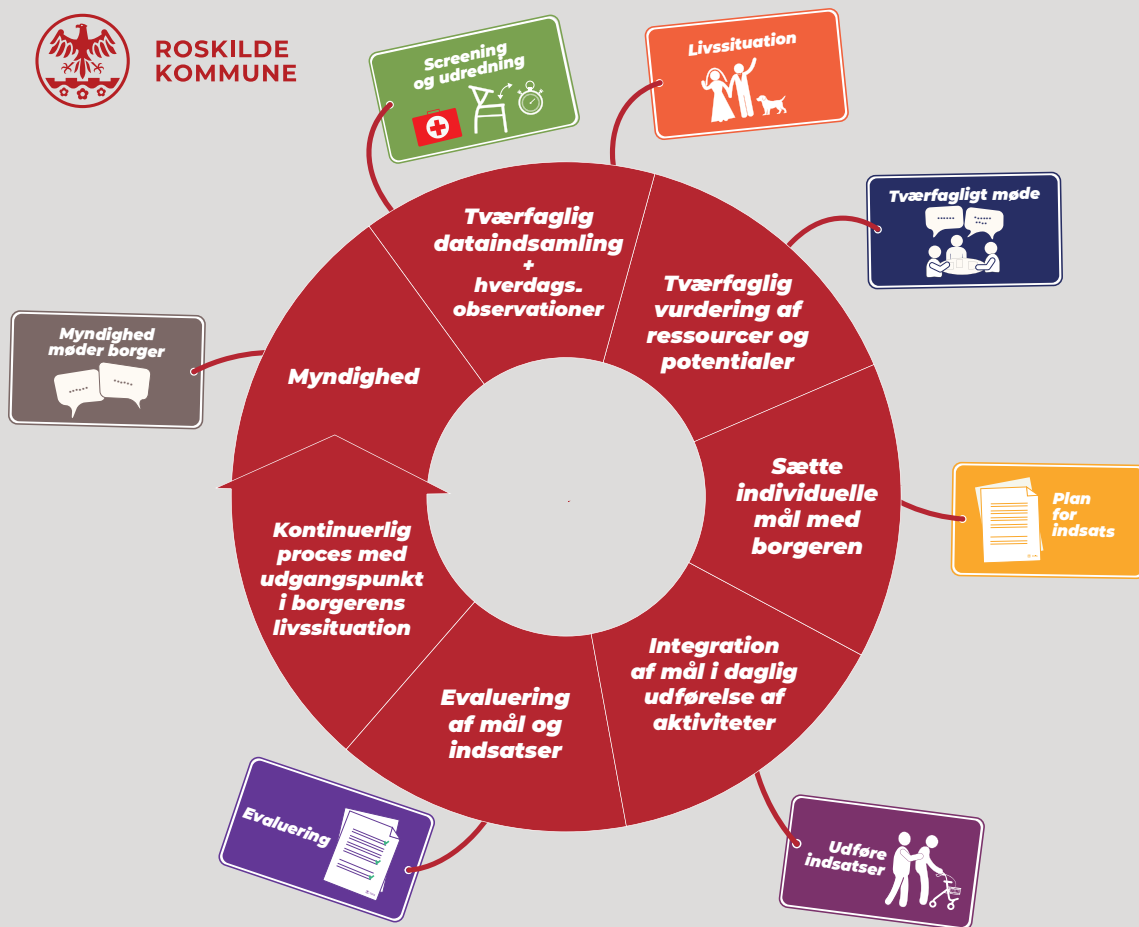




ROSKILDE
KOMMUNE



SKÆR VÆK

Rehabilitering

En håndbog fra Sundhed og Omsorg



ROSKILDE
KOMMUNE

Udgiver

Roskilde Kommune 2024
Version 4

Design/Layout

Roskilde Kommune

Tryk

PrintDivision A/S

Indhold

Forord	4
Vores metode	6
Myndighed	13
Hjælp til selvhjælp (HTSH)	21
Hjemmeplejen	29
Rehabiliteringsafdeling	39
Plejecenter	49
Hjælpemidler og velfærdsteknologi	59

Forord og vores metode

Myndighed

Hjælp til Selvhjælp - HTSH

Hjemmeplejen

Rehabiliteringsafdeling

Plejecenter

Hjælpemidler + velfærdsteknologi

SKÆR VÆK

Velkommen til sundhed og omsorg i Roskilde Kommune

I Roskilde Kommune har vi fokus på at udvikle en kultur, hvor omdrejningspunktet for støtte og hjælp til borgeren er borgerens egne ressourcer og motivation til at opnå større grad af autonomi og selvhjulpenhed og derigennem livskvalitet. Det betyder, at vores daglige arbejde med pleje og praktisk hjælp altid foregår med en rehabiliterende tilgang.

Formålet med en rehabiliterende tilgang er, at borgeren får mulighed for at genvinde sin samlede funktionsevne, forbedre livskvaliteten, blive mere selvhjulpen og opnå tryghed ved at leve et uafhængigt liv.

Borgerens ressourcer og mulighed for at vedligeholde eller udvikle disse kræver, at vi har en tværfaglig tilgang til borgeren. Den er grundlaget for, at arbejdet med rehabilitering bliver en succes for borgeren. At arbejde rehabiliterende kræver et tværfagligt fokus, tværfaglige arbejdsgange, tværfaglig tid og tværfaglig respekt.



Vigtige værktøjer

Håndbogen her er en overordnet gennemgang af rehabiliteringsforløbet for borgere i Roskilde Kommune. Den supplerer en række andre dokumenter, som du også skal kende til.

De vigtigste er arbejdsgangsbeskrivelser for de enkelte områder.



Alle borgere, der er tilknyttet sundhed og omsorgsområdet, har en rehabiliteringsplan. Planen tager altid udgangspunkt i en tværfaglig udredning af borgeren, borgerens hele livssituation samt borgerens egen motivation og individuelle mål. Det er borgerens selvstændige liv, sådan som det giver mening for borgeren, der er i fokus. Dette støttes ved, at planen skal udarbejdes med størst mulig inddragelse af borgeren og dennes pårørende. Med denne håndbog får du en introduktion til, hvordan vi arbejder med rehabilitering i hverdagen i Roskilde Kommune.

God arbejdslyst!

Vores metode

I Sundhed og Omsorg i Roskilde Kommune har vi fokus på rehabilitering. Vi arbejder med rehabilitering i en systematisk samarbejdsproces, hvor vi sætter mål sammen med borgeren. Og hvor vi samtidig arbejder tværfagligt for at opnå de bedste resultater.

Vi har udviklet en rehabiliteringsmodel og tilhørende arbejdsgange. Modellens formål er at sikre, at rehabiliteringsplanen bygger på en systematisk tværfaglig udredning og borgerens individuelle mål og ønsker.

