

FREMTIDENS

HJEMMEHJÆLP



HÅNDBOG

2. udgave

2020

INDHOLDS- FORTEGNELSE

04

FORORD

05

INDLEDNING

Hjælp til selvhjælp	5
Kerneopgaven	6
Borgerens mål	6
Fremtidens ældre	7
Samarbejdet med pårørende	8

09

DEL 1: RAMMERNE FOR "FREMTIDENS HJEMMEHJÆLP"

Den tværfaglige borgerjournal - Fælles Sprog III	10
Overordnede principper for dokumentation	13
Lovgivning	13
Definition af rehabilitering	15
Målsætning i rehabiliteringsforløb	17
Arbejdsformer i indsatserne	19
Kvalitetsstandarder	20
Pakkemodel	20
Sammenhæng til andre paragraffer	21
Myndighed sygepleje og delegering af sundhedslovsydelser	21
Velfærdsteknologi nu og i fremtiden	23

24

DEL 2: SÅDAN ARBEJDER VI MED REHABILITERINGSFORLØB

Visitation, levering og afslutning	25
Tværfagligt samarbejde	27
Tværfaglige teams	28
Tværfaglige konferencer	44
Hjælpemidler	49

50

DEL 3: FORANKRING AF "FREMTIDENS HJEMMEHJÆLP"

Fremtidens Hjemmehjælp - Introduktion og kompetenceudvikling	51
Styringsmæssig forankring	51
Et dynamisk koncept	53
Ledelsesinformation	55

FORORD

I Hjørring Kommune har vi arbejdet med rehabilitering siden 1. februar 2012. Dengang kaldte vi det "Hjemmetræning". I december 2014 blev Servicelovens §83, vedrørende personlig pleje og praktisk hjælp, udvidet med §83a. Med §83a blev kommunerne forpligtede til at tilbyde borgere med nedsat funktionsevne et rehabiliteringsforløb hvis det vurderes, at et rehabiliteringsforløb vil kunne forbedre borgerens funktionsevne, og dermed nedsætte behovet for hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp.

Vores koncept "Fremtidens hjemmehjælp" startede op den 1. april 2015. Konceptet byggede både på vores første erfaringer med hjemmetræning i Hjørring Kommune samt den helt nye lovgivning. Alle processerne på vej mod tilblivelsen af "Fremtidens Hjemmehjælp" var præget af involvering og medproduktion af alle relevante medarbejdergrupper.

VI STARTEDE I
2015

Der er nu gået 5 år, siden vi startede op med "Fremtidens Hjemmehjælp". Vi er blevet gode til at arbejde rehabiliterende i forhold til borgere med behov for personlig hjælp og pleje eller praktisk hjælp. Vores tværfaglige konferencer er blevet særdeles vigtige for det gode tværfaglige samarbejde. Det mærker borgerne i form af involverende rehabiliteringsforløb.

Vi har igennem de sidste 5 år løbende opdateret aftalerne i "Fremtidens Hjemmehjælp" og tilpasset dem udviklingen i vores organisation. Vi har derudover både fået CURA og Fælles Sprog 3, som har givet os nye måder at dokumentere på. Derfor er tiden nu inde til en opdatering af håndbogen – og den får du her.

Formålet med den opdaterede håndbog er fortsat at give alle medarbejdere et fælles afsæt og retning. Håndbogen er beregnet som et opslagsværk, hvor du og dit team kan finde svar på de spørgsmål, der måtte opstå undervejs i arbejdet med "Fremtidens hjemmehjælp".

Revideringen af håndbogen er foretaget af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle involverede parter. Arbejdsgruppen har derudover involveret flere repræsentanter i arbejdet med forskellige temaer undervejs i processen.

Du vil derfor kunne genkende "Fremtidens Hjemmehjælp", som den ramme vi har haft i de sidste 5 år – håndbogen er blot opdateret, så den harmonerer med den måde, vi arbejder på i dag.

Rigtig god læselyst med denne opdaterede udgave af "Fremtidens Hjemmehjælp".



Myndighedschef Line Hessellund

Formand for Konceptgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp"

INDLEDNING

HJÆLP TIL SELVHJÆLP

På Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet i Hjørring Kommune arbejder vi ud fra princippet om "Hjælp til selvhjælp". Det betyder, at alle indsatser som udgangspunkt skal støtte borgerne i at blive mest muligt selvhjulpne. Vi tror nemlig på, at det giver livskvalitet at kunne mestre sit eget liv.

"Fremtidens hjemmehjælp" er rammen for princippet om "Hjælp til selvhjælp" ift. alle borgere, der modtager hjemmehjælp og rehabilitering efter Servicelovens §83 og §83a. "Fremtidens Hjemmehjælp" bygger på den antagelse, at vi alle gerne vil kunne klare os selv længst muligt. Det betyder også, at hvis vi på et tidspunkt får brug for hjælp til at klare dagligdagen, så vil vi gerne have den nødvendige hjælp på en måde, så vi fortsat har hovedrollen i vores eget liv. Dette gælder uanset om det handler om midlertidig eller længerevarende hjælp og støtte, eller det handler om lindring og støtte i den sidste fase af vores liv.

Uanset om der er tale om §83, hjemmehjælp, eller §83a, rehabilitering, ydes hjælpen som "hjælp til selvhjælp". Det er altid borgerens ressourcer og ønsker for fremtiden, der er afsæt for indsatsen – både når vi aftaler, hvad formålet med indsatsen er, og når vi sætter konkrete mål for indsatsen. Når vi tilbyder og udfører hjemmehjælp, skal vi tage højde for at udvikle og bruge det potentiale, den enkelte borger har, og samtidig sikre den rigtige hjælp til de borgere, der fortsat har brug for hjælp.

Vi skal altid tage højde for borgerens aktuelle samlede livssituation og fokusere på både de fysiske, psykiske samt sociale kompetencer. Det kan vi bl.a. gøre ved at arbejde tværfagligt. Hver faggruppe har særlige kompetencer, der kan medvirke til at skabe helhed og sammenhæng, og derved gøre livet bedre for borgeren.


KERNEOPGAVEN

I Hjørring Kommune har vi igennem de senere år haft fokus på at arbejde med begrebet kerneopgave. Kerneopgaven beskriver den samlede effekt af vores indsatser. Med kerneopgaven får vi en fælles forståelse af, hvad vi skal lykkes med og hvem der skal opleve effekten af dét, vi sammen udretter. Kerneopgaven handler ikke om ord, men derimod om hvordan vi "gør ordene virkelige".

KERNEOPGAVEN I "FREMTIDENS HJEMMEHJÆLP" FORMULERER VI SÅDAN:

"Fremtidens hjemmehjælp" handler om at støtte borgerne i at blive eller forblive mest muligt selvhjulpne, samtidig med at de svageste borgere sikres den nødvendige hjælp.

Måden vi arbejder på i "Fremtidens Hjemmehjælp" er et godt eksempel på, at vi løser opgaverne sammen med borgeren og de pårørende. Vi tror på, at borgeren i høj grad selv kan bidrage til at løse sine udfordringer. Det er borgeren, der skal opleve værdien af det, vi gør sammen.



Vi fokuserer på borgerens ressourcer og på de ting, borgeren kan klare selv eller måske kan komme til at klare selv med hjælp og støtte. Samtidigt har vi fokus på, at borgeren føler sig tryk ved, og har tillid til, at selvom målet her og nu er at blive mest mulig selvhjulpne, og dermed mere uafhængig af hjælp, så er der også mulighed for hjælp, hvis behovet vender tilbage.

Det er derfor også nødvendigt, at vi både mono- og tværfagligt fortsat reflekterer over vores praksis. Det er vigtigt, at vi drøfter og konkretiserer, hvordan vi hele tiden kan blive endnu bedre til at løse opgaverne sammen med borgerne.

BORGERENS MÅL

I "Fremtidens hjemmehjælp" er borgeren og borgerens hverdagsliv i centrum. Den enkelte borger har sin egen definition af, hvad et godt liv er. Derfor er det også borgerens mål, der er omdrejningspunktet. At borgeren ses som "et helt menneske" betyder, at vi tager hensyn til borgerens samlede livssituation og ikke kun til en konkret funktionsnedsættelse.

Sammen med borgeren sætter vi vores tværfaglige kompetencer i spil og tilrettelægger et forløb, der matcher borgerens ønsker og behov.

Vi er opmærksomme på, at borgeren skal opleve fremgang og udvikling for at kunne fastholde sin motivation. I "Fremtidens Hjemmehjælp" fokuserer vi desuden på at være fleksible og evt. finde nye løsninger, der tilpasses den enkelte borger.

Når vi samarbejder med borgeren, respekterer vi de værdier, som borgeren bygger sit liv og sin hverdag på. Vi skal altid interessere os for borgerens livshistorie. For kun igennem viden om livshistorien, mestring, motivation, ressourcer og vaner kan vi understøtte borgeren i at blive, eller forblive, mest mulig selvhjulpent.

Vi lytter til, hvad funktionsnedsættelsen betyder for borgeren, og vi lytter til, hvad borgeren gerne vil blive bedre til. Hjælp til selvhjælp forudsætter, at borgeren er motiveret og deltager aktivt i forløbet. Borgeren skal kunne se mening med, og opleve udvikling i, forløbet.

Som medarbejdere skal vi holde os for øje, at det til stadighed er borgerens mål og ønsker, der er omdrejningspunkt for indsatsen. Det betyder, at vi skal tilrettelægge indsatserne, så de passer til den enkelte borgers ønsker og behov.

Vi sætter altid mål sammen med borgeren, for det er borgerens mål, der er styrende for, hvordan forløbet tilrettelægges, udføres og justeres undervejs. Det betyder også, at vi forventer, og forudsætter, at borgeren tager medansvar og selv bidrager mest muligt.

Vores ønske om, at vi gerne selv vil kunne klare mest muligt, og være selvbestemmende i vores dagligdag, bliver ikke mindre af, at vi bliver ældre!

FREMTIDENS ÆLDRE

I de kommende år vil der blive flere og flere ældre i vores samfund. Det oplever vi allerede. Mange ældre vil være ved godt helbred, fungere godt i hverdagen og vil, i vid udstrækning, kunne klare sig selv - også i de sene år af livet.

Det skyldes, at den ældre del af befolkningen i de sidste mange år har oplevet en generel forbedring af deres fysiske sundhed. Dels er der større bevidsthed om betydningen af at leve sundt og være fysisk aktiv. Dels har samfundsudviklingen betydet, at færre oplever at blive fysisk nedslidte. Der udvikles desuden hele tiden ny viden og nye behandlingsmetoder på sundhedsområdet, som gør, at vi lever længere og er mere raske.

Mange ældre vil derfor have overskud og ressourcer til at klare sig selv uden hjælp, også i de sene år af livet, evt. med hjælp fra pårørende. Andre borgere vil have behov for hjælp i varieret omfang, og vil langt hen ad vejen kunne få dækket deres behov for hjælp i form af et kort rehabiliteringsforløb eller med hjemmehjælp til blot nogle af hverdagens gøremål. De ressourcestærke borgere vil stille krav til os og vores måder at samarbejde med dem, og hinanden, på, og de vil have en forventning om at blive betragtet som hele mennesker med individuelle ønsker og behov.

Samtidigt vil der være et stigende antal ældre, der lever med langvarige sygdomme. Vi vil også se en stigning i antallet af borgere med demenssygdomme. Nogle af disse borgere vil have omfattende og komplekse plejebehov og ingen, eller kun få, ressourcer til at klare sig selv. Den generelle udvikling i retning af større ulighed i sundhed gør sig også gældende på ældreområdet.

Der vil derfor også være ældre borgere, der ikke oplever den generelt positive udvikling i sundhedstilstanden. Arbejdet med de sårbare og ressourcetsvage borgere er ofte præget af, at denne gruppe har svært ved selv at være aktive og at samarbejde med os ift. deres sygdom, behandling og forløb. Det er derfor vigtigt, at vi tager højde for dette i vores samarbejde med denne gruppe borgere.

I fremtiden vil vi opleve et øget behov for, at sundhedsprofessionelle kan samarbejde og koordinere indsatser på tværs af faggrupper, sektorer og lovgivninger. Endnu mere end vi allerede gør i dag. Vi skal også, i endnu højere grad, kunne inddrage borgerne og deres pårørende i de forskellige forløb, vi møder dem i. Vi skal kunne vejlede borgerne i, hvordan de selv kan søge information om sygdom og sundhed.

Nutidens – og fremtidens – borgere vil involveres, spørges og tages med på råd, og ofte har de allerede undersøgt mulighederne, før vi møder dem.

SAMARBEJDET MED PÅRØRENDE

Det kan være af stor betydning at inddrage eventuelle pårørende i forbindelse med tilrettelæggelse og igangsættelse af et rehabiliteringsforløb. Hvis borgeren ønsker dette. Mange pårørende er optaget af, hvilken hjælp deres nære modtager, og det kan være hensigtsmæssigt at sikre en god og ordentlig kommunikation med de pårørende omkring borgerens forløb. Pårørende spiller en væsentlig rolle i forhold til borgerens motivation, og kan ligesom borgeren selv have behov for at vænne sig til hjælpen.



Pårørende yder et meget vigtigt bidrag, når de hjælper svækkede eller syge nærtstående. Indsatsen er vigtig for det enkelte menneske, der med hjælp fra pårørende forsøger at opretholde et værdigt og meningsfuldt liv på trods af sygdom og svækkelse.

Samtidig er pårørende en stor ressource for samfundet, idet pårørendes indsats hvert år sparer regionerne og kommunerne for store beløb. Mennesker, der ikke har pårørende, er nemlig indlagt på sygehus i længere tid, modtager mere hjemmehjælp og går oftere til læge.

De fleste pårørende hjælper gerne, når der er brug for det, men mange pårørende føler ikke, at de bliver anerkendt, inddraget og støttet i deres indsats. En del oplever, at de løber panden mod en mur, når de forsøger at bidrage med deres viden og observationer, og det kan være svært at få et godt samarbejde med hospitaler, hjemmepleje, plejehjem osv.

Derfor er det vigtigt, at de pårørendes indsats bliver værdsat og respekteret og bliver mødt med anerkendelse og lydhørhed.

Kilde: Ældresagen



DEL 1

RAMMERNE FOR FREMTIDENS HJEMMEHJÆLP

DEN TVÆRFAGLIGE BORGERJOURNAL - FÆLLES SPROG III

Fælles Sprog III (herefter FS3) er den metode, der ligger til grund for vores daglige dokumentation vedr. borgerne på det social- og sundhedsfaglige område i kommunerne¹. FS3-metoden har fokus på den tværfaglig borgerjournal, hvor oplysninger indhentes, genbruges og deles mellem de forskellige faggrupper og funktioner i kommunen. Metoden omfatter både myndigheder og leverandører.

Alle involverede medarbejdere er ansvarlige for at opdatere, genbruge og vedligeholde oplysninger, som vedrører borgerens forløb. FS3-metoden understøtter det tværfaglige samarbejde i borgerforløbene. Metoden er desuden med til at understøtte tæt inddragelse af borgeren, og pårørende, i forløbene.

FS3-metoden benyttes til at dokumentere, hvordan borgeren fungerer i sit hverdagsliv, og metoden giver os mulighed for at udrede, beskrive og vurdere borgerens ressourcer, problemer, behov og begrænsninger. På den baggrund kan vi udarbejde mål og handleplaner med henblik på at understøtte borgeren i at leve et optimalt og mere selvstændigt hverdagsliv.

