne. SOSU-hjælperne oplevede desuden, at træningen understøttede deres rehabiliterende tilgang til borgerne og gav dem fokus på at overføre træningen til daglige aktiviteter.

### **Hvordan fungerer teknologien i dagligdagen?**

*Selve teknologien fungerer – dog med nogle begrænsninger og udviklingspotentialer. Forhold omkring DigiRehab-konceptet, organisering og IT-infrastruktur har vist sig at give større udfordringer.*

SOSU-hjælperne oplevede generelt, at selve DigiRehab-systemet fungerede i dagligdagen – dog med nogle begrænsninger i forbindelse med bl.a. skriftstørrelsen og manglende definitioner af scoringstrin.

Andre forhold gav større udfordringer:

- Manglende fysioterapeutfaglig inddragelse: Mange af de borgere, der blev oprettet i DigiRehab-systemet viste sig ikke at være relevante kandidater til træningen og i projektet skete to utilsigtede hændelser, hvor borgere havde behov for særligt tilpasset træning med en fysioterapeut. Hvis SOSU-hjælperne oplevede, at borgerne ikke kunne udføre øvelserne, graduerede de selv øvelserne eller fandt på andre øvelser, hvilket kunne påvirke borger-sikkerhed og kvalitet.
- Manglende tovholderfunktion til opfølgning på borgernes screeninger og træninger.
- Manglende (tilpasset) undervisning og oplæring til alle involverede, herunder både SOSU-hjælpere, resourcekoordinatorer og teamledere.
- Mange tiltag i hjemmeplejen, hvilket medførte manglende medarbejdertimer og mentalt overskud.
- Rekrutteringsproblem: At det er vanskeligt at rekruttere medarbejdere til hjemmeplejen, betød manglende medarbejderressourcer til at inkludere det forventede antal borgere i projektet samt varetage træningen.
- IT-infrastruktur med dårlig netværksforbindelse gjorde det svært at logge ind samt gemme træningerne. Når SOSU-hjælperne oplevede dårlig netværksforbindelse, udførte de træningsprogrammet med borgerne ud fra hukommelsen. Ved en implementering af digitalt understøttet rehabilitering skal IT-infrastrukturen vurderes.

### **Er det muligt at øge borgernes fysiske funktionsniveau og selvhjulpethed, og dermed reducere behovet for hjælp, for derved at opnå en besparelse i visiteret/planlagt hjemmepleje som i Viborg Kommune og Aalborg Kommune?**

*I projektet har det ikke været muligt at reducere borgernes behov for hjælp i et tilstrækkeligt omfang til at kunne opnå en besparelse i visiteret/planlagt tid og derved realisere business casen.*

Dataanalysen viste ingen forskel i gennemsnitlig visiteret tid fra start af DigiRehab-forløb til efter 12 uger. Når borgernes fulde DigiRehab-forløb (udover 12 uger) indgik i analysen, var der en større procentmæssig andel af borgerne, som trænede med DigiRehab, der fik sat den visiterede tid ned i løbet af perioden sammenlignet med en kontrolgruppe. Om dette skyldes effekt af DigiRehab-træningen eller en tilfældighed er uvist pga. usikkerhed i data: Ikke alle borgere trænede kontinuerligt

med to ugentlige træninger og metodekritisk skulle der have været foretaget en oprydning i borgernes visiterede ydelser som baselinemåling for at give et retvisende sammenligningsgrundlag for en struktureret gennemgang og re-visitation af borgernes ydelser ved afslutning af DigiRehab-træningen.

Mindre end halvdelen af borgerne, der gennemførte DigiRehab-forløbet, modtog mere end 60 minutters hjemmepleje pr. uge ved opstart af træningen. Herved tyder det ikke på at være realistisk med en besparelse på 59 minutter pr. uge pr. borger, hvilket er én af forudsætningerne i business casen. Yderligere medfører et stort spænd i funktionsniveau inden for samme ydelsesgruppe i Aarhus Kommunes indsatskatalog, at borgerne på trods af en eventuel fremgang i funktionsniveau vil have vanskeligt ved at ændre ydelsesgruppe.