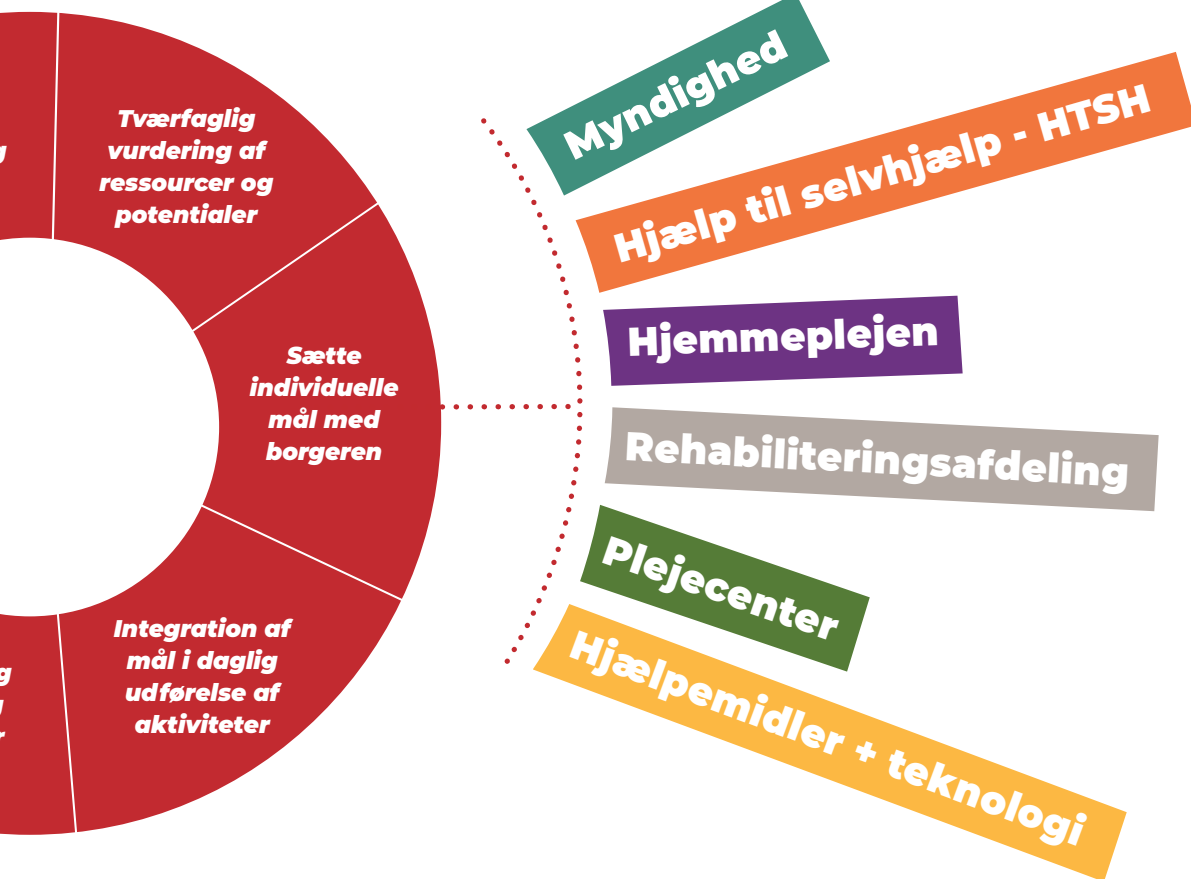
Roskilde-modellen

I Roskilde Kommune har vi en model for rehabilitering. Fra visitation, udredning og afklaring af mål til de konkrete indsatser i hverdagen, tværfaglige koordineringsmøder, justering af mål og indsatser og afslutning.



Modellen

Vi arbejder med samme model
i alle organisatoriske enheder.
Men intensitet og grad af tvær-
faglighed i arbejdet er forskelligt.



Dataindsamling og systematik

Et rehabiliteringsforløb begynder altid med, at Myndighed træffer en afgørelse. Det sker som hovedregel, når borgeren oplever en ændring af hans eller hendes funktionsevne. Det kan være fysisk, psykisk eller socialt. Udgangspunktet for forløbet vil altid være borgerens hele livssituation, ressourcer og ønsker for igen at blive selvhjulpne. Borgerens rehabiliteringsforløb begynder derfor med en tværfaglig dataindsamling, der også indeholder de hverdagsobservationer hos borgeren, vi foretager omkring borgeren. Dataindsamlingen er evidensbaseret forstået på den måde at de, screeningsværktøjer, vi bruger, og den faglige udredning bygger på evidensbaseret praksis. Rehabilitering tager udgangspunkt i borgerens livssituation, ressourcer og ønsker. Målet for rehabiliteringsindsatsen bidrager til, at borgeren opnår en selvstændig og meningsfuld dagligdag.

Den tværfaglige indsats

I vores model kombinerer vi dataindsamlingen med de relevante faggruppers vurdering. Det sker blandt andet på tværfaglige koordineringsmøder (TKM), hvor deltagerne danner sig et overblik over borgerens samlede funktionsevne, livssituation og ønsker for et godt rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsplanen bliver til sammen med borgeren og de pårørende. Det er borgerens individuelle mål, der er baggrund for de indsatser, der skal arbejdes med. Vi opnår en god kvalitet i rehabiliteringsindsatsen ved at arbejde tværfagligt. Det gælder både i Myndighed, HTSH, Hjemmeplejen, Rehabiliteringsafdeling, på Plejecentret og i Hjælpemiddelafsnittet.

Den dynamiske proces

Det er grundtanken i vores model, at uanset hvor vi møder borgeren, så arbejder vi sammen med ham eller hende om at opsætte mål. Målene evalu-



eres inden for en given tidshorisont. Modellen er den samme, og rytmen i rehabiliteringsforløbet er den samme, uanset hvilken organisatorisk enhed du tilhører. Men der er forskelle i intensiteten og graden af tværfaglighed i arbejdet. Derfor er der forskellige arbejdsgangsbeskrivelser alt efter, hvor vi møder borgeren. Essensen af dem præsenteres her i håndbogen. Der er flere detaljer i arbejdsgangsbeskrivelserne for de enkelte områder.

Formål med rehabilitering

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever – eller er i risiko for at opleve – begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet.

Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter.

Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation.

Kilde: Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB (Red.). Hvidbog om rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2022.

3 centrale principper

Rehabilitering har udgangspunkt i:

- Borgerens individuelle funktionsevne, motivation, mål og livssituation.
- En systematisk, tværfaglig og koordineret indsats med størst mulig inddragelse af borgeren og pårørende.
- En kontinuerlig og dynamisk proces med tidsbestemte mål og handlingsanvisninger.

SMARTE mål

Vi arbejder for, at borgeren opnår størst mulig selvstændighed og livskvalitet. Det er borgerens individuelle mål, der er baggrund for de faglige indsatser. Helt konkret arbejder vi med SMARTE mål. Det er mål, der er...

Specifikke

Målbare

Atraktive

Realistiske

Tidsafgrænsede

Evaluerbare





På et tværfagligt koordineringsmøde (TKM) gør medarbejderen status over borgerens mål. Målet kan justeres, eller måske skal der et nyt mål til.

Processen er kontinuerlig og sker i samarbejde med borgeren.

SKÆR VÆK



Tidlig opsporing

Alle borgere, der er tilknyttet Rehabiliteringsafdeling, HTSH-team, Hjemmeplejen og Plejecentre i Roskilde Kommune, bliver triageret hver dag. Det gør vi for tidligt at kunne opspore begyndende sygdomstegn eller tab af funktionsevne. Der er en klar sammenhæng mellem rehabilitering og triagering. Triagering sker med brug af et digitalt værktøj – Roskilde Hjulet. Roskilde Hjulet er et redskab til hverdagsobservationer og har seks hovedkategorier:

- fysiske klager
- psykosocialt
- medicinindtagelse
- hverdagsaktiviteter
- hjemmet
- spise og drikke

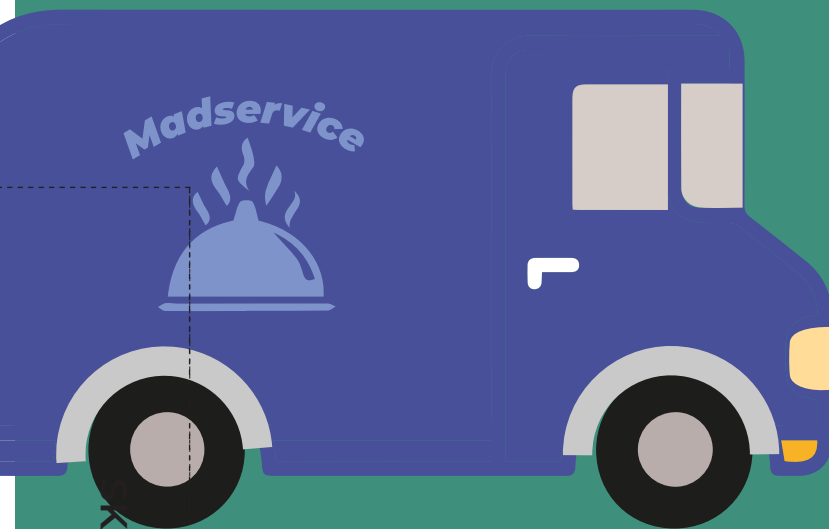
Ud fra de daglige observationer triagerer vi borgeren og iværksætter sundhedsfaglige handlinger.