FS3-metoden omfatter i skrivende stund dokumentation vedrørende borgere, der modtager hjælp, omsorg, pleje og behandling efter servicelovens §83 (personlig hjælp og pleje, praktisk hjælp, madservice), §83a (hverdagsrehabilitering), §84 (aflastning og afløsning) og §86 (genoptræning og vedligeholdelsestræning) samt sundhedslovens §138 (sygepleje).²

En vigtig del af FS3-metoden er tilstandene. De udtrykker en borgers funktions- eller helbredsmæssige situation på et givent tidspunkt. Funktionsevnetilstandene repræsenterer et behov som følge af en funktionsbegrænsning og dækker tilstande inden for servicelovsområdet. Helbredstilstandene repræsenterer et sundhedsfagligt problem og dækker tilstande inden for sundhedslovsområdet.

En særlig vigtig del af FS3-metoden er de generelle oplysninger, som bl.a. indeholder borgerens egne ord, og evt. udsagn fra pårørende. De generelle oplysninger er vigtige for, at vi ser det hele menneske, og indeholder vigtig information om det liv borgeren lever og har levet. Borgerens egen oplevelse af situationen beskrives bl.a. under overskrifter som: mestring, motivation, vaner, livshistorie, helbredsoplysninger mm.

FS3 understøtter de krav, der findes til udredning og dokumentation ift. lovgivningen for sundheds- og ældreområdet.

FS III

FÆLLES SPROG 3

¹ Læs mere om Fælles Sprog 3 metoden på: www.fs3.nu eller i Cura Hjælp. Se også Hjørring Kommunes Aftalekatalog vedr. lokale aftaler.

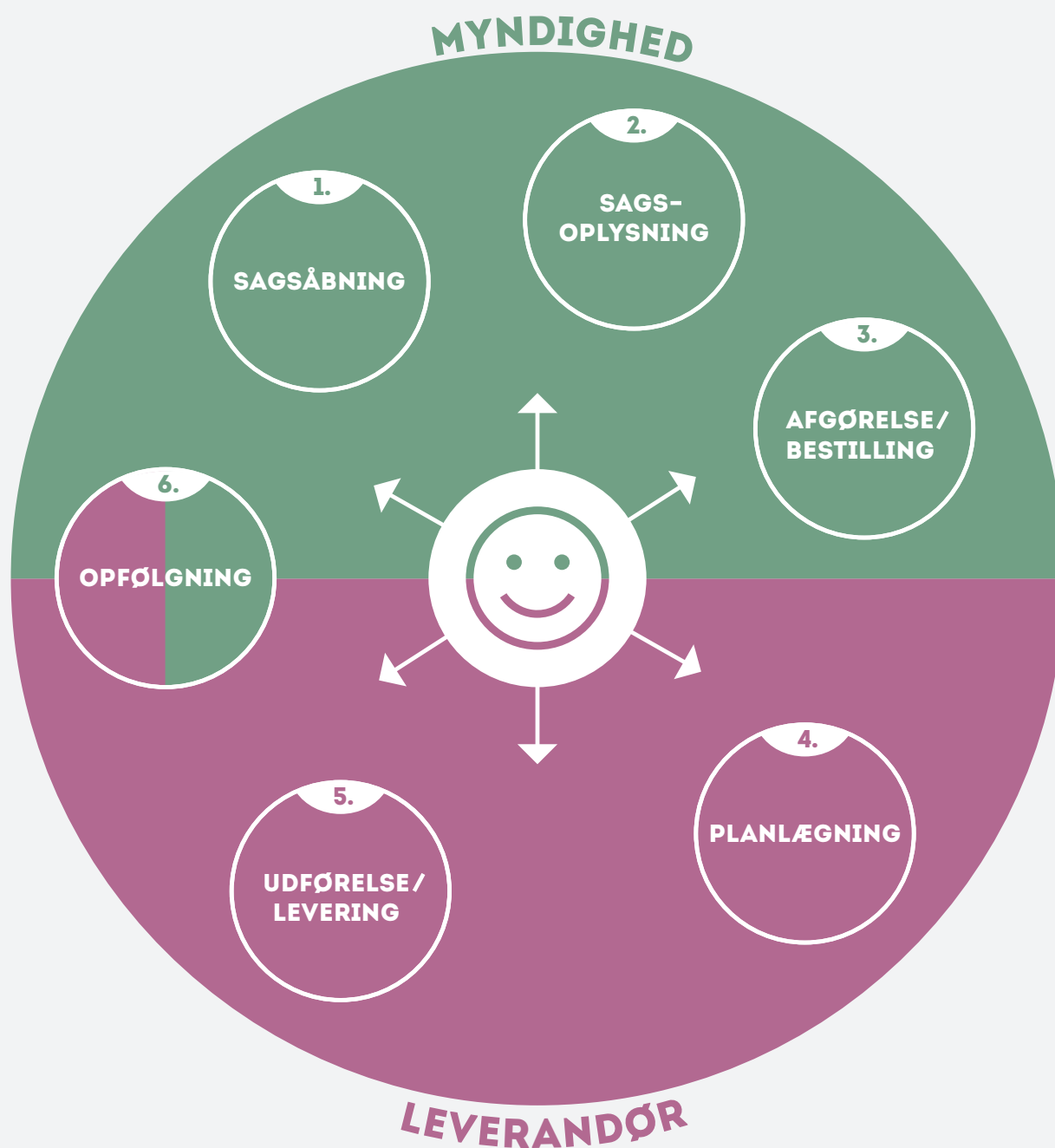
² Der er desuden færdigudviklet en udbygning af metoden, som handler om træning og sundhedsfremme og forebyggelse efter sundhedslovens §119, §138, §140.

Denne udbygning forventes ibrugtaget i de kommende år.

Den generiske procesmodel

Et vigtigt grundelement i FS3-metoden er den generiske procesmodel (figur 1). At modellen er generisk betyder, at rammen for vores måde at dokumentere på er ens på tværs af hjemmeplejen, primærsygeplejen og nogle af træningsområdets indsatser.

Figuren viser den trinvise proces der sættes i gang, når borgeren kommer i kontakt med vores område. Den øverste del beskriver myndighedspersonernes opgaver. Den nederste del beskriver leverandørernes opgaver. Vi kan se, at opfølgning sker både hos myndighed og leverandør. Det betyder, at alle parter kommer til at arbejde med opfølgning på ydelserne.



Figur 1: Den generiske procesmodel

Myndighed

Når en myndighedsfunktion modtager en henvendelse vedrørende en borger, åbnes "sagen". Herefter udreder den ansvarlige myndighed de relevante tilstande, udfylder relevante generelle oplysninger, træffer en afgørelse og bestiller ydelserne.

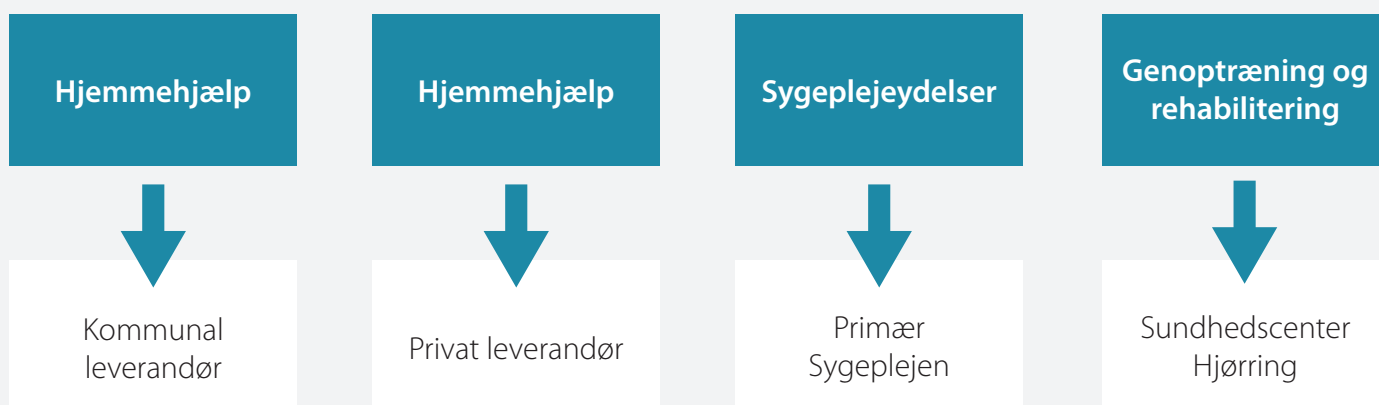
Myndighedsudredning på servicelovsområdet skal sikre, at en afgørelse træffes på et tilstrækkeligt oplyst grundlag. Udredningen skal leve op til forvaltningslovens krav om god offentlig sagsbehandling og forvaltningsskik. Med udgangspunkt i den oplyste sag og en skriftlig afgørelse, visiteres og bestilles de ydelser, der er fundet grundlag for at bevillige til borgeren.

Myndighedsudredning på sundhedslovsområdet skal sikre, at det udredes og dokumenteres, hvorvidt der er potentielle og/eller aktuelle problemer inden for samtlige 12 sygeplejefaglige problemområder, som Sundhedsstyrelsens "Vejledning til sygeplejefaglige optegnelser" stiller krav om.

Myndighederne er hver især ansvarlige for opfølgning og vurdering af den forventede tilstand/de forventede tilstande igennem hele forløbet. Ved opfølgning vurderes det, om den forventede tilstand er opnået, og om de igangværende ydelser skal fortsættes, ændres inden for rammen (gældende visitation), revisiteres eller afsluttes.

Leverandør

En leverandør er, i FS3-sprog, den part, der skal udføre den faglige indsats sammen med borgeren. I Hjørring Kommune har vi både en kommunal og en privat leverandør af hjemmehjælp. Primærsygeplejen leverer sygeplejeydelser og terapeuterne fra Sundhedscenteret leverer genoptræning og rehabilitering.



Når leverandøren modtager en bestilling på en ydelse fra myndighed, kan der i den faglige planlægning indgå yderligere udredning af tilstande. Udredningen bliver dermed integreret i den faglige planlægning.

Leverandørens planlægning og disponering resulterer i ruteplanlægning og arbejdsplaner, hvoraf det fremgår hvilke medarbejdere, der skal udføre de forskellige ydelser og hvornår.

Leverandøren skal altid sikre, at borgerens tilstande, generelle oplysninger og handlingsanvisninger er opdaterede, hvis der er ændringer i borgerens situation. Afvigelser dokumenteres i observationer. Myndigheds-personernes løbende opfølgning er meget afhængig af, at borgerens oplysninger altid er opdaterede.

OVERORDNEDE PRINCIPPER FOR DOKUMENTATION

På Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet i Hjørring Kommune dokumenterer vi i den elektroniske borgerjournal i Cura. IT-systemer skal overordnet set lette hverdagen for medarbejderne samtidigt med, at de skal give mulighed for at trække de nødvendige ledelsesinformationer. Systemerne skal desuden sikre sammenhæng og koordinering, så borgeren får den rigtige indsats.

Dokumentationen i Cura skal opfylde gældende lovkrav, men skal samtidig understøtte den faglige indsats, og sikre sammenhæng, i de enkelte forløb. Desuden skal det så vidt muligt undgås, at der laves dobbeltdokumentation eller unødvendig dokumentation.

Alle relevante oplysninger skal være tilgængelige for alle involverede medarbejdere og samarbejdspartnere. Dokumentationen skal medvirke til at give et hurtigt overblik og skal være pålidelig. Alle faggrupper skal så vidt muligt dokumentere med det samme i borgerjournalen i Cura.

Når vi dokumenterer i det elektroniske omsorgssystem Cura arbejder vi med afvige-dokumentation. Det vil sige, at der som hovedregel kun skal dokumenteres, når der indtræffer afvigelser/ændringer i forhold til de lagte planer og borgerens habituelle status. Dokumentationen skal altid være opdateret

LOVGIVNING

Serviceovens §83 - hjemmehjælp

Hjemmehjælp tager udgangspunkt i serviceovens §83, der bl.a. handler om personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp og madservice. Hjælpen skal tilrettelægges i samarbejde med borgeren og skal støtte borgeren i at vedligeholde eller genvinde den pågældendes funktionsniveau.

I forbindelse med bevilling af hjemmehjælp efter §83 opstiller visitator fra Myndighed Ældre et formål for indsatsen sammen med borgeren. Leverandøren af hjemmehjælp aftaler efterfølgende konkrete mål for hjemmehjælpsindsatsen sammen med borgeren. Målene skal være individuelle og løbende tilpasses borgerens behov. Hjemmehjælp er aktiverende og kompenserende hjælp til borgeren. Formålet er, at:

- kompensere for væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
- bidrage til at fastholde borgerens fysiske eller psykiske færdigheder.

Hjemmehjælp tilbydes som midlertidig eller varig hjælp. Der følges systematisk op på hjælpen

Hvem retter hjemmehjælp sig mod, og hvad er formålet?

Hjemmehjælp retter sig mod borgere, der midlertidigt eller varigt ikke selv kan, eller har meget vanskeligt ved, at varetage praktiske opgaver eller personlige plejeopgaver.

Borgeren bevilges hjemmehjælp hvis det vurderes, at borgeren ikke kan blive helt eller delvis selvhjulpen med et rehabiliteringsforløb. Ligeledes bevilges hjemmehjælp, hvis borgeren efter et rehabiliteringsforløb fortsat har brug for hjælp til nogle opgaver.

Hjemmehjælp ydes ikke som en tværfaglig indsats, men hjemmehjælp er tværfagligt forankret. Det betyder blandt andet, at hvis borgerens funktionsevne ændres i op- eller nedadgående retning, involverer borgerens kontaktperson de tværfaglige samarbejdspartnere, der i fællesskab tager stilling til det videre forløb.

Serviceovens §83a - rehabilitering

Serviceovens §83 a beskriver at:



før tildeling af hjemmehjælp, skal borgeren tilbydes et tidsafgrænset, korterevarende og målorienteret rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes at borgeren derved kan forbedre sin funktionsevne, og nedsætte sit behov for hjemmehjælp.

Rehabiliteringsforløbet skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt.



Hvem retter rehabilitering sig mod og hvad er formålet?

Rehabilitering efter §83a bevilges til borgere, der af visitator fra Myndighed Ældre vurderes til at være berettiget til hjemmehjælp og kunne få udbytte af rehabilitering. For nogle borgere vil målet være at blive helt selvhjulpen uden behov for hjælp. For andre vil målet være at mindske behovet for hjemmehjælp.

Som udgangspunkt skal alle borgere, der søger hjemmehjælp i Hjørring Kommune, tilbydes et §83a-forløb. Enkelte borgere, som efter visitators vurdering ikke vil have udbytte af et rehabiliteringsforløb, vil få tilbud om hjemmehjælp uden først at få tilbudt et rehabiliteringsforløb.

Hvis visitator vurderer, at borgeren via rådgivning, udredning og/eller træning, kan blive helt eller delvis selvhjulpen, vil der ikke kunne tildeles varig hjælp, før der er forsøgt gennemført et rehabiliteringsforløb.

Rehabilitering kan også tilbydes borgere, der i forvejen modtager hjemmehjælp, hvis det viser sig, at en borger har potentiale for at blive selvhjulpen, eller mere selvhjulpen, på et enkelt område.

Hvis borgeren har potentiale for rehabilitering, bevilges en rehabiliteringspakke. Den samlede bevilling kan, udover rehabilitering, også omfatte hjemmehjælp til de gøremål, som borgeren ikke kan klare selv. Det vil sige, at borgeren samtidigt med rehabiliteringsforløbet kan fortsætte med aktiverende og kompenserende hjælp til praktiske opgaver, f.eks. rengøring og tøjvask.

Formålet med rehabilitering efter §83a er at støtte borgeren i at genvinde og/eller udvikle sine funktioner og kompetencer, med henblik på at borgeren bliver mest mulig selvhjulpent. §83a-forløbet handler med andre ord om, at borgeren styrkes i og støttes til igen selv at kunne udføre almindelige aktiviteter i hverdagen. Det kan f.eks. være selv at kunne gå til købmanden, selv at klare sin personlige hygiejne eller selv kunne smøre sin mad og lave sin kaffe.

