



Ringsted  
Kommune

# Handleplan for rehabiliteringsindsatsen på ældreområdet mv.

## **Baggrund og formålet med handleplanen**

Der stilles stadig stigende krav til effektivitet og kvalitet i det nære sundhedsvæsen, og mange kommuner, heriblandt Ringsted, står over for udfordringer i forhold til befolkningens demografiske sammensætning – blandt andet et stigende antal borgere med kroniske sygdomme, borgernes større krav og forventninger til kommunal service og stadig flere og mere komplekse opgaver.

Der er behov for at udvikle organisationen til at arbejde rehabiliterende på tværs af fagområder og de forskellige enheder, for at skabe større sammenhæng og en helhedsorienteret tilgang til borgerne. Der er ligeledes behov for, at indsatserne i højere grad planlægges og udføres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og muligheder for at genvinde eller fastholde sine fysiske, mentale og sociale funktionsevner.

Byrådet i Ringsted Kommune vedtog i juni 2017 en Rehabiliteringsstrategi som sætter rammerne for arbejdet med at fremme den enkelte borgers muligheder for et selvstændigt og meningsfuldt liv gennem målrettede og effektive rehabiliteringsforløb.

Rehabiliteringsstrategien er fælles for arbejdsmarkeds-, social- og ældreområdet, for at sikre en fælles strategisk prioritering og koordination af kommunens indsatser og tilbud. Det fælles strategiske udgangspunkt skal ligeledes sikre en fælles forståelse af og tilgang til rehabilitering for, at alle enheder kan gennemføre et egentligt paradigmeskifte til en rehabiliterende organisation og –arbejdsform.

Første skridt i arbejdet med implementering af strategien er startet op i august 2017. Som beskrevet i strategien er fokus i første omgang på ældreområdet (hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, myndighedsenhed, plejecentre og træningsområdet), og det er derfor arbejdet med implementering på dette område, som denne handleplan beskriver.

Der udarbejdes i løbet af 2018 en særskilt handleplan for socialområdet og arbejdsmarkedsområdet, som forventes at påbegynde implementeringen af Rehabiliteringsstrategien 1. kvartal 2019.

## Den Rehabiliterende Organisation

Handleplanen operationaliseres gennem projektet Den Rehabiliterende Organisation, som understøtter målsætningerne i rehabiliteringsstrategien om:

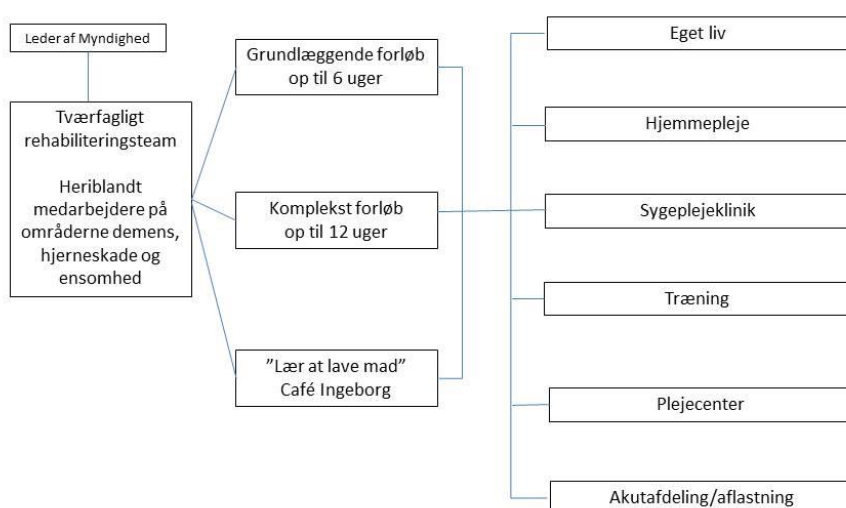
- At rehabilitering skal medvirke til at skabe et meningsfuldt, selvstændigt og værdigt liv for borgeren
- At udvikle en fælles arbejdsmetode for systematiske, sammenhængende og borgernære indsatser
- At skabe de organisatoriske rammer for, at der kan arbejdes med målrettede, effektive og koordinerede rehabiliteringsforløb
- At implementere den rehabiliterende tilgang i arbejdet på tværs af alle ældreområdets enheder og faggrupper
- At rehabilitering sker i tæt samarbejde mellem borger, eventuelle pårørende og fagfolk.

Ambitionen er, at implementeringen af Den Rehabiliterende Organisation medfører en ændret måde at arbejde på i alle enheder, så helhedsorienteringen i forhold til borgerens fysiske, mentale og sociale liv sikres på tværs af organisationen.