Hvis borgeren er svækket i en periode eller i rehabiliteringsforløbet, begynder at få problemer med fx urinvejsinfektion eller problemer med hukommelsen, spiller dette naturligvis ind på rehabiliteringsforløbet.

Det ændrer borgerens livssituation, og der skal muligvis justeres i rehabiliteringsplanen og iværksættes sundhedsfaglige handlinger.

Myndighed

SKÆR VÆK



KÆR VÆK



Alle borgere, der modtager indsatser fra Sundhed og Omsorg i Roskilde Kommune, skal have en rehabiliteringsplan. Alle nye borgere visiteres som udgangspunkt til forløb i HTSH. I afgør ud fra borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, hvad borgeren skal have hjælp til.

Første kontakt med borgeren

Når I modtager en ansøgning fra en borger, er det jeres faglige vurdering, der afgør, hvad borgeren skal have hjælp til. Her er udgangspunktet, hvad borgeren ønsker at mestre. Hjælpen bevilges ud fra gældende lovgivning.

I har fokus på den rehabiliterende tilgang, og hvad borgeren allerede kan. Det er afgørende for borgerens rehabilitering, at I fra start kommunikerer motiverende med borgeren. Dialogen med borgeren tager udgangspunkt i borgerens livssituation, det fysiske, psykiske og sociale liv, og hvilke ønsker borgeren har.

Jeres faglige tilgang har afsæt i et bredt sundhedsbegreb, hvor sundhed ikke kun er fravær af sygdom, men også ser på borgerens ressourcer i forhold til den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.

I holder også fokus på – og har et medansvar for – at borgerens rehabiliteringsforløb er sammenhængende. Det kræver en god kommunikation mellem jer, HTSH-teamet, Hjemmeplejen, Rehabiliteringsafdeling og Plejecenter i overgangene.

Rehabilitering er et lovkrav



I § 83a i serviceloven står, at alle borgere med nedsat funktionsevne skal have et rehabiliteringsforløb med det mål at forbedre borgerens funktionsevne. Forløbet skal være tilpasset den enkelte og tage udgangspunkt i borgerens liv.

TKM har fokus på borgeren

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) følger I op på borgerens udvikling i rehabiliteringsforløbet. Ud fra den viden kan I tilpasse indsatserne.



Fra Myndighed til HTSH

Formål

I visiterer alle nye borgere og kendte borgere, som har et rehabiliterende potentiale, til et forløb i HTSH og bevilger de relevante rehabiliteringspakker. Der kan være borgere i fx et terminalt forløb eller med en frem-skreden demenssygdom, som ikke kan få gavn af et forløb i HTSH-teamet.

Handlinger

Når en borger har brug for hjælp, vil I typisk modtage en henvendelse fra hospital, egen læge, borgeren selv, borgerens netværk eller fra en pårørende. Udarbejd en Fælles Sprog III funktionsevnevurdering som en del af

jeres faglige vurdering. Og hav fokus på borgerens ressourcer og potentiale. Beskriv hvilke rehabiliteringsindsatser, HTSH skal have fokus på i deres samarbejde med borgeren.

Et forløb med HTSH varer fra 2 til 12 uger. I deltager løbende på tværfaglige koordineringsmøder (TKM) i HTSH. I afgør – baseret på mødet og den sundhedsfaglige dokumentation fra HTSH – om borgeren enten har nået sit mål eller er blevet selvhjulpen. Hvis der er behov, fortsætter borgeren den rehabiliterende indsats i Hjemmeplejen.

Fra Myndighed til Hjemmeplejen

Formål

Når en borger afslutter et forløb i HTSH, vurderer I, om borgeren fortsat skal have hjælp og overgår til Hjemmeplejen. I bevilger også indsatser til borgere, som kommer direkte til Hjemmeplejen.

Handlinger

Orienter jer i borgerens tilstande, faglige udredninger og jeres vurdering af borgeren. Hvor tæt er han eller hun på at nå sit mål i rehabiliteringsplanen? Og i hvor høj grad er borgeren selvhjulpnen?

I overgangsfasen er I borgerens koordinator, indtil borgeren er i gang med sit forløb i Hjemmeplejen.

For borgere, som ikke har været i HTSH, udarbejder I en FS III funktions-
evnevurdering og bevilger indsatser.

Når I deltager på de tværfaglige koordineringsmøder (TKM), får I viden om borgeren til løbende at vurdere, om det er de rette indsatser, der er bevilget, eller om de skal justeres. Derved sker en løbende revurdering. I har viden om, hvilke tilbud og muligheder borgeren kan gøre brug af i Roskilde Kommune og kan på møderne dele jeres viden om fx Frivilligcenter Roskilde, netværk, træningsmuligheder og sundhedstilbud. Tilbuddene kan styrke og fastholde borgerens egne ressourcer.

Fra Myndighed til Rehabiliteringsafdeling

Formål

I visiterer borgere, som har behov for et forløb på Rehabiliteringsafdeling efter et hospitalsophold eller et større funktionsevnetab i eget hjem. Inden opstart skal I afstemme med borgeren, at forløbet er kort og tidsbegrænset, da rehabilitering bedst sker i eget hjem.

Handlinger

Udskrivningskoordinator modtager henvendelse fra hospital og deltager i nogle tilfælde på udskrivningsmøde på hospital sammen med hjerne-skadekoordinator. Hvis I vurderer, at borgerne har behov for et midlertidigt ophold på Rehabiliteringsafdelingen, så visiterer I til det. Jeres faglige vurdering indeholder funktionsevnevurdering, henvendelses-

skema og udskrivelsesrapport, som viser det samlede behov for et midlertidigt ophold. Borgere, der visiteres til et forløb på Rehabiliteringsafdeling skal have et øget sundhedsfagligt fokus, da borgere ofte har behov for en målrettet sygeplejefaglig indsats.

Ofte i samarbejde med fx HTSH, Hjemmeplejen, træningsafsnittet, hjerne-skadekoordinator og Hjælpe-middel-afsnit. Ofte vil HTSH have startet forløb op, mens borgeren befinder sig på Rehabiliteringsafdeling, for at sikre en god overgang til eget hjem. I deltager løbende på koordineringsmøder i Rehabiliteringsafdelingen. I afgør sammen med Rehabiliteringsafdeling, hvornår borgeren er på vej videre.





Fra Myndighed til Plejecenter

Formål

Hvis borgeren har behov for at flytte på Plejecenter, tildeler Myndighed borgeren en bolig på et Plejecenter.

Handlinger

Når en borger søger om en bolig på et plejecenter, besøger I borgeren. Her foretager I en faglig vurdering af den psykiske, fysiske og sociale funktionsevne.

Samtidig vurderer I borgerens boligforhold, fremtidige boligbehov og formålet med et boligskifte. Inden be-

søget orienterer I jer i den faglige dokumentation. På baggrund af oplysningerne udarbejder I en indstilling til beslutning i Boligvisitationsgruppen, der afgør, om borgeren kan få en bolig.

I indstillingen er der fokus på ressourcer og potentiale. I beskriver borgers ønsker, og hvad der er meningsfuldt for ham eller hende. Inddrag også vurderinger fra kommunens samarbejdspartnere fx demenskoordinator og Hjemmeplejen.