Hjælpen leveres som én samlet indsats af én hjemmeplejeleverandør – uanset om der er tale om én eller flere bevillinger.

DEFINITION AF REHABILITERING

I Hjørring Kommune arbejder vi med rehabilitering ud fra definitionen i "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" fra MarselisborgCentret:



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.

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark (2004)



For at kunne forstå definitionen er det først og fremmest nødvendigt at forstå, hvad nedsat funktionsevne dækker over. Nedsat funktionsevne er det overordnede begreb for tab eller nedsættelse af kropslige funktioner samt begrænsninger i at gennemføre daglige aktiviteter og at deltage i samfundslivet.

Funktionsnedsættelse opstår i et samspil mellem kroppens kropslige og kognitive funktioner og omgivelserne. En borgers funktionsevne, og betydningen af eventuelle funktionsnedsættelser, kan dermed kun vurderes i forhold til det daglige liv, som er normalt for denne borger. I et forløb med rehabilitering har fagpersonerne, sammen med borgeren, fokus på borgerens hverdagsliv. F.eks. personlige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet.

Rehabilitering er helhedsorienteret. Dvs. at hele borgerens fysiske, psykiske og sociale situation indgår i løsningen af borgerens problemer. Ved rehabilitering udvides fokus fra sygdommen og det helbredende til også at omfatte dét, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv i fællesskab med andre og i samfundet, socialt og arbejdsmæssigt mv. Borgerens og de pårørendes ressourcer er afgørende elementer igennem hele forløbet.

Rehabilitering er kendetegnet ved at være en tværgående disciplin. Når forskellige fagprofessionelle arbejder med rehabilitering, er det derfor vigtigt, at de ikke kun agerer som specialister indenfor eget felt. Fagprofessionelle fra forskellige professioner skal også se sig selv som "rehabiliterings-arbejdere". Det betyder, at de indsatser, de hver især udøver, er en del af en større proces.

Forskellige behandlings- og genoptræningsformer kan indgå i en rehabiliteringsproces, men rehabiliteringsbegrebet er mere omfattende end genoptræning og behandling. At modtage genoptræning eller behandling er ikke ensbetydende med en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende proces, der, som rehabilitering, sigter imod, at borgeren kan udføre sine personlige aktiviteter og deltage i samfundslivet.

Begreberne rehabilitering og behandling grænser desuden op til, og overlapper, begreberne sundhedsfremme og forebyggelse.

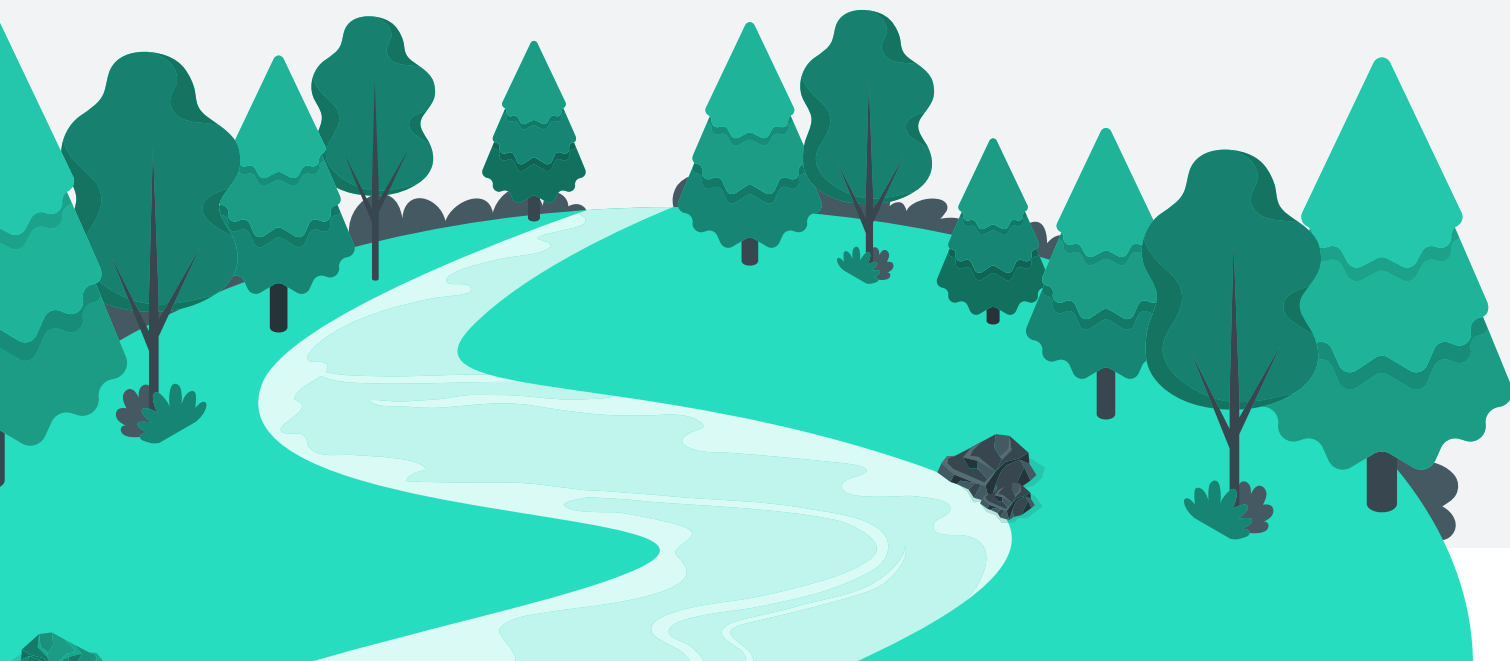


En klassisk metafor for begreberne rehabilitering, behandling, sundhedsfremme og forebyggelse er flodmetaforen:

*At samle folk op, der er faldet i floden, og give dem kunstigt åndedræt er behandling.
At sætte hegn op, der forhindrer folk i at falde i vandet, er forebyggelse, og at lære folk at svømme er sundhedsfremme.*

Rehabilitering kunne være at samle folk op, der er faldet i floden, behandle dem, lære dem at svømme og bringe dem til et område, hvor der er mindre risiko for at falde i vandet indenfor en given tidsramme.

Basisbog i fysioterapi



MÅLSÆTNING I REHABILITERINGSFORLØB

Målsætning er en central del af et rehabiliteringsforløb, fordi det både fremmer motivation hos borgeren og fremmer en målrettet, koordineret indsats fra fagpersonerne.

En systematisk målsætningsproces skal indeholde:

- ▶ En struktureret identifikation af det som borgeren oplever som udfordrende.
- ▶ En individuel plan for rehabiliteringsforløbet, som udarbejdes ud fra fælles aftalte mål med borgeren.
- ▶ Mulighed for at inddrage pårørende.
- ▶ Løbende justering af mål og plan efter behov – sammen med borgeren.
- ▶ Tværfaglig kommunikation vedrørende borgerens mål.

Center for Kliniske Retningslinjer har lavet et litteraturstudie med fokus på "systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen". Studiet viser, at der ved systematisk målsætning i den rehabilitering, der foregår i borgerens hjem, baseret på et samarbejde mellem en borger og fagperson, ses følgende effekt:

- ▶ Øget helbredsbetiget livskvalitet.
- ▶ Øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem.
- ▶ Bedret målopfyldelse.
- ▶ Mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje.
- ▶ Formindsket risiko for akut indlæggelse/genindlæggelser.
- ▶ Kortere hjemmehjælpsforløb, reduceret timeforbrug til pleje og praktisk hjælp.

Borgerens mål skal være SMARTER mål

Når vi arbejder med rehabilitering, er det, på baggrund af ovenstående, derfor meget vigtigt, at vi sammen med borgeren får lavet en god plan for forløbet. Det vigtigste i denne plan er, at borgeren selv er med til at formulere sine mål for forløbet.

S	SPECIFIKKE	Hvad skal gøres og opfyldes?
M	MÅLBARE	Hvordan kan det ses, at målet er nået? Indsatsen skal kunne måles, og resultatet holdes op mod målet.
A	ACCEPTEREDE	Målene skal være anerkendt af borgeren og internt i teamet. Der skal være enighed om, hvad målet er, og hvorfor det er vigtigt at nå det.
R	REALISTISKE	Målet skal være indenfor en vis rækkevidde. Vær gerne ambitiøs men ikke overambitiøs.
T	TIDSANGIVNE	Hvor længe vil vi have fokus på dette mål, og hvornår skal resultatet indtræffe?
E	EVALUERBARE	Hvornår og hvordan skal der evalueres og justeres på målet?

Figur 2: SMARTER mål

Der er evidens for, at gode, konkrete mål medvirker til bedre rehabiliteringsforløb. Derfor er det besluttet, at vi arbejder med SMARTE mål i Hjørring Kommune jævnfør figur 2.

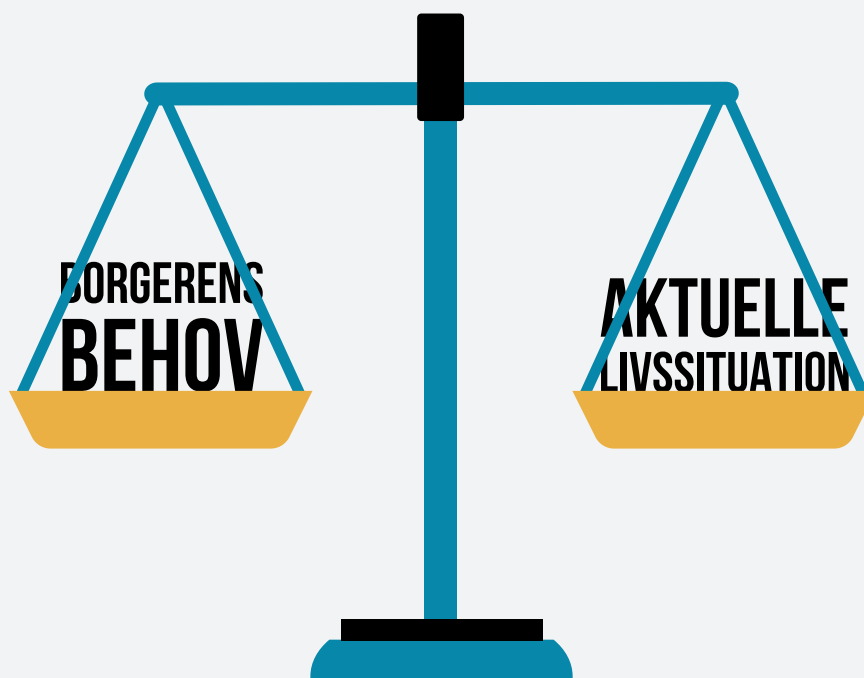
I rehabiliteringsforløbet gradueres aktiviteterne efter behov på grundlag af borgerens ressourcer og funktionsniveau. Dermed bliver fremgang og udvikling synligt for borgeren, hvilket er med til at fastholde motivationen.

Der evalueres løbende på, hvordan arbejdet med borgerens mål skrider frem. Rehabiliteringsforløbet evalueres løbende, både sammen med borgerne og tværfagligt. Desuden laves der systematisk status på tværfaglige konferencer efter henholdsvis 2, 5 og 10 uger samt ved afslutning af forløbet, senest 12 uger efter opstart. Alle involverede i borgerens rehabiliteringsforløb dokumenterer løbende ændringer og egne observationer undervejs i hele forløbet.

ARBEJDSFORMER I INDSATSERNE

I Hjørring Kommune arbejder vi med "hjælp til selvhjælp" i alle vores indsatser, og dermed også ift. både hjemmehjælp og rehabilitering. Det er dog altid en vurdering af borgerens behov og aktuelle livssituation, der bestemmer, om arbejdsformen i indsatsen er rehabiliterende, aktiverende eller kompenserende eller, i nogle tilfælde, en kombination af disse.

- ▶ Den rehabiliterende arbejdsform er en målrettet og tidsbestemt tværfaglig samarbejdsproces med en borger og eventuelt pårørende. Sammen med borgeren sætter vi mål, som ved opnåelse vil give borgeren et så selvstændigt og meningsfyldt liv som muligt.
- ▶ Den aktiverende arbejdsform handler om at inddrage borgeren i daglige gøremål, og inspirere borgeren til at holde sig i gang og klare så meget som muligt selv.
- ▶ Den kompenserende arbejdsform dækker over hjælp, der udføres når borgeren ikke selv er i stand til at tage vare på opfyldelse af egne behov..



Arbejdsformen beskrives af Myndighed Ældre i form af et retningsgivende mål. Det retningsgivende mål er derfor vigtigt at have fokus på både ift. planlægningen såvel som ift. udførelse/levering af indsatsen.

Retningsgivende mål:

- Ved et rehabiliteringsforløb er det retningsgivende mål altid "rehabilitering".
- Ved et hjemmehjælpsforløb kan det retningsgivende mål være "aktiverende" eller "kompenserende" – eller begge dele.

KVALITETSSTANDARDE

Mens serviceloven er den overordnede ramme for hjemmehjælp efter §83 og rehabilitering efter §83a, er kvalitetsstandarderne det lokalt fastsatte serviceniveau for indsatsen på området. Kvalitetsstandarderne beskriver altså den måde, hvorpå vi i Hjørring Kommune skal arbejde ift. paragrafferne.

Kvalitetsstandarderne godkendes hvert år politisk, og skal ses i sammenhæng med de politiske intentioner og det vedtagne budget for området. Alle medarbejdere, der arbejder med "Fremtidens hjemmehjælp", skal være bekendte med kvalitetsstandarderne.³

Kvalitetsstandarderne indeholder en overordnet beskrivelse af de indsatsområder, som borgerne kan tilbydes i Hjørring Kommune. I forlængelse af kvalitetsstandarderne er de enkelte indsatsområder "foldet ud" med konkrete eksempler på, hvad en indsats kan omfatte, og dermed hvad en borger konkret kan få hjælp eller støtte til.

PAKKEMODEL

I Hjørring Kommune arbejder vi med en "pakkemodel" ift. visitation af hjemmehjælp⁴. For Myndighed Ældre er "pakken" et udtryk for resultatet af visitationsprocessen – pakket til en samlet ramme om den hjælp og støtte, som borgeren bevilges.

Pakkemodellen fungerer som et fælles, administrativt redskab til styring af hjemmehjælpsområdet. Til hver pakke hører et antal minutter. Minuttallet er et vejledende tal for, hvor meget medarbejdertid, der i gennemsnit forventes anvendt på at levere den pågældende pakke.

Gennemsnittet skal altid ses i forhold til den enkelte borger og, over tid, i forhold til alle borgere. For udfører er pakken et udtryk for den tidsmæssige ramme, der forventes anvendt til indsatsen, og som udfører efterfølgende, sammen med borgeren, "pakker ud" til en konkret indsats. For planlæggeren i hjemmeplejen er pakkerne et vigtigt arbejdsredskab i det daglige arbejde.

Pakkerne er grundlag for styring i forbindelse med budgetlægning, visiteret tid, leveret tid, afregning og ledelsesopfølgning.



³ Kvalitetsstandarder for rehabilitering, personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp findes i hhv. E-håndbogen og på Hjørring Kommunes hjemmeside, således at både borgere og alle leverandører af hjemmehjælp kan læse dem. Her findes også øvrige kvalitetsstandarder indenfor området.

⁴ Hjørring Kommunes "Pakkemodel" findes i Cura Hjælp

SAMMENHÆNG TIL ANDRE PARAGRAFFER

Det er vigtigt at tage højde for, at en borger, der er bevilget hjemmehjælp eller rehabilitering, samtidigt med §83- eller §83a-indsatsen f.eks. også kan modtage:

- ▶ Sygeplejeydelser efter sundhedslovens §138 (SUL).
- ▶ Genoptræning efter sundhedslovens §140 (GOP).
- ▶ Genoptræning efter servicelovens §86 stk. 1 eller vedligeholdelsestræning efter §86 stk. 2.
- ▶ Vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens §140a.
- ▶ Rehabiliteringsforløb på sundhedscenteret efter Sundhedslovens §119.
- ▶ Aktivitetscentertilbud efter servicelovens §79, det ordinære tilbud, eller §104 særskilt aktivitetstilbud til borgere med demens eller anden kognitiv funktionsnedsættelse.
- ▶ Hjælpemidler, forbrugsgoder og boligændringer efter servicelovens §112, §113, §116.