## Organisering

Vejen til den rehabiliterende organisation understøttes af en struktur, der sikrer at den rehabiliterende indsats kan foregå som en kombination af forskellige faglige tilgange og med inddragelse af eksisterende tilbud. Herunder er beskrevet en model, som sikrer sammenhæng og koordination på tværs af enheder og faggrupper.

Omdrejningspunktet i modellen er, at hele organisationen er integreret i at arbejde med systematiske rehabiliteringsforløb, og at alle borgere har en rehabiliteringsplan.





Der arbejdes frem til januar 2018 med udviklingen af nye arbejds gange og i tæt sammenhæng hermed, hvordan det decentrale niveau bedst muligt kan understøtte de intensive, systematiske rehabiliteringsforløb. Der vil derfor muligvis forekomme justeringer som følge af processen, f.eks. i forhold til placeringen af medarbejdere i organisationen.

*Nye borgere og borgere med nyt behov* vil have en indgang via rehabiliteringsteamet, hvor der arbejdes intensivt med borgeren i en afgrænset periode. De intensive rehabiliteringsforløb kan f.eks. differentieres som grundlæggende eller komplekse forløb med forskellig varighed og indhold i indsatserne, på baggrund af borgerens behov og ønsker. For nogle borgeres vedkommende vil et rehabiliteringsforløb blive kombineret med ydelser fra f.eks. hjemmeplejen.

*Eksisterende borgere og borgere med uændrede behov* vil organisatorisk høre til i hjemmeplejen, sygeplejen, træning og plejecentrene. Myndighedsenheden vil som hidtil have ansvaret for revisitation af alle borgere. Også med disse borgere arbejdes der fremadrettet efter en systematisk, tværfagligt koordineret rehabiliterende metode.

Alle enheder på ældreområdet vil skulle arbejde innovativt og nytænkende i forhold til de behov og ønsker borgerne har og også have fokus på aktivitetsfremmende indsatser, som imødekommer problematikker omkring f.eks. fysisk svækkelse, ensomhed, demens og hjerneskade.

### **Tværfagligt rehabiliteringsteam**

Der etableres et tværfagligt team bestående af visitatorer, rehabiliteringsterapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, samt medarbejdere, som har erfaring med at arbejde med rehabiliterende indsatser, som fremmer eller stabiliserer borgernes mentale, fysiske og sociale funktioner. Desuden vil tværgående specialistfunktioner vedrørende hjerneskader, demens også være knyttet til teamet.

Det tværfaglige rehabiliteringsteam fungerer som en specialiseret tværfaglig enhed, der leverer ydelser – herunder de sygeplejefaglige – til borgeren med fokus på at hjælpe denne til at blive selvhjulpne og få afsluttet forløbet. Teamet vil levere ydelser til forventet ca. 40-50 % af borgerne, som får et intensivt rehabiliteringsforløb op til 12 ugers varighed. En afgrænset del af myndighedsarbejdet vil blive varetaget af dette team. Den intensive del af rehabiliteringsindsatserne leveres både af det tværfaglige rehabiliteringsteam og decentrale enheder, hjemmepleje, træningscenter og plejehjem i et samarbejde.

Den del af borgerne, der efter det intensive rehabiliteringsforløb fortsat har brug for indsatser, har fået en grundig afdækning af deres funktionsniveau og flere vil også have fået løftet deres funktionsniveau som følge af forløbet. Denne gruppe af borgere kan sendes videre med deres rehabiliteringsplan til hjemmepleje, sygepleje eller træning, som fortsætter rehabiliteringsarbejdet.

Rehabiliteringsteamet skal som en del af opgaverne sikre den gode udskrivelse fra sygehuset for de borgere som har været indlagt, herunder sikre en tværfaglig vurdering af borgerens rehabiliteringspotentiale.

Det er således et fælles ansvar for alle enheder i organisationen at fremme rehabiliteringsindsatsen til gavn for borgerne.

## **Hjemmepleje og sygepleje**

I hjemmeplejen/sygeplejen får alle eksisterende borgere og borgere med uændrede behov, som derfor ikke skal bevilges et intensivt rehabiliteringsforløb, udarbejdet en rehabiliteringsplan, som imødekommer deres individuelle behov. De borgere, som har behov for ydelser fra hjemmeplejen efter afslutningen af deres intensive rehabiliteringsforløb, har fået udarbejdet deres individuelle rehabiliteringsplan, som der arbejdes efter.

