Maj 2016

Status vedrørende implementering af rehabilitering i Social Omsorg.

Fra sommeren 2013 til udgangen af 2015 gennemførtes projekt ”Aktiv hver dag”. I projekt ”Aktiv hver dag” var den rehabiliterende tilgang i centrum, og ved projektets afslutning viste evalueringen positive resultater.

Projektet understøttede Social Omsorgs kerneopgave.

Social- og omsorgsudvalget ønskede på baggrund af projektets positive resultater, at udvide og udbrede rehabiliteringstilgangen til alle enheder i Social Omsorg: Velfærdsrådgivningen, på frit valgs-, sygepleje-, voksen handicap- og træningsområdet samt plejecentre og botilbud. Der er vedtaget en implementeringsplan (tidsplan) som strækker sig over 2016 og 2017.

> ”Rehabilitering er 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 meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.

Kilde: "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark" (2004)

Status:

Der arbejdes ihærdigt med udbredelsen af rehabilitering til hele Social Omsorg.

I starten af året blev tidsplanen blev rykket tre måneder på en del af punkterne. Det viste sig nødvendigt at bruge mere tid på at gennemarbejde konsekvenser af forskellige modeller for de tværfaglige teams, inden der blev truffet en endelig beslutning om model.

De tværfaglige teams er afgørende for samarbejdet omkring borgernes mål og ønsker. Det har derfor stor betydning, hvilken model for tværfaglige teams, der bliver valgt. Det er nyt at alle fag skal arbejde tæt sammen om den enkelte borgers forløb. Det nye tætte samarbejde på tværs af fag og afdelinger har store konsekvenser i forhold til ændringer i arbejdets tilrettelæggelse og medarbejdernes roller i forhold til borgernes rehabiliterings-forløb. Det har krævet meget planlægning inden det tætte tværfaglige samarbejde kunne starte op.

Den reviderede tidsplan følges nu stort set:

- Aktiv hver dag overgik formelt til drift pr. d. 1.-1.-16. Aktiv hver dag hedder fremover rehabilitering.
- Der er nedsat Styregruppe, Arbejdsgruppe og Implementeringsgruppe.
- Der er omlagt 3 stillinger til rehabiliteringsagenter - medarbejdere ansat i Velfærdsrådgivningen, som støtter op om indførelsen af rehabilitering i praksis på alle planer.
- Der er udnævnt en rehabiliteringskoordinator, som koordinerer udvidelsen og udbredelsen af rehabilitering i Social Omsorg.
- Indsatskataloget er revideret, så det afspejler anbefalingerne i Implementeringsplanen: - Nye veje til det gode liv i Hedensted kommune og Katalog for kvalitetsstandarder.

- Der er ansat en klinisk diætist pr. d. 1.-3.. Hun er allerede godt i gang med arbejdet hos borgere i eget hjem, som har haft vægttab i forbindelse med sygdom.
- Der arbejdes på udarbejdelse af en manual på tværs af fag.
- Der er udarbejdet en kommunikationsstrategi. En plan for, hvordan borgere, pårørende mv. bliver orienterede om de nye tiltag.
- Der arbejdes på forslag til, hvordan trænende terapeuter og sygeplejersker inddrages helt i de kommende borgerforløb.
- Der arbejdes med forslag til tværfaglig dokumentation, der måler effekt, borgerplan, opnåelse af mål, tilfredshed mv..

Den 1.3.16 startede Distrikt Midt med etablering af et tværfagligt rehabiliterende team. Erfaringer herfra anvendes i den videre planlægning.

Der er fra d. 1.5.16 etableret Tværfaglige Rehabiliterende Teams i alle tre distrikter. Dermed er den tværfaglige, rehabiliterende indsats startet op i de tre distrikter. Hvert team består af leder, ergoterapeut fra distriktet, ergoterapeut fra træningsafdelingen, fysioterapeut fra træningsafdelingen, sygeplejerske, træningsassistenter, visitator og diætist. Derudover indkaldes andre fagpersoner, når det giver mening.