Ligeledes kan hjemmehjælp og rehabilitering være sammenhængende med f.eks. bostøtte efter servicelovens §85, hvis borgeren har et handicap, psykiske vanskeligheder eller sociale udfordringer og samtidigt har brug for personlig hjælp og pleje.

I Hjørring Kommune har vi et ønske om at arbejde med stor fleksibilitet imellem paragrafferne på Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet. Vi bestræber os derfor på at udnytte de tilgængelige ressourcer på den bedst mulige måde og at øge fleksibiliteten mellem paragrafferne, bl.a. igennem tæt tværfagligt samarbejde.

MYNDIGHED SYGEPLEJE OG DELEGERING AF SUNDHEDSLOVSYDELSER

I "Fremtidens hjemmehjælp" er der en klar adskillelse mellem de ydelser, der leveres efter henholdsvis serviceloven og sundhedsloven på ældreområdet.

Sygeplejen varetager myndighedsopgaverne efter sundhedslovens §138. Det betyder, at sygeplejen varetager den sygeplejefaglige udredning af helbredstilstande og er ansvarlig for opfølgning og vurdering af borgerens forventede tilstande

- Nogle sundhedslovsydelser, §138, leveres udelukkende af sygeplejersker.
- Nogle sundhedslovsydelser, §138, kan løses af social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter som en del af leveringen af hjemmehjælp (og rehabilitering), og de delegeres derfor videre til hjemmeplejen.



For delegering gælder generelt:

- ▶ At der kan delegeres en konkret opgave i forhold til en konkret bruger – ud fra en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde (konkret delegering).
- ▶ At visse konkret delegerede opgaver kan videredelegeres til en medarbejder eller til en afgrænset medarbejdergruppe (videredelegering).
- ▶ At der kan delegeres opgaver inden for en fast ramme til en medarbejder eller til en afgrænset medarbejdergruppe. Det giver medarbejderen/gruppen mulighed for, inden for en fastsat ramme, selv at vurdere behandling og gennemførelse heraf eller at indgå i dele af opgaveløsningen (rammedelegering).



Sygeplejersken som delegerer en opgave - har ansvaret for at sikre:

- ▶ At delegeringen sker med udgangspunkt i medarbejderens uddannelsesniveau og fag samt personlige kompetencer.
- ▶ At medarbejderen er instrueret og oplært til opgaven.
- ▶ At instruktionen er entydig og omhandler symptomer og handling i forbindelse med mulige komplikationer – herunder tilkald af hjælp mv.
- ▶ At instruktionen er forstået.
- ▶ At vurdere om opgaven må videredelegeres.
- ▶ At der føres tilsyn med medarbejderen, dvs. at der kontinuerligt følges op på opgaveløsningen.
- ▶ At delegeringen dokumenteres.



Ledelsen - har ansvaret for at sikre:

- ▶ At medarbejderne har den teoretiske viden og praktiske erfaring til at udføre de delegerede opgaver.



Uddrag af Hjørring Kommunes Kompetenceprofiler



VELFÆRDSTEKNOLOGI NU OG I FREMTIDEN

Velfærdsteknologi er teknologier og digitale løsninger, der f.eks. bidrager til at hjælpe med øget selvhjulpethed, øget selvstændighed eller til at skabe tryghed hos borgeren – eller det kan være løsninger, der understøtter arbejdsmiljøet blandt medarbejderne.

Velfærdsteknologi inddrages i dag som en naturlig del af opgaveløsningen hos borgerne. Teknologierne bevilges i mange tilfælde som almindelige hjælpemidler gennem Myndighed Hjælpemidler, hvis der er berettigelse for en bevilling.

De tværfaglige teams har mulighed for at inddrage Sundheds-, Ældre- og Handicapforvaltningens afdeling "Digitalisering og velfærdsteknologi" til sparring og hjælp til at finde relevante teknologier. "Digitalisering og velfærdsteknologi" kan være sparringspartner på behovsafdækning af problemer, hvor teknologier kunne indgå som løsningen eller en del af løsningen.

Derudover bidrager afdelingen med projektledelse ved afprøvning og udvikling af teknologier og digitale løsninger.



DEL 2

**SÅDAN ARBEJDER
VI MED REHABILIT-
TERINGSFORLØB**

I Hjørring Kommune bevilges rehabilitering efter §83a som et tidsafgrænset forløb på 12 uger. Heri ligger, at forløbet kan vare op til 12 uger, og at forløbet afsluttes, hvis borgeren har nået sine mål inden.

Et rehabiliteringsforløb forudsætter altid, at borgeren har ressourcer til og er motiveret for at blive helt eller delvis selvhjulpent. Når en borger visiteres til §83a, er formålet med indsatsen altid, at borgeren opnår et højere funktionsniveau på et eller flere områder.

Ved rehabilitering er der fokus på den bagvedliggende årsag til funktionsnedsættelsen og på at finde metoder og tilgange til hjælpen, der vækker borgerens interesse og motivation for at deltage og træne. Indsatsen kan f.eks. bestå i træning gennem aktiviteter, træning der relaterer til de underliggende årsager til funktionsnedsættelsen samt forbedring af funktionsniveau ved hjælp af hjælpemidler og strukturering.

Rehabilitering er en tværfaglig indsats, hvor et tværfagligt team tilrettelægger indsatsen i samarbejde med borgeren, så den faglige tilgang og de valgte metoder understøtter og hjælper borgeren til at nå sine mål. Gennem hele forløbet er det borgerens ressourcer og mål, der er styrende for indsatsen.

I Hjørring Kommune består de tværfaglige teams af social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter, primærsygeplejersker, visitatorer fra Myndighed Ældre, sagsbehandlende ergoterapeuter fra Myndighed Hjælpemidler, planlæggere, afdelingsledere og eventuelt også andre faggrupper. Der afholdes ugentlige tværfaglige konferencer hos leverandørerne af hjemmehjælp.

Til alle rehabiliteringsforløb i Hjørring Kommune knyttes en forløbsansvarlig. Den forløbsansvarlige har til opgave at følge og koordinere den tværfaglige indsats og skal desuden sikre, at indsatsen følger borgerens mål og aktuelle behov.

Hvis borgeren ved rehabiliteringsforløbets afslutning, eller tidligere, er blevet selvhjulpent, afsluttes indsatsen. Hvis borgeren fortsat har behov for hjælp, bevilges der hjemmehjælp. Det kan også, i nogle tilfælde, være nødvendigt at afbryde forløbet, hvis borgeren alligevel ikke har ressourcer til at udvikle sit funktionsniveau eller er kommet til at fungere meget dårligere. I så fald bevilges borgeren i stedet hjemmehjælp. I rehabiliteringsforløbets uge 2 skal det derfor altid vurderes tværfagligt, om borgeren har udbytte af rehabiliteringsforløbet.

VISITATION, LEVERING OG AFSLUTNING

Myndighedsprocessen

Når en borger får brug for hjemmehjælp, kontaktes Myndighed Ældre. Det kan bl.a. ske via henvendelse fra borgeren eller pårørende, sygehus eller praktiserende læge. Visitatoren mødes, som oftest, herefter med borgeren og eventuelt dennes pårørende.

Visitatoren påbegynder ved dette møde udredningen af borgerens funktionsevne og indsamler de generelle oplysninger, f.eks. livshistorie, mestring, vaner, ressourcer mm. (jævnfør FS3, den generiske procesmodel). På grundlag heraf finder visitatoren ud af, om borgeren er berettiget til hjemmehjælp og træffer herefter en afgørelse.

Hvis konklusionen er, at borgeren er berettiget til hjemmehjælp og visitatoren vurderer, at borgeren er motiveret for og vil kunne forbedre sine funktioner gennem et rehabiliteringsforløb, bevilges borgeren et rehabiliteringsforløb på 12 uger. Borgeren vælger desuden den leverandør af hjemmehjælp som ønskes.

I forbindelse med visitationen fastsætter visitator, i dialog med borgeren, det retningsgivende mål og formålet med indsatsen, og der bevilges en konkret ydelse.

Det retningsgivende mål:

- ▶ Ved et rehabiliteringsforløb er det retningsgivende mål altid "rehabilitering".
- ▶ Ved et hjemmehjælpsforløb kan det retningsgivende mål være enten "aktiverende" eller "kompenserende" – og i nogle tilfælde begge dele.

Formål:

- ▶ Formålet vil altid relatere til et af de indsatsområder, som er omfattet af Hjørring Kommunes kvalitetsstandard, f.eks. personlig hygiejne, måltider, af- og påklædning, toiletbesøg, indkøb af dagligvarer, rengøring og tøjvask. Visitatoren udarbejder formålet sammen med borgeren – så borgeren er bekendt med dét, der sættes i værk.

Pakke:

- ▶ Hjemmehjælpen udmåles i form af en af pakkerne fra Hjørring Kommunes "pakkemodel". Pakkens navn, størrelse mm. er udelukkende til administrativt brug.

Igennem hele rehabiliteringsforløbet er visitator fra Myndighed Ældre ansvarlig for opfølgning og revurdering af de forventede tilstande.

Andre indsatser

Mange borgere kan samtidigt med §83a også få bevilget f.eks. sygeplejeydelser, genoptræning og/eller eventuelt rehabiliteringsforløb for kronikere.

- ▶ Primærsygeplejen er myndighed ift. SUL §138. Det betyder, at primærsygeplejen udreder tilstande og bestiller en ydelse på grundlag af de informationer, som modtages fra f.eks. sygehus, praktiserende læge samt borgeren selv.
- ▶ Træningsenhedens terapeuter er myndighed ift.:
 - Genoptræning efter sygehusophold, SUL §140.
 - Genoptræning på baggrund af lægehenviisning, borgerens egen henvendelse, pårørendes henvendelse, hjemmepleje, sygepleje, forebyggende medarbejdere, §86 stk. 1 og stk. 2.
 - Vedligeholdende træning efter lægehenviisning, SUL §140a.

- ▶ Sundhedskonsulenterne i Borgersundhed er myndighed ift. rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske sygdomme, SUL §119. Henvendelse kan ske via egen læge eller sygehus, eller ved at borgeren selv henvender sig.

Udenfor Myndighed Ældres træffetid vil der nogle gange være borgere, der har brug for akut iværksættelse af hjemmehjælp, f.eks. i forbindelse med udskrivelse fra sygehus. I sådanne tilfælde vil det være en sygeplejerske, der har ansvaret for at vurdere, hvilken type hjælp borgeren, i første omgang, har brug for. Sygeplejersken visiterer ydelsen: "Opstart uden visitation", og borgeren bliver indenfor de næste 5 dage vurderet af en visitator fra Myndighed Ældre, hvis der er et fortsat behov for hjælp⁵.

Når hjemmehjælp tilbydes som en akut indsats, skal det præciseres overfor borgeren, at rehabilitering kan være en mulighed senere hen.

Den afsluttende opfølgning

Når et rehabiliteringsforløb nærmer sig sin afslutning, og senest i uge 10 af forløbet, drøfter den forløbsansvarlige, kontaktpersonen og borgeren, om, og i hvilket omfang, borgeren er blevet selvhjulpent eller fortsat har brug for hjemmehjælp. Hvis borgeren fortsat har brug for hjælp, tages der stilling til indsats og omfang i forbindelse med, at man på tværfaglig konference afslutter rehabiliteringsforløbet. I nogle tilfælde vil visitator revurdere borgerens funktionsevnetilstande forud for stillingtagen til hjemmehjælp.

TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Tværfagligt samarbejde er en interaktion mellem repræsentanter fra forskellige fag. Formålet med tværfagligt samarbejde er, at vi udnytter den samlede faglige kompetence – og på tværs af faglighederne tilsammen bliver endnu mere fagligt skarpe.

Når vi indgår i tværfagligt samarbejde, er det vigtigt, at vi også hver især er helt klar over, hvilken monofaglighed vi byder ind med.

Vores monofaglige kompetencer er nemlig meget vigtige for, at vi opnår det bedst mulige tværfaglige samarbejde. I denne forbindelse er det væsentligt, at vi hver især kender til funktionsbeskrivelserne for vores roller og arbejdsfunktioner⁶.

Tværfagligt samarbejde handler om, at vi fra forskellige faggrupper arbejder sammen mod et fælles defineret mål, borgerens mål, med udgangspunkt i egen og fælles faglighed.



⁵ Arbejdsgang for "Opstart uden visitation" findes i Cura Hjælp.

⁶ Funktionsbeskrivelser for hhv. roller og arbejdsfunktioner for medarbejdere på Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet findes i Hjørring Kommunes E-håndbog for området. På de følgende sider er roller og funktioner beskrevet ud fra indholdet i de eksisterende funktionsbeskrivelserne.

Netop denne form for samarbejde har stor betydning for "Fremtidens hjemmehjælp", da både hjemmehjælp og rehabilitering er forankret i tværfaglige teams. Derfor er det vigtigt at vide, hvad det vil sige at arbejde tværfagligt, og hvordan vi arbejder tværfagligt i Hjørring Kommune.



*Et fag kan kun se det, det kan se.
Det kan ikke se det, det ikke kan se.
Det kan heller ikke se, at det ikke kan se det, det ikke kan se*

Luhman, 1982



TVÆRFAGLIGE TEAMS

Tværfagligt samarbejde kræver, at der sættes tid af til samarbejdet og at dette prioriteres. I Hjørring Kommune er vores tværfaglige samarbejde ift. §83a og §83 forankret i tværfaglige teams.

Det tværfaglige team består af:

- ▶ Medarbejdere fra den pågældende leverandør af hjemmehjælp (social- og sundhedsmedarbejdere, planlægger og afdelingsleder/ledende medarbejder), ergo- og fysioterapeut fra Træningsenheden, sygeplejerske fra Primærsygeplejen, visitator fra Myndighed Ældre samt sagsbehandlende ergoterapeut fra Myndighed Hjælpe-midler

Ved den private leverandør deltager kommunens visitatorer, sagsbehandlende ergoterapeuter, sygeplejersker og terapeuter i det tværfaglige team. Ydelsen bestilles, planlægges og leveres som ved kommunale forløb.

Det tværfaglige team skal sikre, at både rehabilitering og hjemmehjælp planlægges og leveres med fokus på "hjælp til selvhjælp". Indsatsen skal altid tage udgangspunkt i et helhedsorienteret og sammenhængende borgerperspektiv. Den helhedsorienterede tilgang skal medvirke til at sikre, at den tværfaglige indsats også koordineres med øvrige fagområder på Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet.