Hjælp til selvhjælp

SKÆR VÆK



Når en borger har behov for rehabilitering, sker det i et forløb på 2-12 uger. I den periode har I fokus på rehabiliteringsplanens indhold. Handlinger og indsatser medvirker til, at borgeren når sit meningsfulde mål og så vidt muligt bliver i stand til selvstændigt at klare daglige aktiviteter.



HTSH står for 'hjælp til selvhjælp', og HTSH-team leverer Roskilde Kommunes tidsafgrænsede og målrettede rehabiliteringsindsatser. Formålet er at arbejde sig frem mod et mål, der øger borgernes funktionsevne fysisk, psykisk og socialt.

Fase 1

Visitation og start på rehabiliteringsforløb

Formål

Ud fra den visitation, som I modtager fra Myndighed, planlægger I jeres første møde med borgeren. I vurderer sammen med jeres leder hvem fra jeres team, der er relevante at involvere for at indlede den rehabiliterende indsats.

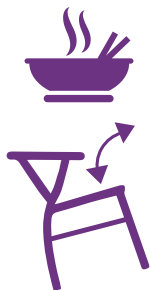
Handlinger

Start med at orientere jer i informationer fra Myndighed. Funktionsevnevurdering (FSIII) og bevilling af indsatser viser, hvad borgeren er visiteret til. Sæt jeres 'rehabiliteringshold' og udpeg borgerens kontaktperson.

I aftaler, hvem der skal med til første samarbejds møde hos borgeren. Ring til borgeren og evt. pårørende, og planlæg det første møde.

Vurdering af funktionsevne

"Funktionsevnevurdering" er en del af Fælles Sprog III (FSIII) og beskriver noget om det hele menneske. I kommer tit i borgerens hjem og har derfor god mulighed for at lære ham eller hende at kende. Det kan betyde meget, når I sammen skal sætte og opfylde målene i rehabiliteringsplanen.



I anvender systematisk værktøjer til udredning

- Sygeplejefaglig udredning
- Ernæringsudredning
- Rejse-sætte-sig-test (RSS)
- Borgerens mål (PSFS)
- Borgerens generelle oplysninger

Fase 2

Faglig udredning og borgerens mål

Formål

I jeres møde med borgeren fortsætter I Myndigheds arbejde. Indsatsen tager udgangspunkt i visitationen fra Myndighed, borgerens ønske og livshistorier samt jeres tværfaglige udredninger.

Handlinger

På første samarbejds møde med borgeren opdaterer I funktionsevnevurderingen, som samlet giver et billede af borgerens ressourcer. I spørger også til borgerens ønsker, mål og livssituation. Udredninger afdækker borgernes funktionsevne fysisk, psykisk og socialt.

Vurder også sammen med borgeren, om han eller hun har behov for fx hjælpemidler, velfærdsteknologiske løsninger, diætister eller træningsforløb.

Hvis borgeren har været på Rehabiliteringsafdeling, tager I udgangspunkt i den rehabiliteringsplan og de mål, borgeren allerede har. Udredninger kan genbruges i HTSH, hvis de er aktuelle. Borgerens rehabiliteringsforløb koordineres mellem fx HTSH, Rehabiliteringsafdeling, Hjemmeplejen, hjælpemiddelafsnit og træningsafsnittet.

Fase 3

Målrettede indsatser og opfølgning

Formål

På det første tværfaglige koordineringsmøde (TKM) planlægger I, hvilke handlinger og indsatser I skal sætte i gang, for at borgeren kan nå sit mål.

Handlinger

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) er mødelederen ofte en afdelingsleder eller en erfaren mødeleder. Mødeleder skal sikre, at alle faggruppers viden kommer frem på TKM.

Læg en tidsafgrænset plan med udgangspunkt i borgerens rehabiliteringsmål, jeres tværfaglige udredninger, screeninger og samtaler med borgeren – dét er borgerens rehabiliteringsplan.

På de tværfaglige koordineringsmøder (TKM):

- **Koordinerer og deler I viden med hinanden.**
- **Drøfter I, hvor langt eller tæt borgeren er på at nå sit mål.**

- **Om det er nødvendigt at justere på handlingsanvisninger eller borgerens mål for at sikre fremdrift i borgerens forløb i HTSH.**

Benyt jer af hinandens faglighed i det daglige arbejde, og koordiner og dokumenter indsatsen:

- **Gør borgeres fremskridt?**
- **Når borgeren sine delmål?**
- **Skal handlingerne i hverdagen justeres?**

Med borgerens mål for øje går I sammen med borgeren i gang med de tværfaglige handlinger, som støtter ham eller hende i at nå sit mål. Gennem hverdagsobservationer triagerer I borgeren hver dag. Ved begyndende sygdomstegn eller tab af funktionsevne vurderer I på TKM, om borgerens rehabiliteringsplan skal justeres. Udfør evt. supplerende udredninger fx i forhold til delir, ensomhed eller måling af vitale parametre.

Det tværfaglige koordineringsmøde (TKM)

Når I arbejder med rehabilitering, er det afgørende at dele jeres faglighed med hinanden. I holder derfor et tværfagligt koordineringsmøde (TKM) ca. en gang om ugen. Det varer en time, og I drøfter ca. 8-10 borgere hver gang. Mødeleder sørger for, at I gør status på den enkelte borger og taler om, hvordan I bedst sikrer fremdrift. Hav hele tiden borgerens mål som pejlemærke for jeres indsats og drøftelser.

Fase 4

Afslutning og eventuelt revisitation

Formål

I evaluerer sammen med borgeren, hvordan rehabiliteringsmålet er nået. Når I afslutter forløbet i HTSH, er borgeren enten blevet helt eller delvis selvhjulpnen og fortsætter eventuelt sit rehabiliteringsforløb i Hjemmeplejen.

Handlinger

Gør status på borgerens mål. Er det lykkedes jer at støtte borgeren i at blive selvhjulpnen? Når I vurderer, at bor-

geren skal afsluttes fra et forløb i HTSH, drøftes det med Myndighed på et TKM. I planlægger sammen borgerens afslutning eller overgang til Hjemmeplejen. Præcis og fyldestgørende dokumentation er udgangspunkt for Myndigheds afgørelse og eventuelt Hjemmeplejens videre samarbejde med borgeren.

I planlægger et hjemmebesøg hos borgeren efter 2 og 6 uger.

Fase 5

Opfølgende besøg

Formål

I besøger borgeren efter 2 og 6 uger for at følge op på, om borgeren fastholder sine ønsker og sin funktions-evne. De opfølgende besøg er også med til at sikre en god overgang til Hjemmeplejen for de borgere, der fortsætter deres forløb dér.

Handlinger

Vær opmærksom på disse ting ved besøgene hjemme hos borgeren:

- **Hvordan klarer borgeren sit hverdagsliv?**
- **Dan jer et billede af borgeren, både fysisk, psykisk og socialt.**
- **Motiver borgeren til at forfølge sine mål.**

Hjemmeplejen deltager i besøget, hvis de kommer i borgerens hjem. Det fælles besøg understøtter den gode overgang.