## **Plejecentre**

De borgere, som kommer videre til plejehjem efter afslutningen af deres intensive rehabiliteringsforløb, har deres individuelle rehabiliteringsplan med. Også på plejecentrene arbejdes systematisk og tværfagligt ud fra borgerens rehabiliteringsplan. Her vil fokus være på vedligeholdelse af funktionsniveau, autonomi og meningsfulde aktiviteter. Også borgere med demens og deres pårørende kan inddrages i systematiske rehabiliteringsforløb.

Forskningen viser, at den rehabiliterende tilgang har stor betydning for opretholdelsen af livskvalitet hos borgere med demens i en tidlig fase. Samtidig medfører den rehabiliterende tilgang et roligere forløb i den svære fase, hvor det medvirker til at forebygge adfærdsproblemer og opretholde tryghed, værdighed og selvbestemmelse.

## **Ledelse og planlægning**

Det er nødvendigt, at rehabiliteringsteamet har en leder, der både er fyrtårn for proces, retning og opgaveløsning og samtidig agerer anker for teamet. Lederen har ansvaret for at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb. Der knyttes en planlæggerfunktion til teamet, som sikrer en effektiv ressourceudnyttelse og at den tværfaglige indsats koordineres på tværs af servicelov- og sundhedslovsydelser. Rehabiliteringsteamet placeres organisatorisk i Myndighedsenheden.

I efteråret 2017 arbejder alle enheder på ældreområdet sammen om at definere og beskrive de nye arbejdsgange og rehabiliteringsforløb, som skal understøtte det systematiske, koordinerede og tværfaglige arbejde ud fra en fælles rehabiliterende metode.

## **Udvikling af intensive rehabiliteringsforløb**

De intensive rehabiliteringsforløb, som rehabiliteringsteamet skal arbejde ud fra, kan inddeles i to forskellige kategorier

- Et grundlæggende forløb (f.eks. op til 6 uger)
- Et komplekst forløb (f.eks. op til 12 uger).

Ud fra en individuel konkret vurdering i den enkelte borgers sag, besluttet hvilket forløb borgeren tilbydes. Forløbene justeres løbende i tæt samarbejde mellem involverede fagpersoner, der kan ske skift mellem de to typer af forløb, hvis borgerens behov taler herfor og et forløb kan eksempelvis afsluttes tidligere end først planlagt, hvis borgeren opnår sine ønsker eller mål. Indsatserne i det enkelte rehabiliteringsforløb er målrettet såvel borgerens fysiske som mentale og sociale sundhed.

I løbet af efteråret 2017 konkretiseres rehabiliteringsforløbene i nogle beskrivelser, som kan tilpasses og differentieres i forhold til de behov og muligheder, den enkelte borger har.

### **Eksempel på grundlæggende forløb af op til 6 ugers varighed**

Målgruppen til disse forløb kan være:

- Borgere som har været indlagt med lettere sygdomstilstande såsom lungebetændelse, brækket arm/ben, urinvejsinfektioner og andre infektioner.
- Borgere som hidtil har klaret sig ved egen hjælp og henvender sig om hjælp første gang.
- Borgere som har klaret sig med lidt hjælp og som henvender sig pga yderligere funktionstab.  
Borgere som har behov for hjælp til sygeplejeindsatser.

Det er forventningen, at størstedelen af borgere i denne kategori vil kunne få afsluttet deres forløb og fortsætte eget liv uden indsats fra kommunen. Evt. med hjælpemidler til hjælp i deres daglige livsførelse.

### **Eksempel på komplekst forløb op til 12 ugers varighed**

Målgruppen til disse forløb kan være:

- Borgere, som har været indlagt pga brud/fald, alvorligere infektioner.
- Borgere, som oplever funktionstab hjemme pga almen svækkelse efter sygdom.
- Borgere, hvor der i forbindelse med revurdering af hjælpen ses markant fald i funktionsniveau.
- Borgere, der har været indlagt i længere tid med stort fald i funktionsniveau til følge
- Borgere, som har været udsat for multitraumer fx som følge af trafikulykke, eller som har svækket funktionsniveau efter kræftsygdom.

Det forventes, at en del af disse borgere vil kunne rehabiliteres til at klare en stor del af deres daglige liv selvstændigt, men også at en del vil have brug for fortsat hjælp i mindre grad efter at deres rehabiliteringsforløb er afsluttet.

### **Omfattet af rehabiliteringsteamets arbejde**

Alle nye borgere, som er berettiget til hjælp, skal så vidt muligt bevilges et forløb i det tværfaglige rehabiliteringsteam. Eksisterende borgere, som aktuelt er bevilget ydelser fra hjemmeplejen eller sygeplejen og oplever et funktionstab, eller som kan profitere af et forløb, bevilges ligeledes et rehabiliterende forløb i det rehabiliteringsteam.