Figur 3: Borgers mål og behov

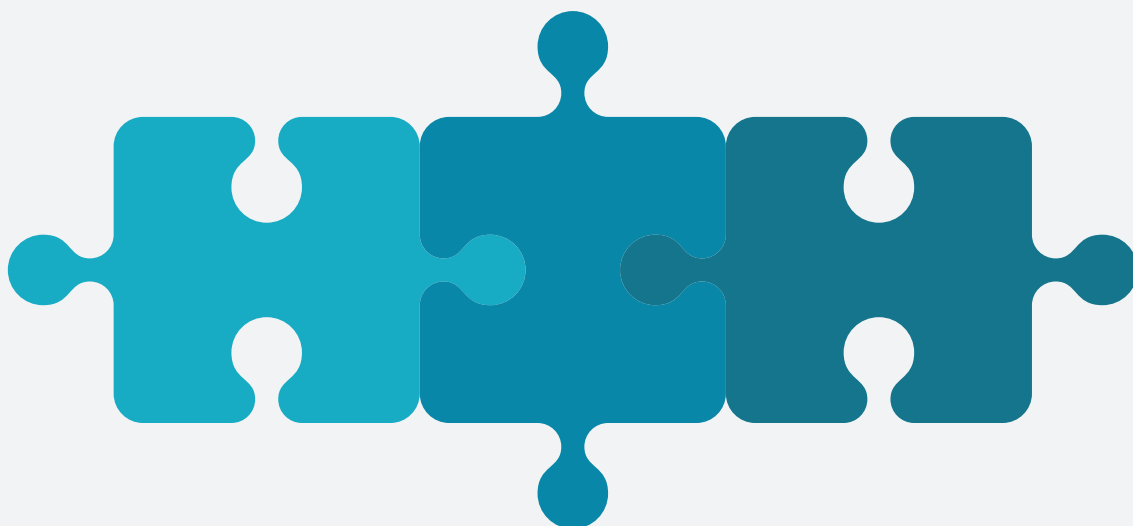
I det tværfaglige team drager vi fordel af, at alle faggrupper har specifikke kompetencer, som er værdifulde for, at borgeren kan nå sine mål. Vi deler vores kompetencer og informationer med hinanden, og vi bidrager med viden afhængigt af, hvordan den enkelte medarbejders fagkompetencer kan bringes i spil i det enkelte forløb.

Når vi indgår i et tværfagligt team, har vi følgende som udgangspunkt:

- ▶ Vi bruger vores faglighed og bidrager aktivt til samarbejdet.
- ▶ Vi har kendskab til og respekt for de øvrige faggruppers fagligheder.
- ▶ Vi giver plads til, at alle kan udtrykke deres mening.
- ▶ Vi giver hinanden anerkendende og konstruktiv feedback
- ▶ Vi erstatter personlige ambitioner med faglige ambitioner.
- ▶ Vi er motiverede for at være en del af det tværfaglige samarbejde.

Graden af tværfagligt samarbejde vil variere fra forløb til forløb afhængig af borgerens problemstillinger og formålet med indsatsen. Der vil således være forløb, der kræver ingen eller kun minimalt tværfagligt samarbejde i forhold til såvel visitation som tilrettelæggelse og udførelse af indsatsen. Andre forløb vil kræve massiv, og vedvarende, tværfaglighed ved såvel visitation og planlægning som ved udførelse og opfølgning. Derudover vil der i nogle forløb også være behov for at inddrage helt andre tværfaglige samarbejdspartnere udenfor det tværfaglige team.

Sammenhæng i det enkelte borgerforløb sikres gennem klare retningslinjer og procedurer for overbringelse af borgerens mål og problemstillinger fagpersonerne imellem. Herunder også klarhed om, hvilke oplysninger der dokumenteres. Den tværfaglige indsats skal være hensigtsmæssig og effektiv, set i såvel borgerperspektiv som i et fagligt og økonomisk perspektiv. I teamet skal der være klarhed over, hvilke fagpersoner der har hvilke opgaver og kompetencer, både i forhold til opgaver internt i teamet på konferencerne og i de enkelte borgerforløb.



Grundlæggende gælder for det tværfaglige team

- Det tværfaglige team er et ligeværdigt fællesskab, hvor medlemmerne har en fælles opfattelse af, hvad der er målet, og hvordan dette i fællesskab skal realiseres.
- I det tværfaglige team er gensidig tillid og respekt for hinandens faglige og personlige kompetencer udgangspunktet for opgave- og ansvarsfordeling.
- Det tværfaglige team er en dynamisk enhed, der kan skabe de nødvendige rammer for teamets trivsel og effektivitet, og hvor de enkelte teammedlemmers faglige kompetencer inddrages aktivt.
- Det tværfaglige team har ansvar for vidensdeling i et udviklende samarbejde og et godt arbejdsmiljø i teamet.
- Det tværfaglige team har ansvar for at højne egen udvikling og faglighed, blandt andet gennem deltagelse i uddannelsestilbud/sidemandsoplæring.

Formålet med det tværfaglige team er

- At sikre, at borgere med rehabiliteringspotentiale motiveres og støttes i at blive selvhjulpne eller mest muligt selvhjulpne.
- At sikre, at borgere der ikke kan blive i stand til, hverken helt eller delvist, at blive selvhjulpne, får den nødvendige hjælp.
- At reagere på observeret udviklingspotentiale hos borgerne.
- At reagere på observerede ændringer i borgernes behov for hjælp/pleje.
- At udvikle/videreudvikle teamets tværfaglige- og monofaglige funktioner set i borgerperspektiv.

Det tværfaglige teams opgaver er

- I direkte dialog at tilrettelægge og koordinere indsatser af tværfaglig relevans.
- At være sparringsforum for alle indsatser, både rehabilitering og hjemmehjælp.
- Med udgangspunkt i formål, retningsgivende mål (bevilling) og direkte borgerinddragelse, at formulere mål og planlægge indsatsen.
- At gennemføre tværfaglige forløb og sikre, at relevante fagpersoner/samarbejdspartnere er opdateret omkring borgerens aktuelle status.
- Medvirke til løbende at følge op på, og justere indsatsen, ud fra borgerens aktuelle situation og mål.
- At dokumentere teamets beslutninger, mål og opfølgning.
- At undervise og vejlede de øvrige teammedlemmer i eget kompetenceområde.

Principperne for den tværfaglige forankring gælder for alle leverandører af hjemmehjælp og rehabilitering i Hjørring Kommune, det vil sige både den kommunale hjemmepleje og den private leverandør

Særlige funktioner i det tværfaglige team

Når vi arbejder tværfagligt, er der mange forskellige faggrupper involveret i hvert enkelt forløb.

Til at sikre overblik over de enkelte rehabiliteringsforløb, og som bindeled mellem borgeren og hjemmeplejen, indgår der i "Fremtidens hjemmehjælp" forløbsansvarlige og kontaktpersoner. Derudover har den mødeansvarlige på konferencen en særlig vigtig funktion, som er afgørende for selve afviklingen af den tværfaglige konference.

Disse funktioner beskrives i det følgende:

Forløbsansvarlig

For at kunne give borgeren et koordineret og sammenhængende rehabiliteringsforløb, er det nødvendigt, at én medarbejder har overblikket over det enkelte forløb og den tværfaglige indsats. Denne opgave varetages af en forløbsansvarlig. Den forløbsansvarlige er enten en social- og sundhedsassistent, en sygeplejerske eller en terapeut fra det tværfaglige team, alt efter borgerens behov og helbredsmæssige tilstand.

Den der er udpeget som forløbsansvarlig kan til enhver tid trække på teamets øvrige fagligheder ift. specifik udredning, vurdering og sparring ift. en borger.

Den forløbsansvarlige udvælges primært ud fra formålet med borgerens rehabiliteringsforløb set ift. faglige kompetencer. I det tværfaglige team understøtter alle aktører dog hinanden ift. rollen som forløbsansvarlig forstået på den måde, at det nogle gange er nødvendigt at prioritere rollefordelingen ud fra hvilke ressourcer, der aktuelt er til rådighed i teamet.

Den forløbsansvarlige fungerer som gennemgående tovholder på borgerens indsats. Den forløbsansvarlige har det faglige ansvar for koordinering af den tværfaglige udredning og indsats i forbindelse med et forløb. Dertil kommer ansvaret for, at andre relevante faggrupper/samarbejdspartnere samt pårørende inddrages. Ofte vil det være borgerens kontaktperson, der helt konkret varetager inddragelsen af andre faggrupper og de pårørende – men den forløbsansvarlige har ansvaret for, at dette altid medtænkes. Den forløbsansvarlige og kontaktpersonen sparrer løbende med hinanden igennem hele borgerens rehabiliteringsforløb.



I rehabiliteringsforløb er det den forløbsansvarlige, der har ansvaret for kontinuitet og fremdrift i indsatsen. Dette inkluderer bl.a. ansvaret for, at der afholdes målsamtale med borgeren og at borgerens mål formuleres som SMARTE mål samt dokumenteres.

På konferencen er det den forløbsansvarliges opgave at gøre status på "egne" borgere, når de er på dagsordenen. Det er også den Forløbsansvarliges ansvar, at målene evalueres og at eventuelle nye mål opstilles, så indsatsen er tilpasset borgerens situation.

I slutningen af borgerens rehabiliteringsforløb er det den forløbsansvarliges ansvar, at der laves en afsluttende opfølgning på hele forløbet. Dette koordineres og udføres i samarbejde med borgerens kontaktperson. I nogle tilfælde laves der et afsluttende besøg hos borgeren med både den forløbsansvarlige og kontaktpersonen. I andre tilfælde følger kontaktpersonen op på forløbet sammen med borgeren.

Borgeren kan også tildeles en forløbsansvarlig, hvis borgeren får hjemmehjælp og/eller sygepleje, men pludselig viser tegn på at være blevet dårligere. Dette kan være en social- og sundhedsassistent eller en sygeplejerske afhængig af kompleksiteten i borgerens forløb.

Kontaktperson

Det tværfaglige team udpeger enten en social- og sundhedshjælper eller en social- og sundhedsassistent til at være kontaktperson for en borger i §83a-forløb. Alle borgere der får hjemmehjælp tildeles altid en kontaktperson.

Det er kontaktpersonens opgave at medvirke til, at borgeren oplever sammenhæng og en overskuelig hverdag herunder:

- ▶ At støtte borgeren i "hjælp til selvhjælp".
- ▶ At skabe og fastholde en hensigtsmæssig relation til borgeren baseret på gensidig tillid, bl.a. ved at være opdateret om borgerens aktuelle situation.
- ▶ I samarbejde med planlægger og afdelingsleder at være ansvarlig for kontinuitet i borgerforløbet, herunder at indsatsen hos borgeren hovedsageligt varetages af kontaktpersonen.

Kontaktpersonen er hovedansvarlig for kontakten til borgeren og dennes pårørende. Det er således kontaktpersonens ansvar, at borgeren får de rette informationer, og at relevante oplysninger om borgeren dokumenteres og evt. viderebringes til det tværfaglige team. Kontaktperson er som udgangspunkt den medarbejder, der kommer oftest hos borgeren.

Det er kontaktpersonens opgave at være opmærksom på, at information om ændringer i borgerens funktions- evne er dokumenteret i CURA samt at bidrage til, at det dokumenterede er opdateret⁷.

⁷ Se gældende aftaler vedr. dokumentation i Aftalekataloget, som findes i Cura Hjælp.

Kontaktpersonen og borgerens forløbsansvarlige har sammen ansvaret for, at borgeren drøftes på den tværfaglige konference, og at dokumentationen er opdateret inden den tværfaglige konference. Det er derfor vigtigt, at kontaktpersonen tager ansvar for at deltage i de tværfaglige konferencer, når egne borgere er på dagsordenen – og ellers give andre besked med.

Sammen med den forløbsansvarlige har kontaktpersonen medansvar for, at forløbet afsluttes når borgerens mål er nået. I nogle tilfælde laves der et afsluttende besøg hos borgeren med både den forløbsansvarlige og kontaktpersonen. I andre tilfælde følger kontaktpersonen selv op på forløbet og på borgerens mål, sammen med borgeren.

Kontaktpersonens arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ Være særligt opmærksom på at få opdateret besøgsplan og få dokumenteret afvigelser i borgerens funktions- evnetilstand i form af observationer.
- ▶ Bringe ny borgerproblematik op på tværfaglige konferencer – med stor opmærksomhed på tidlig opsporing af sygdom.
- ▶ I samarbejde med ergoterapeuten, fysioterapeuten samt den sagsbehandlende ergoterapeut i det tværfaglige team at vurdere, om hjælpemidler vil kunne gøre borgeren mere selvhjulpen.
- ▶ Videregive relevante oplysninger/ændringer til samarbejdspartnere i det tværfaglige team.
- ▶ Sætte borgeren på dagsordenen, i fornødent omfang, i samarbejde med den eventuelle forløbsansvarlige.

Mødeansvarlig på de tværfaglige konferencer

På de tværfaglige konferencer hos den kommunale leverandør af hjemmehjælp er det hjemmeplejens afdelingsledere, der leder og faciliterer konferencen. Ved afbud fra den faste mødeansvarlige aftales afløsning med én af teamets sygeplejersker eller terapeuter i god tid inden mødets afholdelse, hvis dette er muligt. Hvis der er behov for opfølgning efter konferencen, videregiver afløseren dette til den faste mødeansvarlige, som følger op på aftaler, spørgsmål mm.

Hos den private leverandør er den mødeansvarlige en ledende medarbejder. Ved behov for afløsning kan en planlægger, med de rette kompetencer ift. mødeledelse- og facilitering, tage over.

Det er vigtigt, at den mødeansvarlige kender til alle aftalerne i "Fremtidens Hjemmehjælp" for at kunne facilitere den tværfaglige konference på tilstrækkelig vis. Den mødeansvarlige har bl.a. ansvaret for at sikre en systematisk tilgang til den enkelte borger og skal have et vedvarende fokus på den rehabiliterende, aktiverende og/eller kompenserende tilgang i de enkelte borgerforløb. Det er et ledelsesansvar at sikre teamorganiseringen i den enkelte afdeling med respekt for de vedtagne tværfaglige organiseringer.

I forhold til teamets samspil skal den mødeansvarlige sikre, at alle teammedlemmer kommer til orde med relevante input, og at kommunikationen på og udenfor konferencerne er faglig, professionel og anerkendende.

Et møde bliver et godt møde, når det afvikles på en god og konstruktiv måde, så alle deltagere føler sig hørt og respekteret. Vi har altid selv ansvaret for vores egen kommunikation, men en god mødeansvarlig kan hjælpe den indbyrdes kommunikation godt på vej.

Der er forskel på mødeledelse og mødefacilitering – og den forskel er det brugbart at kende til. Nogle gange kan mødeledelse og mødefacilitering varetages af én og samme person, men rollerne kan f.eks. også fordeles på to personer, hvis det giver mening i et møde.

Mødeledelse

Mødeledelse handler om rammer, indhold og forløb i et møde.

God mødeledelse indebærer bl.a. at sørge for, at møder altid starter og slutter til den planlagte tid. Undervejs i mødet sættes rammerne løbende og det sikres, at dagsordenen følges undervejs. Den gode mødeleder har fokus på, at vi taler efter tur, og mødelederen skærer igennem, når samtalen ikke længere gavner mødets formål.

Det er mødelederens opgave at starte mødet med at opridse formålet med mødet og kort gennemgå dagsordenen. På de tværfaglige konferencer anbefales det at starte med en kort præsentationsrunde på hvert møde, da deltagerkaren ofte er lidt forskellig og ændres jævnligt. Det er også vigtigt, at mødelederen på de tværfaglige konferencer f.eks. har fokus på, at alle deltagere sidder omkring samme bord – det er vigtigt for, at man føler sig inkluderet i mødet.

Mødelederen skal medvirke til at sikre, at der undervejs i mødet træffes beslutninger og at der dokumenteres – samt at det er klart for alle, hvem der gør hvad.

Med andre ord handler mødeledelse om at sikre, at der er et tydeligt hvem, hvad og hvornår for alle opgaver.



Mødefacilitering

Ordet facilitering kommer af det latinske *facili*, som betyder "at gøre let". I forhold til et møde betyder det, at facilitering letter processen i mødet, og at vi ledes godt igennem mødets indhold. Den der faciliterer et møde skal således styre mødets proces, så indhold og formål fremmes bedst muligt.

Derudover er det vigtigt, at mødefacilitering er aktivt understøttende, guidende og høfligt indgribende på en anerkendende måde. Mødefacilitering indebærer også et inkluderende ansvar. Det vil sige, at den enkeltes frihed til at ytre sig skal sikres, men der skal samtidigt også ske en retfærdig fordeling af taletiden.