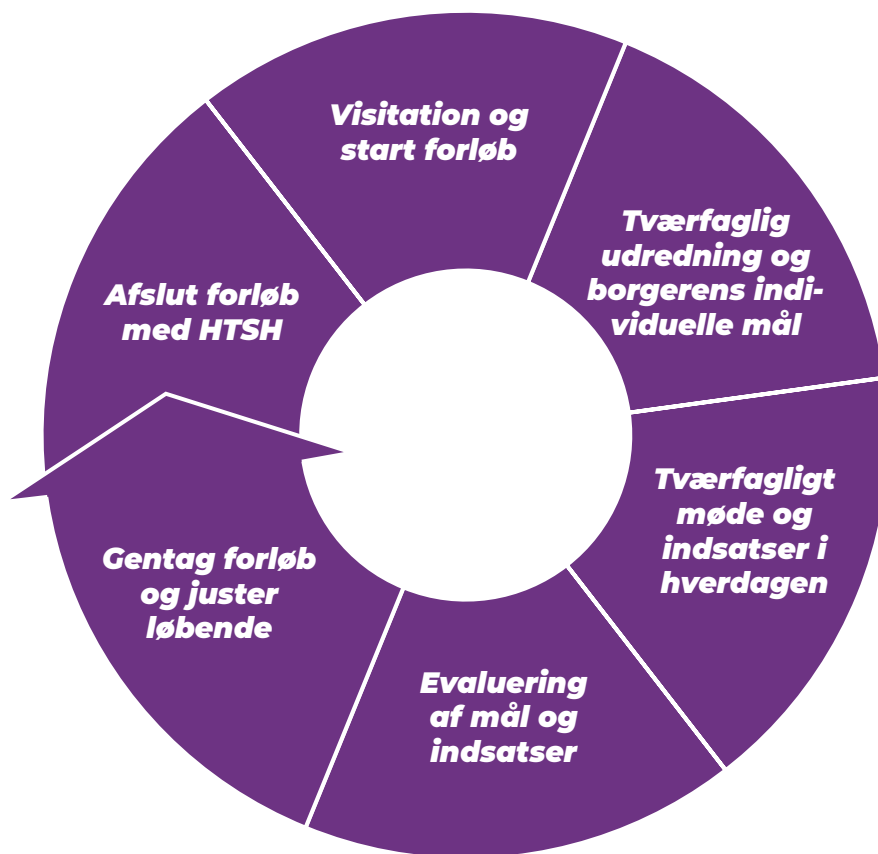


Hjemmeplejen

SKÆR VÆK



Alle borgere, I møder i Hjemmeplejen, skal have en rehabiliteringsplan. Nogle borgere er nye, andre har I kendt i mange år. I arbejder med rehabilitering og sætter mål sammen med borgeren.



Formål

Når en borger er afsluttet i HTSH og kommer til jer, skal I være med til at skabe den gode overgang.

Handleringer

For at sikre en god overgang fra HTSH til hjemmeplejen skal I kende til de mål, som borgeren har arbejdet med i HTSH, samt planen for det videre forløb.

Sammen med HTSH deltager I i de opfølgende besøg hos borger. Møderne afholdes 2 og 6 uger efter borger er overgået til Hjemmeplejen. Møderne planlægges af HTSH.

Fase 1

Visitation og start forløb

Formål

Når en borger kommer til jer, skal I være med til at skabe en god start og koordination på rehabiliteringsindsatsen i Hjemmeplejen.

Handlinger

I koordinerer opstarten på rehabiliteringsindsatsen i Hjemmeplejen ved at sætte jer ind i borgerens dokumentation, fx fra omsorgsjournal eller fra hospital. Dokumentationen kan også være udarbejdet af kolleger fra Myndighed eller HTSH.

I orienterer jer i borgerens rehabiliteringsplan og i Fællessprog III (FS III). Tilsammen giver FS III den syste-

matiske udredning af borgeren et fagligt grundlag til at kunne vurdere funktionsevnen. Hvordan fungerer borgeren fysisk, psykisk og socialt? Kig også på, hvor langt borgeren er fra at nå de rehabiliteringsmål, som han eller hun allerede har. Og tænk over, hvordan I kan støtte borgeren i at arbejde videre med rehabiliteringsmålet.

Hos borgere med mange og komplekse problemstillinger deltager fx en medarbejder fra HTSH på jeres første møde, så I sammen kan koordinere borgerens rehabiliterende forløb i Hjemmeplejen.

Fase 2

Tværfaglig udredning og borgerens individuelle mål

Formål

Jeres rehabiliterende arbejde bygger på de oplysninger, I får i dialog med borgere og pårørende og gennem jeres faglige udredninger. Her får I viden om borgerens ressourcer, ønsker og funktionsevne.

Handlinger

I jeres møde med borgeren arbejder I systematisk og udfører de tværfaglige udredninger. Spørg borgeren, hvilke mål han eller hun har, og hvad det betyder i hverdagen at få målene

opfyldt. Jeres samtale med borgeren, dennes mål og de tværfaglige udredninger er udgangspunktet for rehabiliteringsplanen.

Hvis borgeren har været i HTSH, tager I udgangspunkt i screeninger, faglige udredninger og borgerens rehabiliteringsmål derfra. Sammen med borgeren sætter I nye indsatser i gang eller arbejder videre med den plan, der er lagt.

Vurdering af funktionsevnen

'Funktionsevnen' er en del af Fællessprog III (FSIII) og fortæller noget om det hele menneske. I kommer tit i borgerens hjem og har derfor god mulighed for at lære ham eller hende at kende. Det kan betyde meget, når I sammen skal sætte og opfylde borgerens rehabiliteringsmål.

Borgerens rehabiliteringsmål er

SMARTE:

Specifikke

Målbare

Attraktive

Realistiske

Tidsafgrænsede

Evaluerbare



Værktøjer til udredning

I anvender systematiske udredninger til at planlægge borgerens rehabiliteringsindsats:

- Sygeplejefaglig udredning
- Borgerens mål (PSFS)
- Ernæringsudredning
- Rejse-sætte-sig-test (RSS)
- Borgerens generelle oplysninger

Værktøjerne kan suppleres med fagspecifikke udredninger og evt. Livskvalitet (EQ-5D-5L)



Fase 3

Tværfagligt møde og indsatser i hverdagen

Formål

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) i Hjemmeplejen planlægger I, hvilke handlinger I skal sætte i gang, for at borgeren når sit rehabiliteringsmål.

Handlinger

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) er mødelederen ofte en afdelingsleder eller en erfaren mødeleder. Det er mødelederens ansvar, at alle faggruppers viden kommer frem på mødet. Rehabiliteringsplanen indeholder de handlingsanvisninger, som skal til, for at borgeren kan nå sit mål. Derfor er det vigtigt, at alle faggrupper får taletid på jeres møde.

Sammen med borgeren kan I løbende tilpasse handlingsanvisninger, når borgerens funktionsevne ændrer sig. Ved begyndende sygdomstegn eller tab af funktionsevne vurderer I på

TKM, om borgerens rehabiliteringsplan skal justeres.

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM):

- **Koordinerer og deler I viden med hinanden.**
- **Drøfter I, hvor langt eller tæt borgeren er på sit rehabiliteringsmål.**
- **Justerer I på handlingsanvisninger eller borgerens rehabiliteringsmål for at sikre fremdrift i borgerens forløb.**

I holder mødet ca. en gang om ugen, og I drøfter ca. 8-10 borgere hver gang. Mødeleder sørger for, at I gør status på den enkelte borger og taler om, hvordan borgerens rehabiliteringsmål er pejlemærke for jeres indsats og drøftelser.

Koordiner med dine kolleger

Gennem hverdagsobservationer triggerer I borgeren hver dag og vurderer, om der er behov for supplerende udredning, fx i forhold til delirium, depression, demens, ensomhed eller måling af vitale parametre.

Diætist

Social- og
sundhedshjælper

Fysioterapeut

Sygeplejerske



- Koordinator og dokumenter med dine kolleger i det daglige arbejde
- Gør borgeren fremskridt?
- Når borgeren sine delmål?
- Skal døgnrytmeplanen justeres?

Fase 4

Evaluering af mål og indsatser

Formål

Når I arbejder rehabiliterende, skal I hele tiden tilpasse og evaluere indsatser, så borgeren får den rette støtte.

Handlinger

Mens borgeren arbejder for at opnå sit rehabiliteringsmål, skal I evaluere, gentage udredninger og vurdere, om borgeren gør fremskridt, som I har planlagt:

- **Har borgeren helt eller delvist nået sit rehabiliteringsmål?**
- **Skal der justeres på målene?**
- **Eller er I allerede nu klar til sammen med borgeren at arbejde med et nyt rehabiliteringsmål?**

Gentag forløb og juster løbende

Processen er kontinuerlig, hvorfor fase 3 og 4 gentages løbende, dvs. I følger borgerens motivation og fremskridt, gentager udredninger og bruger de tværfaglige koordineringsmøder til at evaluere og planlægge de handlinger, som hjælper borgeren til at nå målet. I sætter nye mål sammen med borgeren.