På baggrund heraf tyder det ikke på, at den positive business case, der indledte projektet, vil kunne realiseres.

# Anbefalinger til implementering af digitalt understøttet rehabilitering

Følgende anbefalinger til implementering af digitalt understøttet rehabilitering bygger på erfaringer fra projektet samt fra andre danske kommuner, der har afprøvet/implementeret DigiRehab.

## Anbefalinger vedr. organisationen

### Kvalitetssikring og borgersikkerhed

- Inddragelse af fysioterapeut til kvalificering af de borgere, som SOSU-hjælperne udvælger. For yderligere sikring af kvalitet og borgersikkerhed bør fysioterapeuten stå for screeningen samt vurdering/tilpasning af øvelsesprogrammet og sætte mål, så der tages højde for borgernes omgivelser og ønsker med træningen (ICF som referenceramme). Fysioterapeuten bør desuden stå til rådighed for løbende sparring med SOSU-hjælperne. Det vil være en fordel, hvis fysioterapeuten er ansat i hjemmeplejen (og ikke i sundhedsenheden) og dermed i forvejen kender SOSU-hjælperne og borgerne.
- Valg af tovholder (evt. fysioterapeut) til at sikre opfølgning og fremdrift for borgerne. Tovholderen skal være bindeled til ressourcekoordinatorerne i forbindelse med tildeling af ydelser samt ergoterapeut/sygeplejerske i forbindelse med borgernes funktionsevnebeskrivelser og justering af tid.

### Fokus på kvalitet fremfor kvantitet

- Starte digitalt understøttet rehabilitering op i det små med få borgere fremfor at have en målsætning om et højt antal borgere. Gradvist vil flere borgere kunne inkluderes i takt med, at SOSU-medarbejderne bliver fortrolige med at anvende teknologien. Herved kan balancen mellem antallet af aktive borgere og medarbejderkapaciteten findes, og det sikres, at der ikke sættes for mange borgere i gang. Dette øger sandsynligheden for, at alle ugentlige træninger med borgerne kan gennemføres.

### Undervisning og oplæring af alle relevante medarbejdere

- Alle relevante medarbejdere, herunder frontpersonale, ressourcekoordinatorer, ledere og terapeuter, skal deltage i undervisning, der er tilpasset deres behov for viden.
- Der bør udarbejdes arbejdsgangsbeskrivelser, fx for tildeling af ydelser for digitalt understøttet rehabilitering, justering af visiteret tid og tiltag ved fx en sygehusindlæggelse undervejs i et forløb.
- I et hjemmepleje-dagteam bør mindst halvdelen af teamet (mindst fem medarbejdere) kunne varetage digitalt understøttet rehabilitering for at undgå sårbarhed ved sygdom, ferie osv.
- Der kan evt. laves en rotationsordning, hvor medarbejderne udfører digitalt understøttet rehabilitering med borgerne i en periode. Herefter overgår opgaven til andre medarbejdere for at opnå ejerskab og fremme den rehabiliterende tilgang.

### Rekruttering og medarbejderprofiler

- Medarbejdere til digitalt understøttet rehabilitering bør have en kombination af interesse i at træne med borgere, motivation for at anvende ny teknologi og en rehabiliterende tilgang.

- Ufaglært personale (faste vikarer og afløsere) kan indgå i gruppen af medarbejdere, der varetager digitalt understøttet rehabilitering. Det anbefales dog, at det først og fremmest er uddannet personale, der udfører opgaven.
- I rekrutteringen af nye medarbejdere kan muligheden for digitalt understøttet rehabilitering indgå i jobbeskrivelsen. I projektet efterspurgte SOSU-hjælperne den nye arbejdsopgave og rolle pga. øget arbejdsglæde.

### Planlægning af træning

- Det bedste træningstidspunkt for borgerne, hvor der tages højde for deres hverdag og ønsker til træningstidspunkt, bør findes. Er det evt. muligt at træne om eftermiddagen, hvor medarbejderne ikke er travlt optagede af morgenplejen? Ellers er det en fordel at lægge træningen i forbindelse med et andet besøg hos borgerne for at undgå ekstra transporttid.