Den gode mødedeltager

God mødeledelse og god mødefacilitering lykkes ikke uden gode mødedeltagere. Dét at deltage i møder skal ses som en af de arbejdsopgaver, vi har for at løse vores kerneopgave. Det er vores fælles opgave og ansvar, at møderne giver størst muligt udbytte for alle – så det i sidste ende også kommer borgeren til gode. Det er desuden et fælles ansvar at kende formålet med de møder, vi går til.

Den gode mødedeltager kommer til tiden. Hvis man bliver forsinket, skal den mødeansvarlige informeres inden mødet starter, eller kollegerne kan tage besked med om, at man kommer senere.

Den gode mødedeltager har forberedt sig inden mødet. Det er vigtigt for et effektivt møde, at deltagerne på forhånd f.eks. har forholdt sig til dagsordenen, har overvejet eventuelle spørgsmål man kunne have, eller har gjort sig tanker om forhold der bør drøftes med de øvrige deltagere i det tværfaglige team. Når vi er velforberedte, er det lettere for os at få kommunikeret vores budskaber klart og præcist til de andre deltagere. Dermed hjælper vi også hinanden med at overholde tiden på mødet.

"Mødeforstoppelse"

Nogle møder skrider alligevel for os – selvom alle deltagere gør deres bedste. "Mødeforstoppelse" opstår når tiden skrider for os. Det kan f.eks. være, når nogle punkter er mere komplicerede, end vi troede, når nye punkter dukker op i sidste øjeblik, eller når vi ikke har styret mødet stramt nok.

I det tilfælde er det vigtigt, at den mødeansvarlige griber ind i tide, inden mødet slutter, og udskyder nogle af punkterne, eller indkalder til et ekstra møde med evt. udvalgte deltagere.

"Mødeforstoppelse" kan altså forebygges med god mødeledelse. Det er altid den mødeansvarliges ansvar, at tiden overholdes, men mødedeltagerne skal også hjælpe til.

God mødefacilitering undervejs i mødet kan også forebygge "mødeforstoppelse". Den mødeansvarlige kan gennem sin facilitering understøtte, at dialogen fokuseres og at drøftelser føres til en afslutning. På den måde guides mødet sikkert henimod en afslutning, hvor alle har medejerskab og føler sig hørt, og hvor mødet kommer i mål – til tiden.



Faggruppernes opgaver i det tværfaglige samarbejde

Når man indgår i det tværfaglige samarbejde, er der nogle opgaver, som alle har ansvar for at løse. For at det tværfaglige samarbejde kan lykkes, må hver faggruppe påtage sig nogle særlige opgaver. Derudover er det vigtigt, at alle er bevidste om egen faglighed og kender til de andre teammedlemmers faglighed.

I det tværfaglige samarbejde har alle til opgave at:

- ▶ sikre, at de rette fagkompetencer bringes i spil i rette omfang.
- ▶ sikre, at der i teamet er et udviklende samarbejde med vidensdeling faggrupperne imellem samt et godt arbejdsmiljø.
- ▶ sikre, at borgeren støttes, motiveres og medinddrages i hele forløbet.
- ▶ medvirke til at alle i teamet arbejder sammen med borgeren omkring borgerens mål.
- ▶ medvirke til at sikre, at relevant dokumentation omkring borgeren er opdateret.
- ▶ medvirke til at evaluere borgerforløb.

I det følgende afsnit beskrives de opgaver, de enkelte faggrupper varetager i teamet samt deres arbejdsopgaver i forhold til det tværfaglige teamsamarbejde.

Social- og sundhedshjælper

Social- og sundhedshjælperen er den medarbejder, der er tættest på borgeren i det daglige ift. praktiske og personlige opgaver, herunder også grundlæggende sygeplejeopgaver. Herigennem får social- og sundhedshjælperen en god indsigt i og føling med borgerens livssituation og ønsker.

Social- og sundhedshjælperen skal desuden observere og reagere på, samt dokumentere, fysiske, psykiske og sociale forandringer og symptomer på ændret sundhedstilstand.

Social- og sundhedshjælperen bringer sin viden om borgerens aktuelle tilstand og sine daglige observationer ind i det tværfaglige team, og bidrager til processen omkring tværfaglige mål, handlinger og evaluering.

Social- og sundhedshjælperen arbejder ud fra hjælp til selvhjælps-tankegangen i samtlige hjem.



Social- og sundhedshjælperens arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ Arbejde tværfagligt sammen med social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, terapeuter, visitatorer fra Myndighed Ældre, sagsbehandlende ergoterapeuter og afdelingsleder i teamet om tidlig opsporing af enhver form for forandring, herunder at observere og dokumentere samt medvirke til opstilling af mål og handlinger for den enkelte borger.
- ▶ Løbende dokumentere i borgerjournalen i Cura.
- ▶ Indgå aktivt og fagligt i tværfaglige konferencer.

Social- og sundhedsassistent

Social- og sundhedsassistenten er, ligesom social- og sundhedshjælperen, tæt på borgeren i det daglige ift. praktiske og personlige opgaver. Herunder også grundlæggende og, i et vist omfang, komplekse, stabile sygeplejeopgaver.

Social- og sundhedsassistenten arbejder med vedvarende fokus på den rehabiliterende, aktiverende og kompenserende tilgang til den enkelte borger, og skal herunder sikre en kontinuerlig udvikling og refleksion.

Social- og sundhedsassistenten skal desuden observere, reagere på samt dokumentere fysiske, psykiske og sociale forandringer og symptomer på ændret sundhedstilstand hos borgeren. Social- og sundhedsassistenten bringer sin viden og sine observationer vedrørende borgeren med til det tværfaglige team, og bidrager til processen omkring tværfaglige mål, handlinger og evaluering.

Social- og sundhedsassistenten skal sikre, at der arbejdes ud fra hjælp til selvhjælps-tankegangen i samtlige hjem.

Social- og sundhedsassistenten kan være forløbsansvarlig i forhold til afgrænsede, ikke-komplekse forløb.

Social- og sundhedsassistentens arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ Være forløbsansvarlig.
- ▶ Samarbejde tværfagligt med social- og sundhedshjælper, sygeplejersker, terapeuter, visitatorer fra Myndighed Ældre, sagsbehandlende ergoterapeuter og afdelingsleder i teamet omkring tidlig opsporing af enhver form for forandring, herunder at observere og dokumentere samt tage ansvar for opdateret dokumentation i borgerjournalen i Cura.
- ▶ Indgå aktivt og fagligt i tværfaglige konferencer.



Primærsygeplejerske

Sygeplejersken er ansvarlig for at udføre, formidle og lede sygepleje, der er af såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende og forebyggende som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter.

Sygeplejersken bringer det sundheds- og sygeplejefaglige aspekt ind i det tværfaglige team i forhold til de enkelte borgerforløb og sikrer, at der er fokus på, og arbejdes målrettet med, borgerens helbredsmæssige situation samt forebyggelse. Sygeplejersken vejleder teamet i forhold til det sundheds- og sygeplejefaglige område, og bidrager med den sygeplejefaglige vinkel på den enkelte borgers forløb

Sygeplejersken er primært forløbsansvarlig i forløb, hvor sygeplejemæssige problemstillinger hos borgeren er i fokus.

Myndighed sygepleje

Sygeplejersken har med sin myndighedsopgave ansvar for at udrede, visitere og følge op på sundhedslovsindsatser. I henhold til sundhedslovens §138 skal sygeplejersken udrede, om en borger har potentielle og/eller aktuelle problemer indenfor de 12 sygeplejefaglige problemområder. På baggrund af den sygeplejefaglige udredning af den enkelte borger foretager sygeplejersken en faglig vurdering af borgerens helbredsmæssige situation og kompleksiteten i det identificerede sundhedsproblem.

Fokus på delegering af opgaver fra sygeplejersker til social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter samt fokus på afslutning af opgaver er en vigtig del af sygeplejerskens myndighedsopgave.

Sygeplejerskens arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ Være forløbsansvarlig.
- ▶ Vedvarende fokus på borgerens ressourcer, den rehabiliterende, aktiverende og kompenserende tilgang til den enkelte, herunder at sikre en kontinuerlig udvikling og refleksion.
- ▶ Medvirke til at sikre det sygeplejefaglige niveau omkring den enkelte borger i det tværfaglige samarbejde.
- ▶ Medvirke til at sikre medinddragelse af borgeren i hele processen.
- ▶ Medvirke til at sikre teamsamarbejdet.
- ▶ Medvirke til at sikre, at de vedtagne beslutninger fra det tværfaglige samarbejde dokumenteres og udmøntes i konkrete indsatser hos borgeren.
- ▶ Medvirke til at sikre en opdateret dokumentation i borgerjournalen i Cura.
- ▶ Være mødeleder og -facilitator ved behov.

Ergoterapeut og fysioterapeut

Ergoterapeut

Ergoterapeuten arbejder med borgeren, som har svært ved at deltage i dagligdagens aktiviteter grundet nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Ergoterapeuten træner borgerens krop, psyke og hjerne og udvikler borgerens sanser og færdigheder i samarbejde med borgeren, så borgeren kan få en meningsfuld hverdag.

Ergoterapeuten er med til at sikre, at der er fokus på, og arbejdes målrettet med, aktivitet og træning i forhold til borgerens funktionsniveau samt fysiske, psykiske og sociale kompetencer.

Ergoterapeuten vejleder det tværfaglige team i forhold til det ergoterapeutfaglige område, f.eks. dysfagi, struktur på, og graduering af, daglige aktiviteter (f.eks. bad og påklædning).

Ergoterapeuten kan efter behov anvende relevante ergoterapeutiske tests og undersøgelsesredskaber, som kan bidrage til at vurdere borgerens funktionsniveau samt være behjælpelige til at afdække borgerens ressourcer og begrænsninger.

Ergoterapeuten kan deltage i vurderingen af relevante hjælpemidler samt vurdere og udlevere småhjælpemidler til afprøvning.

Ergoterapeuten er primært forløbsansvarlig i forløb, hvor ergoterapifaglige problemstillinger er i fokus hos borgeren.

Fysioterapeut

Fysioterapeuten arbejder med menneskets bevægeapparat (kroppen) gennem træning og bevægelse.

Fysioterapeuten er med til at sikre, at der er fokus på, og arbejdes målrettet med, aktivitet og træning i forhold til borgerens funktionsniveau samt fysiske, psykiske og sociale kompetencer.

Fysioterapeuten vejleder det tværfaglige team i forhold til det fysioterapeutfaglige område, f.eks. instruere i hjemmeøvelser og anden fysisk aktivitet. Fysioterapeuten kan efter behov anvende relevante fysioterapeutiske tests og undersøgelsesredskaber, som kan bidrage til at vurdere borgerens funktionsniveau samt være behjælpelige til at afdække borgerens ressourcer og begrænsninger.

Fysioterapeuten kan deltage i vurderingen af relevante hjælpemidler samt vurdere og udlevere småhjælpemidler til afprøvning.

Fysioterapeuten er primært forløbsansvarlig i forløb, hvor de fysioterapeutfaglige problemstillinger hos borgeren er i fokus.

Myndighed træning

Ergoterapeuter og fysioterapeuter har med deres myndighedsopgave ansvar for at udrede, vurdere, visitere og følge op på genoptræning efter sundhedslovens §140 samt servicelovens §86 stk. 1 og stk. 2.

Ergo- og fysioterapeutens arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ Være forløbsansvarlig.
- ▶ Planlægge, koordinere og udføre rehabilitering i samarbejde med borgeren, pårørende samt samarbejdspartnere i teamet.
- ▶ Løbende evaluere og justere indsatsen ud fra borgerens potentiale og mål.
- ▶ Motivere og støtte borgere i rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i den enkelte borgers individuelle mål.
- ▶ Integrere sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter i rehabiliteringsindsatsen.
- ▶ Vejlede i aktiviteter, der matcher borgerens ønsker og behov for vedligeholdelse af fysiske, kognitive og sociale kompetencer.
- ▶ Være medansvarlig for vidensdeling, et udviklende samarbejde og et godt arbejdsmiljø i teamet, blandt andet gennem anerkendende kommunikation.
- ▶ Indgå aktivt, og fagligt, i tværfaglige teamkonferencer.
- ▶ Være mødeleder og -facilitator ved behov.



Visitator fra Myndighed Ældre

Visitator fra Myndighed Ældre medvirker til at sikre fremdrift i arbejdet ved at støtte op om, kvalificere, dele viden og skabe refleksion om det tværfaglige samarbejde omkring borgerne.

Visitator orienterer det tværfaglige team om nye borgere, hvor der er lavet tilstandsudredning ift. borgerens funktionsevne og bevilget rehabiliterings- eller hjemmehjælpsforløb.

I forhold til igangværende forløb indgår visitator ved afslutning af forløbet, samt i vurderingen af behovet for en ændret indsats, hvis ændringsønskerne ikke kan rummes inden for det eksisterende formål og tidsramme.

Arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ At bidrage til den tværfaglige drøftelse af nye og igangværende borgere.
- ▶ Orienter om nye borgere, hvor der er lavet tilstandsudredning og taget stilling til bevilling og indsats, med fokus på formål og retningsgivende mål.
- ▶ Vurdere igangværende borgere og tage stilling til afslutning eller evt. ny bevilling og dokumentere i Cura.

Sagsbehandlende ergoterapeut fra Myndighed Hjælpemidler

Den sagsbehandlende ergoterapeut bidrager til den tværfaglige drøftelse af nye og igangværende borgere med særligt fokus på at bibringe viden om hjælpemidler og om, hvordan specifikke hjælpemidler vil kunne gøre borgeren helt eller delvist selvhjulpent.

På konferencen visiteres, i en vis udstrækning, de hjælpemidler, der vurderes at være behov for i det enkelte forløb, så den aftalte indsats kan iværksættes hurtigt muligt.

Den sagsbehandlende ergoterapeut bibringer desuden viden om, hvordan en borger ved brug af specifikke hjælpemidler selvstændigt kan udføre aktiviteter i dagligdagen.

Arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ At bidrage til den tværfaglige drøftelse af nye og igangværende borgere.
- ▶ At visitere de hjælpemidler, der vurderes at være behov for, så den aftalte indsat kan iværksættes hurtigt.
- ▶ At bibringe viden om, hvordan borgeren ved brug af specifikke hjælpemidler selvstændigt kan udføre aktiviteter i dagligdagen.

Planlægger

Planlæggeren har ansvaret for dagsordenen til den tværfaglige konference. Dette indebærer bl.a., at rehabiliteringsborgerne sættes på dagsordenen efter de aftalte tidsintervaller undervejs i hele forløbet.

Planlæggerens opgave i det tværfaglige team er at sikre kontinuitet i forhold til, hvilke medarbejdere der kommer hos den enkelte borger, samt at sikre, at udmøntning af aftaler om tidsramme og tidspunkter samt eventuelle fælles besøg hos borgerne planlægges i Cura Plan.

Planlæggeren tilrettelægger og disponerer social- og sundhedsmedarbejdernes tid og opgaver i Cura Plan.

Planlæggers arbejdsopgaver i det tværfaglige team

- ▶ Udarbejde og vedligeholde dagsordenen.
- ▶ Deltage i den tværfaglige konference som en ligeværdig part i det tværfaglige team.
- ▶ Medansvarlig for at konferencen afholdes struktureret og effektivt.
- ▶ Ajourføre disponering i Cura Plan.



TVÆRFAGLIGE KONFERENCER

Når borgeren er bevilget et §83a-forløb af visitator for Myndighed Ældre står det tværfaglige team for den videre planlægning og koordinering af forløbet. Dette gøres på de tværfaglige konferencer, der afholdes en gang om ugen hos alle leverandører af hjemmehjælp.

Deltagelse i konferencerne skal prioriteres højt af alle teammedlemmer, så der opnås størst muligt fagligt udbytte – hvilket kommer borgeren til gode.