Bliver borgeren selvhjulpnen og ikke længere har behov for hjemmepleje, afslutter Myndighed indsatsen.

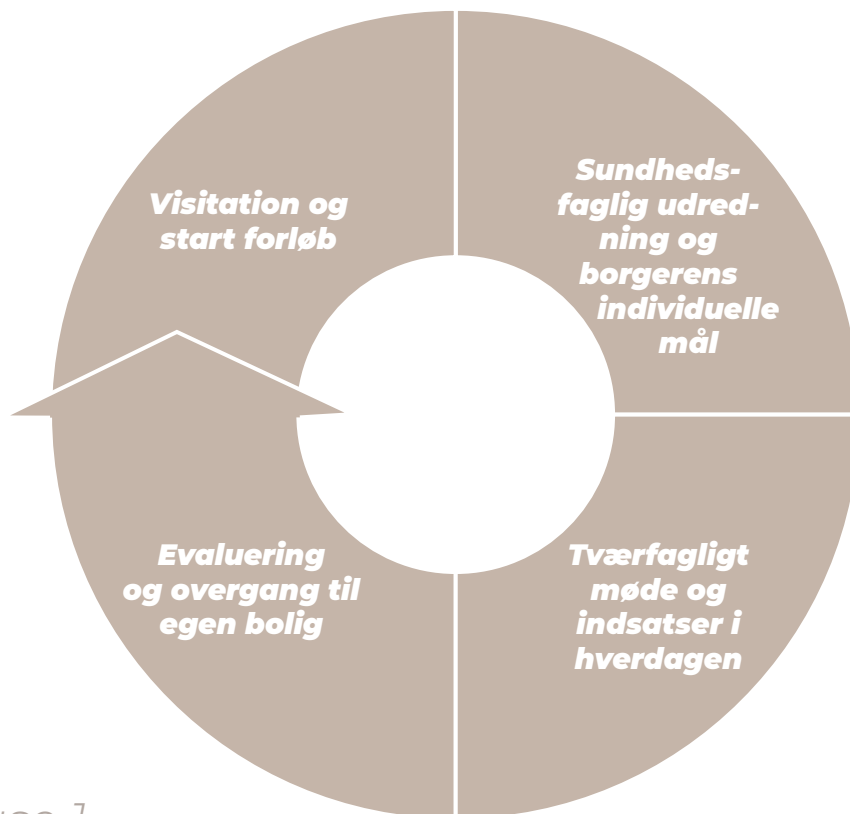
Rehabiliteringsafdeling

SIKÆR VÆK

På Rehabiliteringsafdelingen er der fokus på at stabilisere borgere efter et hospitalsophold, eller hvis borgeren får et så stort funktionsevnetab, og denne vurderes til ikke at kunne rehabiliteres i egen bolig. Her er fokus på at vurdere borgerens psykiske og fysiske funktionsevne, samt at starte et rehabiliteringsforløb op, som kan fortsætte i borgerens eget hjem. Opholdet på Rehabiliteringsafdelingen er kort, og det vurderes løbende, hvornår rehabiliteringen bedst fortsætter i eget hjem.

SKÆR VÆK





Fase 1

Visitation og start forløb

Formål

Borgeren kan have behov for et kort midlertidigt ophold på Rehabiliteringsafdeling efter et hospitalsophold eller efter et større funktionsevnetab i

eget hjem. Ud fra den visitation, som I modtager fra udskrivningskoordinator fra Myndighed, planlægges borgers ankomst på afdelingen og

det første møde med borgeren. Ud fra den visitation, som I modtager fra udskrivningskoordinator fra Myndighed, planlægger I jeres første møde med borgeren.



Værktøjer til udredning

I anvender systematiske udredninger til at planlægge borgerens rehabiliteringsindsats:

- Sygeplejefaglig udredning
- Borgerens mål (PSFS)
- Ernæringsudredning
- Rejse-sætte-sig-test (RSS)
- Borgerens generelle oplysninger

Værktøjerne kan suppleres med fagspecifikke udredninger eventuelt Livskvalitet (EQ-5D-5L) og yderligere udredning til borgere med erhvervet hjerneskade.

Handlinger

I starter med at orientere jer i de informationer, I får fra Myndighed. Funktionsevnevurdering (FSIII), henvendelsesskema/plejeforløbsplan og udskrivningsrapport viser den samlede faglige vurdering af borgerens behov for et midlertidigt ophold. I skal have

et øget sundhedsfagligt fokus, da borgere efter udskrivelse på hospital ofte har behov for en målrettet sygeplejefaglig indsats. Vær opmærksom på om borgeren har en genoptræningsplan (GOP). I aftaler, hvem der deltager i det første samarbejds møde hos borgeren.

Fase 2

Sundhedsfaglig udredning og borgerens individuelle mål

Formål

Vores rehabiliterende arbejde bygger på dokumentation fra Myndighed, borgerens ønske og livshistorie samt de faglige udredninger og vurderinger. For at borgeren får den bedste effekt af rehabiliteringsforløbet, skal I hurtigt sikre, at borgerens sundhedstilstand stabiliseres, så borgeren kan fortsætte rehabilitering i eget hjem.

Handlinger

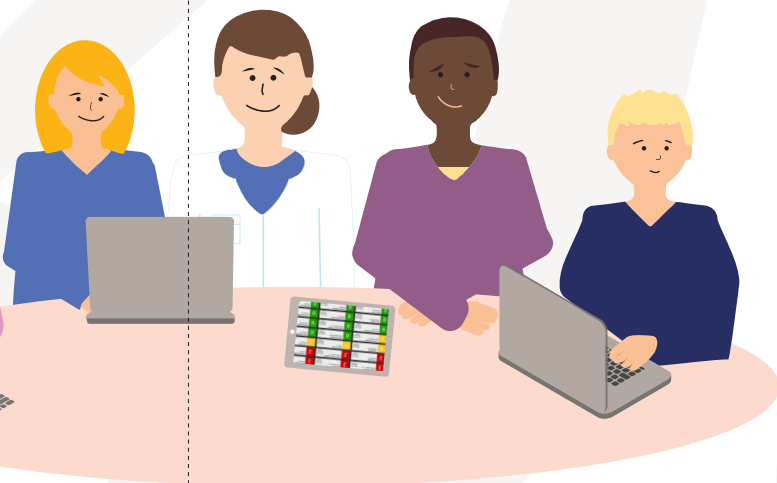
I starter op med de faglige udredninger og vurderinger. Den sygeplejefaglige udredning er basisfundament for en god rehabiliteringsproces. Når I har lagt en plan for den sygeplejefaglige indsats, inddrages evt. øvrige samarbejdspartnere så som HTSH, Træning og Sundhed eller andre relevante samarbejdspartnere i udredningen og målsætningen, med henblik på at borgeren hurtigt skal fortsætte rehabiliteringsforløb i eget hjem.

I vurderer sammen med borgeren eller pårørende, om han eller hun har behov for fx hjælpemidler eller velfærdsteknologiske løsninger for at kunne komme hjem i egen bolig. Derudover vurderes, om der er behov for et yderligere træningsforløb eller kontakt til diætist.

På første samarbejds møde med borgeren opdateres funktionsevnevurderingen, som samlet giver et billede af borgerens ressourcer.

I spørger også til borgerens ønsker, mål og livssituation samt afstemmer forventninger til rehabiliteringsforløbet med borgeren og pårørende.

Borgere med erhvervet hjerneskade har ofte et yderligere behov for en tidlig tværfaglig indsats og koordinering med fx hjerneskadekoordinator, neuropsykolog, terapeuter og evt. HTSH.