Teamet skal bidrage til, at borgerne får mulighed for at udvikle eller genvinde deres funktionsevne og dermed fremme deres tryghed, selvhjulpenhed, uafhængighed og livskvalitet. Samtidig skal teamet understøtte tilrettelæggelsen af tværfaglige rehabiliteringsforløb, så indsatsen overfor borgeren bliver mere effektiv og kan udsætte eller mindske behovet for hjælp.

Under projekt Aktiv hver dag, var der et tværfagligt team, som varetog rehabiliteringsforløb for nye ansøgere om hjemmehjælp. Teamet var ansat under Velfærdsrådgivningen. Det team er nu opløst og medlemmerne af teamet er fordelt i de tværfaglige teams i distrikterne. De tværfaglige rehabiliterings teams tager sig nu af alle rehabiliterende forløb, som kræver samarbejde på tværs af fag. Det gælder, uanset om det er nye ansøgere eller borgere, som får hjælp i forvejen, og ikke længere kun på frit-valgsområdet.

Indføring af rehabilitering i Social omsorg udgør en vigtig del af arbejdet med kerneopgaven. Arbejdsgruppen vedr. rehabilitering er sammensat af medarbejdere fra alle dele af Social Omsorg. Der arbejdes vedholdende med at løse de vanskeligheder, der er i forhold til samskabelse på tværs af faggrænser og på tværs af "de gamle afdelinger og deres regler og skikke". Der arbejdes med, hvordan søjletænkningen kan nedbrydes, og at den enkelte borger er i centrum. Der arbejdes med, at sikre at alle arbejder efter de samme mål – borgerens mål. Der arbejdes med progressive mål, og hvordan der måles effekt af indsatsen.

Pr. d. 1.5. har visitatorerne taget et nyt skema i brug. På det registres alle sagsforløb, hvor der er søgt om eller er bevilget hjemmehjælp, både nye ansøgere om hjemmehjælp og borgere, som er visiteret til hjælp i forvejen. Det forventes, man kan begynde at trække statistik herfra ca. pr. d. 1.6.

Da det først er fra d. 1.5., det tværfaglige rehabiliterende arbejde er startet op i alle distrikter, er det meget svært at uddrage resultater endnu. Der vil være bedre grundlag for det ved årets udgang.

Ind til nu har der primært været arbejdet med rehabilitering på ældreområdet. D. 26.5. afholdes det første møde i Voksen Handicap om, hvordan man kan arbejde rehabiliterende inden for handicapområdet.

Der er mange praktiske udfordringer forbundet med indførelsen af den tværfaglige rehabiliterende arbejdsmetode. De praktiske problemer søges så vidt muligt løst i takt med, at de opstår.

En af de store udfordringer for tæt samarbejde på tværs af fag er vores elektroniske journal system, CSC. Systemet er indrettet som flere adskilte dele i borgerens journal, som hver især er indrettet efter de enkelte fagområder. Visitatorer, hjælpemiddel sagsbehandlere, sygeplejersker og hjemmehjælpere skriver i et domæne men i hver sine ark, de trænende terapeuter skriver i et andet domæne og socialrådgiverne, specialvejlederne og bostederne i et tredje domæne. Det er ikke muligt at samle alt dokumentation samme sted, så medarbejderne har umiddelbar adgang til alle vigtige oplysninger. Hvis man skal have overblik over en borgers sag i Social Omsorg, skal man søge mange forskellige steder i journalen. Jo flere faggrupper, der er involveret i sagen, jo mere tidskrævende er det at finde de relevante informationer. Af samme grund bliver de samme oplysninger ofte skrevet flere steder i journalen.

Dertil kommer, at mange dokumenter, i CSC er svære at anvende og få overblik over.

Hver gang der kommer en opdatering af CSC er der efterfølgende dele af journalsystemet, som ikke fungerer. Det koster ofte meget ekstraarbejde at få rettet fejlene. Efter sidste opdatering fungerede statistikmodulet fx ikke i flere uger. Det har stor betydning for alle de medarbejdere, som er afhængig af CSC i deres daglige arbejde.