Organisering af de tværfaglige konferencer

Tværfaglige konferencer hos den kommunale leverandør af hjemmehjælp varer 1 time og består udelukkende af medarbejdere ansat hos Hjørring Kommune.

Tværfaglige konferencer hos den private leverandør varer 1 time, og her deltager social- og sundhedsmedarbejdere, planlægger og en ledende medarbejder fra den private leverandør. Desuden deltager sygeplejersker, terapeuter, visitatorer og sagsbehandlende ergoterapeuter fra Hjørring Kommune.

Hos den kommunale leverandør er det afdelingslederen for den enkelte hjemmeplejeafdeling, der er mødeansvarlig på konferencen. Hvis afdelingslederen er forhindret i at deltage i konferencen, delegeres denne opgave til en af teamets sygeplejersker eller terapeuter. Hos den private leverandør er det en ledende medarbejder, der er mødeansvarlig på den tværfaglige konference.

Konferencer for nat- og aftenteams

For at skabe sammenhængende forløb, arbejder aften- og natteams også med rehabilitering. De forløbsansvarlige skal derfor altid være opmærksomme på, at borgerens mål skal omhandle aktiviteter i hele døgnet.

Aften- og natteams afholder tværfaglig konference ca. én gang pr. måned af ½ times varighed. Konferencen kan typisk afholdes i forbindelse med et personalemøde.

På konferencer for aftenteams deltager social- og sundhedsmedarbejdere med aftenvagter, aftensygeplejersker, planlægger samt afdelingsleder/ledende medarbejder fra leverandøren af hjemmehjælp. Terapeuter deltager ad hoc og deltager evt. på videomøder.

På konferencer for natteams deltager social- og sundhedsmedarbejdere med nattevagter, natsygeplejersker, planlægger samt afdelingsleder/ledende medarbejder fra leverandøren af hjemmehjælp. Terapeuter deltager ad hoc og evt. på videomøder.

Afvikling af den tværfaglige konference

Det er først og fremmest vigtigt for konferencens afvikling, at de borgerforløb, der drøftes på mødet, er velforbredte og veldokumenterede. På den måde er der grundlag for, at der, så vidt muligt, kan gives målrettet sparring og træffes konkrete beslutninger på konferencen.

Den aktuelle dokumentation i borgerjournalen i Cura er omdrejningspunktet for såvel forberedelse til konferencen som for de aftaler og beslutninger, der træffes på konferencen. Beslutningerne dokumenteres, så vidt muligt, undervejs i konferencen. Ellers gøres det klart, hvem der efterfølgende har ansvaret. Alle aktører følger undervejs i konferencen med i borgerjournalen på tablet eller PC.

Den tværfaglige konference er opdelt i tre dele:



Den tre-delte konference

1. del: Gennemgang af nye borgere

- ▶ Visitator fra Myndighed Ældre orienterer om nye borgere til hhv. §83 og §83a på den førstkommende tværfaglige konference efter bevilling. Visitator har før mødet foretaget en visitation og givet en bevilling til de nye borgere, som præsenteres på konferencen. Visitatoren giver en kort gennemgang af tilstande og af relevante generelle oplysninger, retningsgivende mål og formål. Der suppleres evt. af medarbejdere, der allerede kender, eller har besøgt, borgeren.
- ▶ For borgere til §83a-forløb udpeges en forløbsansvarlig og en kontaktperson, hvis borgeren ikke i forvejen er tilknyttet hjemmeplejen.

2. del: Status på kendte borgere

- ▶ De kendte borgere, der skal drøftes i del 2, skrives på forhånd på dagsordenen. Del 2 er opdelt i henholdsvis borgere med §83a og borgere med §83.
- ▶ Borgere i §83a-forløb sættes altid på dagsordenen i uge 2, 5, 10 og 12 af rehabiliteringsforløbet. De kan også sættes på ved behov for yderligere tværfaglig drøftelse - f.eks. ved ændring i tilstanden.
- ▶ Den forløbsansvarlige fremlægger status ift. den enkelte borgers rehabiliteringsforløb og suppleres af kontaktpersonen og øvrige deltagere af teamet med relevante input og faglig sparring.

- ▶ Borgere i §83 med ændret funktionsniveau, eller evt. udviklingspotentiale, kan også drøftes i del 2. Udfører skal være opmærksom på at sætte denne målgruppe på dagsordenen i god tid før konferencen, og altid med en kommentar om, hvad der ønskes drøftet.
- ▶ Teammedlemmerne har desuden mulighed for tværfaglig sparring ift. en specifik borgerindsats, f.eks. hvis der er behov for en terapeuts vurdering eller input. Udfører skal også her være opmærksom på at sætte denne målgruppe på dagsordenen i god tid før konferencen.

3. del: Udførers tilrettelæggelse af den tværfaglige indsats

- ▶ I denne del planlægger de tværfaglige samarbejdspartnere de konkrete rehabiliteringsforløb og justerer indsatserne i de igangværende forløb.
- ▶ Tværfaglig sparring og vejledning vedrørende §83-borgere samt borgere der modtager sundhedslovsydelse.
- ▶ Planlæggeren i hjemmeplejen er en vigtig del af denne koordinering og dokumenterer aftalerne undervejs.

Borgere med restriktioner efter operation

I nogle tilfælde vil der være borgere, som, af visitator fra Myndighed Ældre, bliver vurderet egnet til at opstarte i et §83a-forløb, selvom de er underlagt nogle restriktioner ift. bevægelse efter en operation.

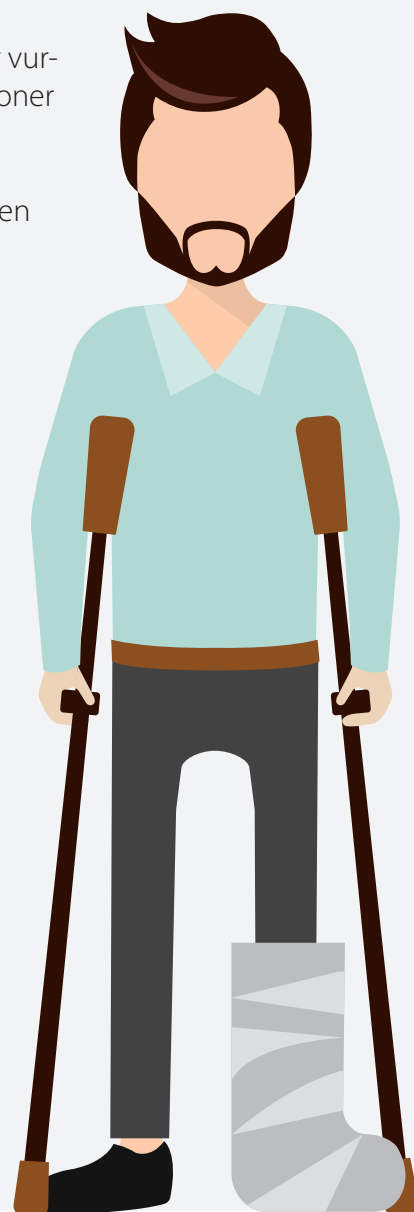
Det kan f.eks. dreje sig om en borger, der ikke må støtte på et brækket ben, eller en borger der ikke må bevæge skulderen.

Når en borger med restriktioner ift. bevægelse starter i et rehabiliteringsforløb, handler det om at se muligheder og at understøtte, at borgeren forbliver så aktiv som muligt.

Det er nemlig hjælp til selvhjælp. Borgerens egne mål kan være en stor motiverende drivkraft – også i perioden med restriktioner. Nogle borgere med restriktioner kan lære at benytte kompenserende hjælpemidler, så de faktisk kan blive selvhjulpne, selv om de f.eks. ikke må bøje i hoften.

I nogle tilfælde vil visitator fra Myndighed Ældre vurdere, at en borger med restriktioner først skal i §83a-forløb, når restriktionerne er ophævet. Så visiteres borgeren til §83, hjemmehjælp, i mellemtiden.

Her er det særdeles vigtigt at have fokus på den aktiverende arbejdsform, indtil borgeren kan starte op med rehabiliteringsforløbet.



Overgang fra rehabiliteringspladser til hjemmeplejen

Når en borger har været på en midlertidig rehabiliteringsplads og efterfølgende har brug for hjemmehjælp, visiteres borgeren, som udgangspunkt, altid til et §83a-forløb. Det er i denne forbindelse særdeles vigtigt, at overleveringen til hjemmeplejen, og det tværfaglige team, bliver så glidende som muligt for at sikre borgerens udbytte af rehabiliteringen. Borgeren præsenteres derfor altid på den førstkommende tværfaglige konference.

Terapeuterne i teamet har ansvaret for at overlevere essensen fra borgerens rehabiliteringsophold til resten af teamet. Teamet vælger en forløbsansvarlig og kontaktperson, og det nye forløb sættes i gang hurtigst muligt. I de få tilfælde, hvor en borger fortsætter med hjemmehjælp, §83, direkte efter sit rehabiliteringsophold vurderes det på konferencen, om én af terapeuterne skal lave et opfølgingsbesøg hos borgeren. Der kan evt. følges op på borgeren på de næstkommende tværfaglige konferencer.

Herved sikres sammenhængen for borgeren, og det tværfaglige team opretholder fokus på at understøtte borgerens egne mål og opnåede funktionsniveau.

Opfølgning på §83-borgere på den tværfaglige konference

I Hjørring Kommuner ønsker vi at have et stort fokus på tidlig opsporing af sygdom og faldende funktionsniveau hos borgerne. Derfor er der bl.a. fast opfølgning på nyvisiterede §83-borgere, samt borgere med ændrede bevil-linger, på de tværfaglige konferencer.

Dette giver os mulighed for at følge op på funktionsniveauet og løbende få en tværfaglig vurdering af borgeren. Dermed kan der være mulighed for at forebygge forværringer i funktionsniveauet og handle på tidlige tegn på sygdom.

Nyvisiterede eller ændrede §83-borgere sættes på konferencen efter hhv. 3 og 6 måneder. Planlægger er ansvarlig for at sætte borgerne på dagsordenen.

Inddragelse af andre faggrupper på tværfaglige konferencer

Det tværfaglige team har ansvaret for at invitere andre samarbejdspartnere med til teamkonferencen, hvis der er behov for særlig ekspertise. Det kan f.eks. være diætist, demenskonsulent, hjerte- KOL- eller diabetessygeplejersker fra Sundhedscenteret, bostøttemedarbejder fra handicapområdet, velfærdsteknologiteamet eller andre. Hvis borgeren er tilknyttet et aktivitetscenter vil det som oftest være relevant, at inddrage medarbejderne fra det pågældende aktivitetscenter omkring §83a-forløbet.

Det er, som oftest, afdelingslederen i den Kommunale Hjemmepleje, eller en ledende medarbejder hos den private leverandør, der arrangerer dette i forhold til konkrete forløb. Ligeledes kan en medarbejder fra en faggruppe, der normalt ikke indgår i det tværfaglige team, ønske at bidrage til en konkret borgers indsats og dette arrangeres i samarbejde med planlægger eller afdelingsleder.

Ift. komplekse borgere med specifikke faglige problemstillinger kan der etableres særskilte teams, hvor den relevante faglige vejleder/ konsulent inddrages. Dette aftales med afdelingslederen i hjemmeplejen eller en ledende medarbejder hos den private leverandør. Denne type møder afholdes udenfor konferencetiden.

Øvrige fagpersoner kan, når det er relevant, deltage i besøg hos borgeren sammen med kontaktperson og/eller forløbsansvarlig. Dette aftales konkret med afdelingslederen for hjemmeplejen eller en ledende medarbejder hos den private leverandør.

Hvor det er relevant, og muligt, vil der blive benyttet videokonference som supplement til fysisk mødedeltagelse.

Forebyggende hjemmebesøg som opfølgning på §83a-forløb

En borger der har gennemgået et rehabiliteringsforløb efter §83a har haft et nedsat funktionsniveau, som visitator har vurderet kunne højnes via en rehabiliteringsindsats. I en periode efter rehabiliteringsforløbets afslutning vil borgeren derfor stadig være i en særlig risikogruppe ift. yderligere funktionsnedsættelse eller tilbagefald. Dette er også erfaringen ift. rehabiliteringsarbejde målrettet andre grupper.

Borgere der afsluttes i et §83a-forløb, og er i målgruppen for forebyggende hjemmebesøg, tilbydes derfor et forebyggende hjemmebesøg 6-8 uger efter afslutning. Det forebyggende hjemmebesøg sker som en tilpasning af det næstkommende besøg.

Formålet med tilbuddet er at understøtte en bredere, systematisk, tværfaglig og sammenhængende indsats, da det vil være muligt at understøtte borgerne i den kritiske tid efter det afsluttede rehabiliteringsforløb. Desuden har de forebyggende medarbejdere et stort kendskab til frivillige sociale- og aktivitetstilbud, som mange borgere har stort udbytte af at deltage i.

Borgeren vil få tilbuddet om det tilpassede forebyggende hjemmebesøg på samme vis som nu, hvor de modtager et brev med forslag om tidspunkt, og en pjece om forebyggende hjemmebesøg.

Visitationen orienterer den forebyggende medarbejder når borgeren afsluttes i rehabiliteringsforløb og ikke har behov for hjælp efterfølgende. Den forebyggende medarbejder orienterer sig i borgerjournalen i Cura inden besøget.

Tværfaglige konferencer i ferieperioder og på helligdage

De tværfaglige konferencer afholdes som udgangspunkt altid. Dog afholdes der ikke konferencer, der falder på helligdage samt mellem jul og nytår.

I juli måned er der særlige aftaler, der gør sig gældende:

- ▶ Visitatorer fra Myndighed Ældre samt sagsbehandlende ergoterapeuter fra Myndighed Hjælpebidler tilstræber at være til stede, dog må der forventes uregelmæssig deltagelse herfra i perioden. Videomøder kan også i ferieperioden være alternativ til visitatorernes og de sagsbehandlende ergoterapeuters fysiske fremmøde.
- ▶ Planlægger præsenterer nye borgere, hvis visitator fra Myndighed Ældre ikke er til stede.
- ▶ Der deltager mindst 1 terapeut og mindst 1 erfaren sygeplejerske.
- ▶ For terapeuternes vedkommende kan videomøder være alternativ til fysisk fremmøde.

- ▶ Sommerferieafløserne deltager som udgangspunkt ikke, med mindre man er kontaktperson eller forløbsansvarlig for en borger i §83a-forløb.
- ▶ Relevant information overleveres fra forløbsansvarlige og kontaktpersoner inden egen ferie påbegyndes. Herunder overdragelse af rollerne som forløbsansvarlig og kontaktperson.
- ▶ Afdelingslederne/ledende medarbejder fra leverandørerne af hjemmehjælp sørger for, at der, i god tid, udarbejdes en oversigt over faggruppernes deltagelse i konferencerne i juli måned. Heri skal det også tydeligt fremgå, hvem der er mødeansvarlig.

HJÆLPEMIDLER

I "Fremtidens Hjemmehjælp" har smidig og hurtig adgang til hjælpemidler en høj prioritet. Derfor er det muligt for ergoterapeuterne, fysioterapeuterne og kontaktpersonen at tage små-hjælpemidler med ud til borgeren. Når det gælder lidt større hjælpemidler, formidles disse gennem den sagsbehandlende ergoterapeut fra Myndighed Hjælpemidler.