Fase 3

Tværfagligt møde og indsatser i hverdagen

Formål

På det første tværfaglige koordineringsmøde (TKM) planlægges I, hvilke handlinger og indsatser der skal sættes i gang, for at borgerens sundhedstilstand stabiliseres og denne kan fortsætte sit rehabiliteringsforløb i eget hjem.

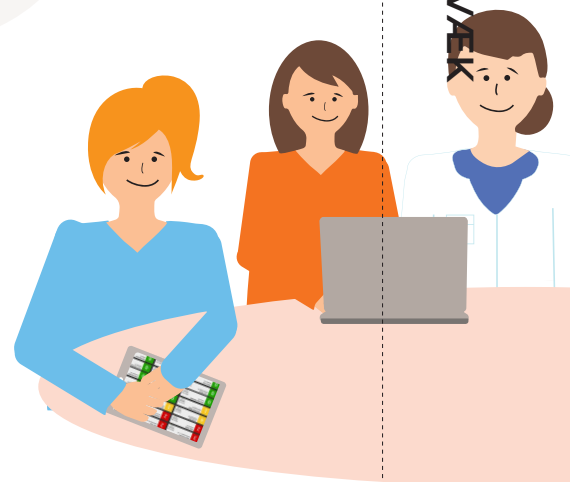
Handlinger

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) er mødelederen ofte en

afdelingsleder eller en erfaren mødeleder. Det er mødelederens ansvar, at alle faggruppers viden kommer frem. Der lægges en tidsafgrænset plan med udgangspunkt i borgerens sundhedstilstand, rehabiliteringsmål, den tværfaglige udredning og faglige vurderinger samt ud fra samtaler med borgeren – dét er borgerens rehabiliteringsplan.

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM):

- **Koordinerer og deler i viden med hinanden.**
- **Drøfter i, hvor langt eller tæt borgeren er på sit rehabiliteringsmål.**
- **Justerer på handlingsanvisninger eller borgerens rehabiliteringsmål for at sikre fremdrift i borgerens forløb.**
- **Drøfter de tværfaglige indsatser, der skal til, for at borger kan komme hjem i egen bolig og fortsætte sin rehabilitering. Fx kan her planlægges her hjemme besøg mv.**



SKÆR VÆK

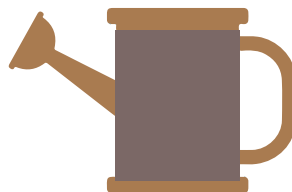
I benytter hinandens faglighed i det daglige arbejde, koordinerer og dokumenterer indsatsen:

- **Gør borgeren fremskridt?**
- **Når borgeren sine delmål?**
- **Eller skal handlingerne i hverdagen justeres?**



Gennem hverdagsobservationer triggerer I borgeren hver dag og udfører på den baggrund eventuel supplerende udredning fx i forhold til delirium, depression, demens, ensomhed eller måling af vitale parametre.

Ved forværring i sygdomsbillede eller tab af funktionsevne vurderer I på TKM, om borgerens sygeplejefaglige plan skal justeres.



Fase 4

Evaluering og overgang til egen bolig

Formål

I evaluerer sammen med borgeren og evt. pårørende, hvordan rehabiliteringsforløbet bedst kan fortsætte i eget hjem. I afholder derfor et samarbejds møde med borger, pårørende og evt. samarbejdspartnere, som afklarer borgerens behov for yderligere indsatser i det videre rehabiliteringsforløb.

Handlinger

På samarbejds mødet har flowkoordinator fra Myndighed en vigtig rolle i at afklare, hvornår og hvordan borgeren kan komme hjem fra Rehabiliteringsafdelingen. I planlægger i samarbejde med flowkoordinator samt samarbejdspartnere i HTSH, Hjemmeplejen,

Plejecentrene og genoptræningen borgerens overgang til egen bolig. Præcis og fyldestgørende dokumentation samt faglige drøftelser fra samarbejds mødet giver et solidt udgangspunkt for afgørelsen fra Myndighed om, hvor indsatserne skal ske. I den borgeren skal hjem fra Rehabiliteringsafdelingen, er indsatserne planlagt og koordineret, så borgeren oplever en sammenhæng i rehabiliteringsforløbet – uanset om udgangspunktet er borgerens eget hjem eller en plejebolig.

I forsøger altid at sikre en god overgang, uanset om borgeren flytter hjem i egen bolig eller på Plejecenter.

Tværfagligt koordineringsmøde (TKM)

TKM har fokus på, at I deler jeres faglighed med hinanden. I holder mødet ca. en gang om ugen. Mødet varer en time, og I drøfter ca. 8-10 borgere hver gang. Mødeleder sørger for, at I gør status på den enkelte borger og taler om, hvordan borgerens rehabiliteringsmål er pejlemærke for jeres indsats og drøftelser.



Plejecenter

SKÆR VÆK



Alle borgere, der bor på et plejecenter i Roskilde Kommune, har en rehabiliteringsplan. Det betyder, at I sammen med borgeren og eventuelt de pårørende finder frem til hvilke mål, der giver borgeren værdighed, livskvalitet og hjælper borgeren til at vedligeholde funktionsevnen længst muligt.



Fase 0 **Inden indflytning**

Formål

I tager de første skridt til at lære borgeren at kende.

Handlinger

Inden borgeren flytter ind på plejecentret, sætter I jer ind i borgerens dokumentation fx fra omsorgsjournal eller fra hospital. Dokumentationen

kan også være udarbejdet af kolleger fra Myndighed, Hjemmeplejen eller HTSH.

Fase 1

Modtagelse og velkomst

Formål

I byder den nye borger og de pårørende velkommen. I skal være med til at skabe en god indflytning og modtagelse på Plejecenter.

Handlinger

Kort efter I har modtaget og budt den nye borger og pårørende velkommen, afholder I en indflytningssamtale. Som en del af indflytningssamtalen med borgeren og eventuelt pårørende får I viden om borgerens livshistorie, vaner, ønsker og forventninger og dermed viden om, hvad der kan være med til at skabe en meningsfuld hverdag på Plejecenter.

Begynd jeres rehabiliterende arbejde på Plejecenter med at se på de tvær-

faglige udredninger og vurderinger, som viser, hvilke indsatser, aktiviteter og støtte borgeren har brug for, som kan være med til at skabe en meningsfuld hverdag.

- **Hvader borgerens funktionsevne fysisk, psykisk og socialt?**
- **Hvis borgeren allerede har en rehabiliteringsplan, arbejder I videre med rehabiliteringsmålene.**

I kan i nogle tilfælde inddrage kolleger fra andre områder i Roskilde Kommune, hvis det kan give borgeren en bedre oplevelse af indflytningen på Plejecenter.



Værktøjer til udredning

- Sygeplejefaglig udredning
- Borgerens mål (PSFS)
- Ernæringsudredning
- Rejse-sætte-sig-test (RSS)
- Borgerens generelle oplysninger

Værktøjerne kan suppleres med fagspecifikke udredninger og eventuelt Livskvalitet (EQ-5D-5L).

Fase 2

Tværfaglig udredning og borgerens individuelle mål

Formål

Jeres rehabiliterende arbejde bygger på de oplysninger, I har om borgeren heriblandt dokumentation fra Myndighed og evt. Hjemmeplejen, HTSH eller Rehabiliteringsafdeling, borgers ønsker og livshistorie samt de faglige udredninger og vurderinger.

Handlinger

Hvis borgeren kan deltage, holder I et møde med borgeren og eventuelt pårørende, hvor I spørger ind til borgers ønsker, og hvordan I sammen kan skabe en meningsfuld hverdag for borgeren. På mødet aftaler I de rehabiliteringsmål, der er omdrejningspunktet i rehabiliteringsplanen og dermed indsatser i hverdagen.