### Videndeling og opfølgning på effekt

- Digitalt understøttet rehabilitering bør drøftes på fx ugentlige teammøder, hvor SOSU-medarbejderne kan give tilbagemeldinger om observationer og evt. justeringer af borgernes visiterede tid. Fælles drøftelse på teammøderne vil sandsynligvis øge fokus på indsatsen samt sikre videndeling blandt medarbejderne.
- Valid effektopfølgning på digitalt understøttet rehabilitering vil kræve en struktureret gennemgang af borgernes ydelser inden for personlig pleje og praktisk hjælp med evt. revisitation af tildelt tid ved opstart og afslutning af træningsforløb.

## Anbefalinger vedr. målgruppe

- Effektanalysen viste, at nedgang i behovet for hjælp primært forekom hos de borgere, der modtog mest hjælp ved første screening. Det kunne derfor tyde på, at potentialet for at øge selvhjulpensheden hos disse borgere er større end hos borgere, hvor behovet for hjælp som udgangspunkt er mindre, hvilket der kunne tages højde for ved udvælgelsen af borgere.

## Anbefalinger vedr. teknologien

Teknologien til digitalt understøttet rehabilitering skal opfylde følgende ønsker fra SOSU-hjælperne og teamlederne:

- Være simpel og intuitiv at anvende, fx at der ikke skal trykkes for mange gange.
- Skal være udviklet til tablet, så skriftstørrelsen er tilstrækkeligt stor på skærmen.
- Mulighed for at fjerne uhensigtsmæssige øvelser og sammensætte individuelt tilpassede træningsprogrammer.
- Mulighed for at til- og fravælge instruktionsvideoen.
- Integration med borgerjournalen, så dokumentation sker automatisk.
- Hurtig adgang til support.
- Borger skal kunne tilgå systemet på eget udstyr, hvilket giver mulighed for selvtræning.

Yderligere er der krav til IT-infrastrukturen:

- Netværksforbindelsen skal være stabil, så det altid er muligt at tilgå samt gemme træningsprogrammet.
- Skal kunne anvendes via både app og webløsning samt Android og IOS.

## Perspektivering

Efter samråd med praksis kunne målgruppen af borgere for digitalt understøttet rehabilitering udvides til:

- Servicelovens §83a (rehabiliteringsforløb): Fysioterapeuten i sundhedsenheden er ansvarlig for borgernes forløb. Med vejledning vil SOSU-medarbejdere kunne understøtte indsatsen hos relevante borgere.
- Servicelovens §86.2 (vedligeholdende træning): Relevante borgere, der afsluttes i rehabiliteringsforløb under §83a samt borgere i varige forløb (efter Forløbsmodellen), som kan profitere af en vedligeholdende træningsindsats.
- Sundhedslovens §140 (genoptræningsplan): Genoptræningsforløb i Aarhus Kommune er skåret ned til gennemsnitligt fire timers ATA-tid. Nedskæringen medfører, at borgere ikke genoptrænes til så højt et funktionsniveau som tidligere, hvilket giver en større opgave for hjemmeplejen. Digitalt understøttet rehabilitering som supplerende træning, evt. som selvtræning, kunne muligvis give en besparelse i forbindelse hermed.
- Borgere, der er i risiko for fald.
- Borgere, der søger om ganghjælpemidler/rollatorer, hvor hjælpemidlerne bevilges midlertidigt sammen med et forløb med digitalt understøttet rehabilitering. Herved er formålet at forbedre borgernes funktionsniveau, så hjælpemidlerne ikke bliver en permanent løsning.

Inden for disse målgrupper kunne digitalt understøttet rehabilitering optimere kvaliteten ved hjælp af standardiserede øvelser og dokumentation via datalog.

Digitalt understøttet rehabilitering kunne yderligere være relevant for målgrupper i Magistratsafdelingen for Sociale forhold og Beskæftigelse (MSB), fx borgere med psykiatriske lidelser, der har vanskeligt ved at komme ud af hjemmet og holde sig i gang fysisk.