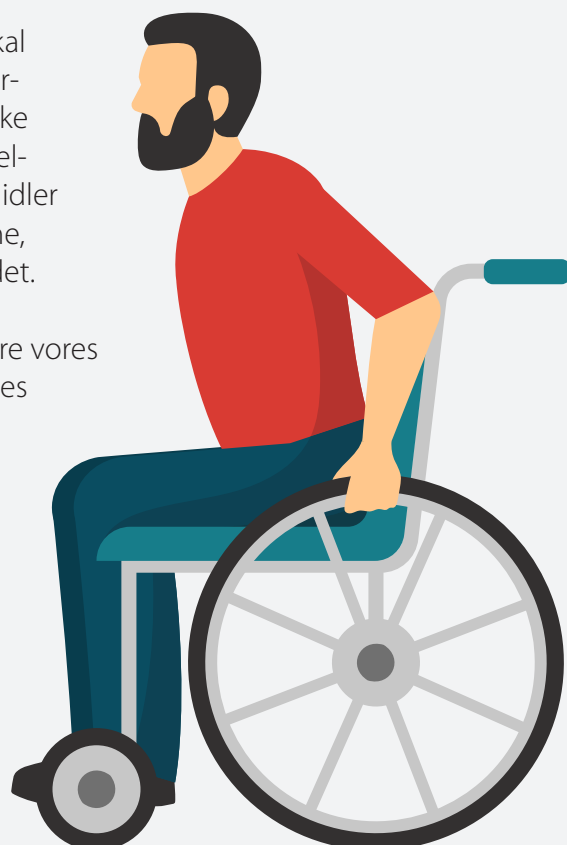
Det er vigtigt, at kontaktpersonen og den forløbsansvarlige allerede ved de første besøg hos borgeren, og til målsamtalen, overvejer om der evt. er hjælpemidler, der kan understøtte borgerens selvhjulpethed i rehabiliteringsforløbet. For at den sagsbehandlende ergoterapeut kan forberede sig til den tværfaglige konference, skal borgeren forinden skrives på dagsordenen med en bemærkning om, at det handler om hjælpemidler. Dokumentation skal desuden afspejle de faglige overvejelser i forbindelse med dette.

Hjælpemidler der kan hjælpe borgeren med at nå sine mål i rehabiliteringsforløbet vil, så vidt muligt, blive bevilget direkte på den tværfaglige konference, uden at den sagsbehandlende ergoterapeut skal på besøg hos borgeren først. Den sagsbehandlende ergoterapeut vil i stedet tage på besøg hos borgeren efterfølgende, og/eller følge sagen på de tværfaglige konferencer.

De hjælpemidler, der ikke indgår direkte i rehabiliteringsforløbet, skal vurderes ift. servicelovens §112 (personlige hjælpemidler), §113 (forbrugsgoder) og §116 (hjælp til boligindretning). Her skal der altid ske en yderligere vurdering, og sagsbehandling kan derfor ikke umiddelbart ske på en tværfaglig konference. Visitationen af disse hjælpemidler følger den almindelige sagsbehandling og sagsbehandlingsfristerne, som er beskrevet i Hjørring Kommunes kvalitetsstandard på området.

Velfærdsteknologi og nye digitale løsninger kan med fordel supplere vores traditionelle måde at tænke hjemmehjælp på. Der findes og udvikles hele tiden nye, smarte og mere fleksible muligheder der betyder, at borgerne i højere grad kan klare sig uden, eller med mindre, hjemmehjælp.

Ligeledes kan velfærdsteknologi og digitale løsninger understøtte et konkret rehabiliteringsforløb og Velfærdsteknologiteamet kan inddrages ved behov.



DEL 3

FORANKRING AF FREMTIDENS HJEMMEHJÆLP

FREMTIDENS HJEMMEHJÆLP" - INTRODUKTION OG KOMPETENCEUDVIKLING

Det er vigtigt at være opmærksom på, at alle nyansatte medarbejdere og ledere, der skal indgå i det tværfaglige teamsamarbejde, fortsat bliver introduceret til "Fremtidens hjemmehjælp" som et element i deres generelle introduktionsprogram.

Sidemandsoplæring er en integreret og fortløbende del af det tværfaglige samarbejde, og er velegnet til oplæring af nye medarbejdere. Ved sidemandsoplæring forstås, at medarbejdere med erfaring inden for rehabilitering og/eller med specifikke faglige kompetencer inden for relevante områder, guider og vejleder kolleger i praksis og i forhold til konkrete forløb.

De tværfaglige teams vil løbende ændre sig. Der kommer nye medarbejdere til og andre stopper. Der vil hele tiden være nye elever, studerende og vikarer med til konferencerne. Det er derfor vigtigt, at kompetencerne ift. samarbejde også fortsat udvikles og sættes i fokus i de tværfaglige teams. Det kan f.eks. være en god idé at foretage et årligt "team-tjek". Her kan det tværfaglige team få lejlighed til at tale sammen om deres indbyrdes samarbejde i teamet – og om ønsker til det fortsatte samarbejde. Et velfungerende teamsamarbejde kræver opmærksomhed og pleje. Og velfungerende tværfaglige teams giver bedre rehabiliteringsforløb for borgerne.

Rehabilitering og kompetencer

Begrebet rehabilitering rummer en forståelse og nogle principper for, samt metodiske tilgange til, hvordan indsatsen for borgere med funktionsnedsættelser bør foregå. For at kunne arbejde med en helhedsorienteret tilgang til borgeren kræves der en særlig viden og kunnen. Derudover kræves der særlige kompetencer ift. arbejdet med målsætning, planlægning og evaluering af rehabiliteringsforløb.

Rehabilitering er derfor et særligt kompetencefelt, som både skal introduceres og vedligeholdes løbende.

STYRINGSMÆSSIG FORANKRING

For at sikre et vedvarende udbytte af "Fremtidens hjemmehjælp" er det ledelsesmæssige fokus på alle niveauer en forudsætning.

I Hjørring Kommune har vi kontinuerligt arbejdet med implementering af den rehabiliterende tilgang ift. hjemmehjælpsmodtagere siden 2012. I 2014-2015 blev konceptet "Fremtidens Hjemmehjælp" udviklet. Alle processerne på vej mod "Fremtidens Hjemmehjælp" har været præget af involvering og medproduktion af alle relevante medarbejdergrupper. Fra 1. april 2015 – 1. april 2017 har der været arbejdet med implementeringen af konceptet igennem kompetenceudvikling, sidemandsoplæring, styringsmæssig forankring og proceskoordinati- on.



Efter 2 års implementering af "Fremtidens hjemmehjælp" på Sundheds- og Ældreområdet blev den intensive implementeringsfase afsluttet. Den daværende styregruppe for implementeringen af "Fremtidens Hjemmehjælp" besluttede derfor på det afsluttende møde, at den fortsatte fremdrift og udvikling af konceptet fremover skulle varetages af hhv. en Konceptgruppe for "Fremtidens Hjemmehjælp" og 2 nedsatte koordineringsgrupper (én for kommunal leverandør af hjemmehjælp og én for privat leverandør af hjemmehjælp samt samarbejdspartnere). Efter revideringen af konceptet i 2020 er der fremover 1 koordineringsgruppe for "Fremtidens Hjemmehjælp".

Konceptgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp"

Formålet med Konceptgruppen er bl.a. at:

- ▶ træffe overordnede beslutninger og sætte retningen for konceptet.
- ▶ tage stilling til evt. lovgivningsmæssige ændringer og ændringer ift. serviceniveau.
- ▶ træffe beslutninger vedr. kompetenceudviklingsaktiviteter, der kræver en særlig indsats.

Konceptgruppens opgaver er bl.a. at:

- ▶ indhente, gennemgå og drøfte relevant ledelsesinformation ift. "Fremtidens Hjemmehjælp".
- ▶ identificere udviklingspunkter og sikre, at nye beslutninger bringes ud i organisationen.
- ▶ godkende ændringer af håndbogen.

Deltagerskaren i Konceptgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp" udgøres af relevante chefer, områdeledere og afdelingsledere fra involverede områder samt relevante fællestillidsrepræsentanter eller tillidsrepræsentanter for faggrupperne.

Koordineringsgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp"

Koordineringsgruppen har bl.a. til formål at:

- ▶ være et gensidigt inspirationsforum for de tværfaglige afdelingsledere og områdeledere.
- ▶ tage ansvar for, og koordinere, løbende kompetenceudvikling ift. konceptet.
- ▶ udvikle og implementere nye metoder i arbejdet med hverdagsrehabilitering.
- ▶ sikre relationel koordinering på ledelses- og medarbejderniveau.
- ▶ drøfte relevante ledelsesinformationer, som præsenteres på hvert møde.
- ▶ dagsordenssætte relevante informationer, når de har tværfaglig relevans.

Repræsentanterne i Koordineringsgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp" udpeges af Konceptgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp". Deltagerskaren i gruppen er afdelingsledere fra relevante områder og områdeleder for syge-hjemmeplejen.

Understøttelse af Konceptgruppe og koordineringsgrupper

For at understøtte sammenhængen imellem parterne i "Fremtidens Hjemmehjælp" er der tilknyttet en udviklingskonsulent fra Faglig Udvikling. I denne funktion ligger også ansvaret for mødeindkaldelse, dagsordener og referater i tæt samarbejde med de ansvarlige for grupperne.

ET DYNAMISK KONCEPT

Konceptgruppen for "Fremtidens Hjemmehjælp" har et ønske om, at vores måde at arbejde på løbende skal udvikles og tilpasses i takt med den generelle samfundsudvikling.

En måde at arbejde dynamisk på kan være at benytte prøvehandling som redskab til udvikling. Prøvehandling kan bidrage til at opnå praksisnær erfaring med nytænkende løsninger og tiltag, som man endnu ikke kender effekten af – og prøvehandlingerne kan foregå som en del af det daglige arbejde helt tæt på borgeren.

Ved at eksperimentere med nye løsninger og tiltag i mindre skala, kan vi forholdsvis hurtigt og enkelt følge op på, om det resulterer i bedre måder at gøre tingene på. Hvis vi lykkes med et nyt tiltag, kan det måske bruges andre steder i organisationen – og hvis ikke vi lykkes, så lærer vi også af det.

Når vi arbejder med prøvehandling, er det vigtigt, at vi stadig er systematiske ift. de erfaringer, vi samler op. Det er vigtigt, at vi har fokus på, hvordan ideen både kan skabe merværdi for borgeren – og for organisationen.

De vigtigste elementer i prøvehandlingerne er, at vi afprøver "de gode ideer" i mindre målestok igennem en kortere periode. Herefter evaluerer deltagerne sammen på resultaterne og tager stilling til, hvad der kan bruges – og hvad der ikke kan bruges. Det er derfor også vigtigt, at prøvehandlingerne er velbeskrevne, så der kan drages erfaringer af dem og laves nye, og andre, prøvehandling.

Når vi ønsker at afprøve nye ideer ift. vores opgaveløsning, og vælger at benytte prøvehandlinger til formålet, så er det vigtigt, at vi altid forinden forholder os til følgende:

- ▶ Hvad er formålet med prøvehandlingen?
- ▶ Hvilke faglige overvejelser, og hvilken faglig viden, ligger til grund for prøvehandlingen?
- ▶ Hvem gør hvad?
- ▶ Hvilke tegn kigger vi efter?
- ▶ Hvor lang tid skal prøvehandlingen vare?

Når vi efterfølgende skal evaluere prøvehandlingernes virkning, skal vi forholde os til følgende:

- ▶ Virkede dét vi satte i gang? Hvor godt virkede det?
- ▶ Virkede det ikke? Og hvorfor?
- ▶ Skabte det værdi for borgerne?
- ▶ Skabte det værdi for organisationen?

Hvis et af de tværfaglige teams får en idé til at arbejde med en ny metode, en ny teknologi eller en anden arbejdsgang, i samarbejdet med borgerne, så er det oplagt at sætte en prøvehandling i gang for at teste ideen.

Prøvehandlingerne skal koordineres imellem de involverede afdelingsledere – men det er tanken, at alle medarbejdere kan komme med ideer og forslag til nye måder at arbejde på.

Når prøvehandlingen er evalueret, orienteres Koordineringsgruppen og evt. Konceptgruppen, og det vurderes her om resultatet af prøvehandlingen evt. skal implementeres i resten af organisationen – og hvordan.

Med prøvehandling kan vi også se sådan på det, at: "Vi bygger vejen, imens vi går".



LEDELSESINFORMATION

Økonomien på hele Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet følges altid tæt af både ledere, chefer, direktør og politikere. Ledelsen vurderer løbende udtræk af data til analyse og anden ledelsesinformation ift. udvikling og udgifter.

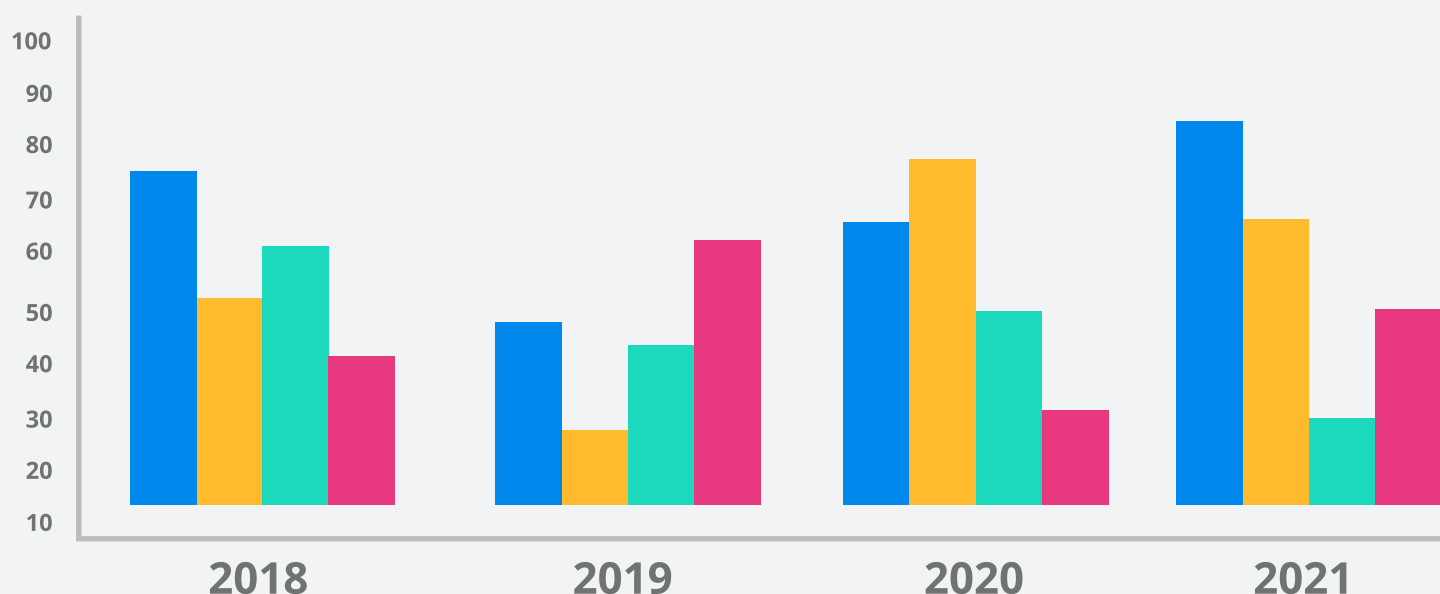
Der foretages bl.a. ledelsesopfølgning på:

- ▶ Antal borgere.
- ▶ Visiterede og leverede timer.
- ▶ Typer af visiterede ydelser.
- ▶ Resultater for §83a-forløb.

Udtræk af data målrettes de forskellige målgrupper:

- ▶ Politisk udvalg.
- ▶ Direktion/chefgruppe.
- ▶ Ledelsen for udfører, herunder også privat leverandør.
- ▶ Ad hoc udtræk vedrørende enkeltsager og specifikke analyser.

Der er et vedvarende fokus på fortsat udvikling af redskaber og metoder til at evaluere kvalitet og effekt af vores indsatser på hele Sundheds-, Ældre- og Handicapområdet.





Hjørring Kommune

Hjørring Kommune
Springvandspladsen 5
9800 Hjørring
72 33 33 33
hjoerring@hjoerring.dk
www.hjoerring.dk

Juni 2020
Grafik: Colourbox