Borgers rehabiliteringsmål kan være en kombination af borgers ønsker og en faglig vurdering af borgers behov. Det kan være nødvendigt og givende at inddrage de pårørende, så I kommer rundt om alle borgers behov, vaner og ønsker. Når I involverer de pårørende, så er det også for at skabe fundamentet for et godt samarbejde.

Borgers rehabiliteringsmål er

SMARTE mål:

de er **S**pecifikke

de er **M**ålbare

de er **A**traktive for borgeren

de er **R**ealistiske

de er **T**idsbestemte

de er **E**valuerbare



Mål for borgere med hukommelsessvækkelse

Hvis borgeren er hukommelsessvækket eller har andre kognitive udfordringer, kan målene både være formuleret af borgeren, af fagpersoner eller af de pårørende. I kan med fordel involvere familiemedlemmer og venner, når I planlægger forløbet. De kender borgeren og kan måske hjælpe til, så indsatsen tager udgangspunkt i borgerens rehabiliteringsmål. Inddrag også plejecentrets videnspersoner som fx Marte Meo-terapeuter i forløbet. Borgerens rehabiliteringsmål behøver ikke at være store, men kan fx være, at borgeren bliver tryk, rolig og glad.

Fase 3

Tværfagligt møde og indsatser i hverdagen

Formål

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) planlægger I, hvilke indsatser I skal sætte i gang.

Handleringer

Det tværfaglige koordineringsmøde (TKM) ledes af en erfaren mødeleder.

Det er mødelederens ansvar, at alle faggruppers viden kommer frem. Rehabiliteringsplanen indeholder handlingsanvisninger, så jeres arbejde tager udgangspunkt i borgerens rehabiliteringsmål.

Ved begyndende sygdomstegn eller tab af funktionsevne vurderer I på TKM, om borgerens rehabiliteringsplan skal justeres.

På det tværfaglige koordineringsmøde (TKM)...

- **Koordinerer og deler I viden med hinanden.**
- **Drøfter I, hvor langt fra eller tæt på borgeren er på sit rehabiliteringsmål.**
- **Om det er nødvendigt at justerer på handlingsanvisninger eller borgerens mål for at sikre fremdrift i borgerens forløb i HTSH.**



Dokumentér borgerens udvikling, og hvordan I ser udviklingen i hverdagen. Gennem hverdagsobservationer triagerer I borgeren hver dag og vurderer, om der er behov for supplerende udredning fx i forhold til delirium, depression, demens, ensomhed eller måling af vitale parametre. Den daglige kontaktperson har opmærksomhed på borgerens rehabiliteringsmål ved en kontinuerlig dialog med borgeren og eventuelt pårørende:

- **Hvordan klarer borgeren hverdagen?**
- **Hvordan går det med rehabiliteringsmålet? Skal mål tilpasses?**
- **Dokumentér ændringer i forhold til det rehabiliterende mål minimum en gang om ugen.**

I gentager de faglige udredninger og vurderinger og tilrettelægger eventuelt indsatsmål, tilstande og døgnrytmeplan. På det tværfaglige koordineringsmøde planlægger I indsatser og opdaterer rehabiliteringsplanen.

Tværfagligt koordineringsmøde (TKM)

Her har I fokus på at dele jeres viden og faglighed med hinanden. I gør status på den enkelte borger og taler om, hvordan jeres indsats og drøftelser stemmer overens med borgerens rehabiliteringsmål. Eventuelt justerer I på handlingsanvisninger eller borgerens rehabiliteringsmål.

Rehabiliteringsplanen evalueres på TKM minimum hver 3. måned. Mål kan fortsætte udover de 3 måneder, hvis det er til gavn for borgeren.

Fase 4

Evaluering af mål og indsatser

Formål

Når I arbejder rehabiliterende, skal I hele tiden tilpasse og evaluere borgernes mål og indsatser, så borgeren får den rette støtte.

Handlinger

Når I holder statusmøder med borgeren og pårørende, skal I have borgernes rehabiliteringsmål for øje og sammen afgøre, om mål og indsatser skal justeres.

Gentag forløb og juster løbende

Processen er kontinuerlig, hvorfor fase 3 og 4 gentages løbende, dvs. udredninger gentages, og indsatser vurderes løbende både i hverdagen og på TKM.





Hjælpemidler og velfærdsteknologi



Hvis I arbejder i borgerens eget hjem, skal I sammen med borgeren vurdere, om der er behov for hjælpemidler eller velfærdsteknologiske løsninger, som understøtter borgerens mål. Hjælpemiddelafsnittet har viden om, hvilket specifikt produkt der er bedst.



Hjælp til et selvstændigt liv

Formål

Formålet med den fælles rehabiliteringsindsats er, at borgeren opnår et selvstændigt liv trods eventuelt fysiske, psykiske eller sociale begræns-

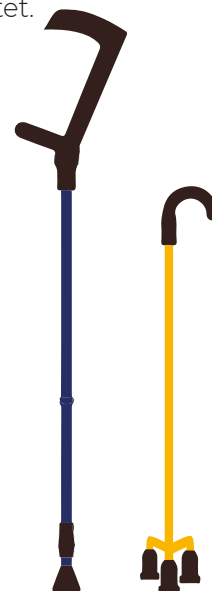
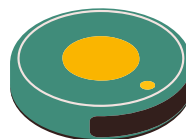
ninger. Nogle af begrænsningerne kan blive mindre med hjælpemidler og velfærdsteknologi, som kan lette borgerens hverdag.

Handlinger

Hjælpemiddelafsnittet indgår i den samlede rehabiliteringsindsats for borgeren og deltager ved særlige behov på de tværfaglige koordineringsmøder (TKM). Hjælpemiddelafsnittets faglighed, sparring med borgeren og drøftelser på tværfaglige koordineringsmøder afgør, om hjælpemidler og velfærdsteknologi er en del af løsningen i borgerens rehabiliteringsforløb.

På møderne bidrager Hjælpemiddelafsnittet med viden om hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, som kan støtte borgerens rehabiliteringsforløb. Rådgivningen omfatter både hjælpemidler, velfærdsteknologi og sædvanligt indbo, som borgeren selv kan købe i butikker.

Undervejs i rehabiliteringsforløbet kan det vise sig, at borgeren vil have gavn af hjælpemidler for at klare hverdagen. Der kan også være behov for velfærdsteknologier, der ændrer måden, vi hjælper borgeren på, fx et skylle-/tørretoilet eller apps, der hjælper på struktur i hverdagen. Hvis det er tilfældet, kan I kontakte Hjælpemiddelafsnittet.



I beskriver borgerens problemstilling, funktionsevne og målet for rehabiliteringsindsatsen. Hjælpemiddelafsnittet har stor viden om de muligheder, som findes, og kan rådgive og vejlede både jer og borgeren om, hvilke produkter der gør hverdagslivet nemmere. I sikrer derved, at der er en sammenhæng til borgerens rehabiliteringsplan.

Hjælpemidler og velfærdsteknologi kan:

- **Gøre det lettere for borgeren at udføre gøremål i hverdagen.**
- **Hjælpe borgerne med at genvinde en specifik funktionsevne.**
Fx kan en rollator gøre det nemt for borgeren at komme ud.
- **Støtte borgeren i at leve med et funktionsevnetab.**
- **Give frihed til det levede liv og borgerens rehabiliteringsmål.**





Rehabilitering i Roskilde Kommune

Roskilde Kommune har udviklet en systematisk og struktureret model for rehabilitering inden for sundheds- og omsorgsområdet. I modellen er de faglige udredninger, sundhedsfaglige screeninger og borgerens egne ønsker omdrejningspunktet. Vi anvender modellen som en fast del af vores hverdag, hvor medarbejderne arbejder tværfagligt for at sikre borgeren størst mulig selvstændighed.

Indsatsen er systematiseret i 'Den Rehabiliterende Organisation', som Roskilde Kommune i 2015 modtog 'Den Danske Rehabiliteringspris' for. I denne håndbog beskriver vi, hvordan vi griber rehabiliteringen an i vores hverdag.