Borgere, som ikke umiddelbart tilbydes et rehabiliterende forløb, kan være borgere, der er kritisk syge og døende, eller borgere, som er demente i en så svær grad, at de ikke vil formå at samarbejde om et rehabiliteringsforløb.

### **Rehabiliteringsforløb til borgere med demensproblematikker**

Der foreslås etablering af forløb særligt tilrettelagt begyndende demente borgere, således at disse borgere og deres pårørende kan få redskaber og forståelse for sygdommen. Målet med forløbet er, at borgerne og deres pårørende så vidt muligt kan indarbejde nogle gode rutiner, som kan bevare deres livskvalitet på deres ønskede niveau længere tid – evt. ved

brug af teknologiske hjælpemidler.

## **Implementeringsforløb med fokus på kompetenceudvikling**

Implementeringsprocessen som løber frem til udgangen af 2018 skal sikre, at alle enheder på ældreområdet arbejder helhedsorienteret omkring den enkelte borger og at den rehabiliterende arbejdsmetode bruges fortløbende i forhold til alle borgere. Arbejdet vil forløbe i fire faser som illustreret i processkitsen.

Der er i første fase igangsat et lederudviklingsforløb med fokus på forandringsledelse og ledelse af implementeringsprocesser. Der arbejdes også i denne indledende fase på at sikre et fælles udgangspunkt gennem en systematisk gennemgang af nøgletal og de metoder, der arbejdes efter i organisationen i dag, samt en afklaring af, hvordan organisationen skal struktureres for bedst muligt at understøtte den rehabiliterende arbejdsform fremadrettet.

I processens anden fase udarbejdes detaljerede beskrivelser af de omtalte rehabiliteringsforløb og de konkrete arbejds gange, som sikrer koordineret, tværfagligt og helhedsorienteret samarbejde i og på tværs af alle enheder på ældreområdet i forhold til rehabilitering. Beskrivelserne af arbejds gangene færdiggøres inden udgangen af 2017, så de er klar til januar 2018, hvorfra de skal implementeres i praksis. Anden fase rundes derfor af med kick-off-arrangementer for alle 570 medarbejdere, som fra årsskiftet skal arbejde efter den rehabiliterende metode.

I den tredje fase, som starter i januar 2018, trænes medarbejderne i hjemmeplejen, plejecentrene, træningsenheden og myndighedsenheden intensivt i den rehabiliterende arbejdsmetode og i brugen af de udarbejdede arbejds gange i praksis. I alt vil der blive gennemført fem læringsværksteder, heraf gennemføres ét som digitalt e-læringsmodul, som der er adgang til under hele processen. Der laves desuden praksisobservationer af medarbejdernes arbejde, som bruges til feedback på implementeringsarbejdet, både til medarbejderne selv og til de lokale ledere. Endelig vil en udvalgt gruppe af tværfaglige medarbejdere fra alle enheder vil blive udpeget til at være implementeringsagenter, som følger to særlige moduler og deltager i supervisionssessioner undervejs. Implementeringsagenter får dermed et særligt ansvar i forandringsprocessen.

I den fjerde og afsluttende fase følges op på de fastsatte mål gennem dataindsamling, fokusgruppeinterviews mm., som vil ligge grund for evaluering og eventuel tilpasning af den afprøvede arbejdsform. Hele implementeringsprocessen rundes af med fremlæggelsen af en procesplan for 2019 og frem.

Formidlingen af arbejdet med implementering af rehabiliteringsstrategien vil ske dels gennem nyhedsbreve rettet til medarbejderne internt i organisationen og hos den private leverandør af hjemmepleje, dels gennem målrettet kommunikation til borgerne og deres pårørende.

### **Målgruppen for implementeringsprocessen**

Ca. 570 ledere og medarbejdere, der repræsenterer forskellige faggrupper fra hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejecentre, træningsområdet, myndighed og den private leverandør af hjemmepleje, vil blive involveret i kompetenceudvikling og

implementeringsarbejdet.

### **Mål og succeskriterier**

Der er i samarbejde med alle lederne på social- og sundhedsområdet udpeget tre primære målområder for implementerings- og kompetenceudviklingsindsatsen:

- ◆ Rehabiliteringsforløbene, der planlægges og implementeres med helhedsorienteret fokus på borgeren
- ◆ Borgerne, som får rehabiliteringsplaner og som skal inddrages og opleve sammenhæng i indsatserne
- ◆ Organisationens ledere og medarbejdere, som skal have en fælles rehabiliterende tilgang i arbejdet og arbejde systematisk, tværfagligt og koordineret.

Inden for hvert målområde er der skitseret målsætninger og tilknyttede succeskriterier.