



# Aftalemål for Rehabiliteringsenheden 2019-2022



## 1. Indledning

Med afsæt i Randersmodellen indgår Randers Byråd aftaler med alle arbejdspladser i Randers Kommune.

Det overordnede mål med aftalestyringen er at skabe effektiv service med høj kvalitet til borgerne, mere udvikling, råderum til de kommunale ledere og medarbejdere samt bedre muligheder for det kommende byråd at styre kommunen. Aftalens formål er således at skabe sammenhæng mellem byrådets politik og Rehabiliteringsenhedens faktiske handlinger samt at skabe klarhed for ledere og medarbejdere over, hvilke mål de skal forfølge, og inden for hvilken ramme dette skal foregå.

Rehabiliteringsenheden kerneopgaver er:

- Genoptræning og rehabilitering. Her er alle borgerforløb visiterede forløb. Borgers vej ind i Rehabiliteringsenheden går via enten egen læge eller hospitalet.
- Forløbskoordination for borgere, der er ramt af en alvorlig og kompleks sygdom, hvor der er særligt behov for at skabe et sammenhængende forløb.

Rehabiliteringsenheden vil fortsat have fokus på høj borgertilfredshed og faglig kvalitet. I aftaleperioden 2019-2022 ønsker vi ligeledes at sætte særligt fokus på at skabe mere lighed i sundhed samt at udvikle og kvalitetssikre vores indsatser på baggrund af indsamlede data.

## 2. Lovgivning, politiske visioner og mål

Byrådets visioner for den indeværende valgperiode lægger vægt på mestring, livsduelighed og lighed i sundhed.

Rehabiliteringsenheden sikrer i samarbejde med træningsområdet i Omsorg, at alle borgere i Randers Kommune, der udskrives fra hospital med en genoptræningsplan, får en professionel, sammenhængende og effektiv rehabilitering, så de igen kan mestre eget liv.

I vores kronikerforløb og forløbskoordinationen har vi fokus på at støtte borgere, der har behov for en særlig indsats.

Lovgivningsmæssigt tager Rehabiliteringsenhedens arbejde afsæt i Sundhedsloven § 140 om genoptræning efter hospitalsindlæggelse, § 140 a om vederlagsfri fysioterapi og § 119 stk. 1 og 2 om Forebyggelse og sundhedsfremme på kronikerområdet.

Beskæftigelsesloven jf. "lov om aktiv beskæftigelsesindsats kap. 2a" i Rehabiliteringsenheden udbydes sundhedsfaglige indsatser til borgere i ressourceforløb. Derudover leveres en beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med hjerneskade, der er i forløb i Rehabiliteringsenheden

I Rehabiliteringsenheden arbejder vi for at borgerne får helhedsorienterede, tværfaglige indsatser af høj kvalitet med afsæt i vores vision og mission;

#### Vision

Vi vil yde den bedste rehabilitering, der giver mening og værdi for borgerne nu og fremover

#### Mission

Vi er et kraftcenter i Randers kommune, der leverer en professionel, sammenhængende og effektiv rehabilitering, som sikrer at borgeren hurtigst muligt igen er i stand til at mestre eget liv

#### Medarbejdere i Rehabiliteringsenheden

- 4 Ergoterapeuter
- 23 Fysioterapeuter
- 1 Sygeplejerske
- 1 Neuropsykolog<sup>1</sup>
- 1 Forløbskoordinator for senhjerneskode
- 2 Forløbskoordinatorer for kræft
- 3 Forløbskoordinatorer/jobkonsulenter: Aktiv Sygemeldt<sup>2</sup>
- 1 Faglig leder
- 1 Leder

I alt 37

<sup>1</sup> Denne indsats bortfalder pr. 1/1-2019, da indsatsen er omfattet af besparelserne på Jobcentret oktober 2018.

<sup>2</sup> Denne indsats reduceres til 1 forløbskoordinator pr. 1/1-2019, da indsatsen er omfattet af besparelserne på Jobcentret oktober 2018. Fremadrettet vil det kun være borgere med erhvervet hjerneskode som vil modtage den beskæftigelsesrettede indsats i Rehabiliteringsenheden.

	Definition	Beskrivelse af opgaven	Antal forløb i 2017
<b>Forløb for borgere med kronisk sygdom.</b>	<p>Forløbsprogrammer er anbefalinger fra Region Midt, der beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand.</p> <p>Programmerne sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter<sup>3</sup>.</p>	<p>Rehabiliteringsenheden udbyder holdtilbud indenfor følgende kroniske sygdomme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kræft</li> <li>• KOL</li> <li>• Hjertekarsygdom</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Lænderyg</li> </ul>	Ca. 700
<b>Genoptræning</b>	<p>Genoptræning defineres som optræning af funktionsevne for at opnå:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samme funktionsniveau som tidligere</li> <li>• Det bedst mulige funktionsniveau</li> </ul> <p>Genoptræningsplaner opdeles i basal og avanceret niveau, samt specialiseret rehabilitering. Rehabiliteringsenheden varetager genoptræning på alle niveauer.</p>	<p>Rehabiliteringsenheden varetager genoptræning af diagnoser indenfor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopædkirurgiske område</li> <li>• Medicinske område</li> <li>• Neurologiske område, herunder senhjerneskade</li> </ul>	Ca. 1200 genoptræningsplaner

<sup>3</sup> <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloebprogrammer>

	Definition	Beskrivelse af opgaven	Antal forløb i 2017
<b>Forløbskoordination</b>	<p>En forløbskoordinator støtter borgere og pårørende under sygdomsforløb og koordinerer indsatsen med andre af kommunens afdelinger, hospital, praktiserende læge mv.</p> <p>Forløbskoordinatorens opgave er at sikre et sammenhængende forløb for borgere som er ramt af en alvorlig og kompleks sygdom.</p>	<p>Rehabiliteringsenheden har forløbskoordinatorer indenfor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kræft</li> <li>• Senhjerneskode</li> <li>• Aktiv sygemeldt</li> </ul> <p><sup>4</sup>(beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere der er i forløb i Rehabiliteringsenheden</p> <p>Der tilbydes en række indsatser både individuelt og på hold  <a href="https://genoptraening.randers.dk/forloebskoordination/">https://genoptraening.randers.dk/forloebskoordination/</a></p>	ca. 600
<b>Ressourceforløb</b>	<p>Et Ressourceforløb er en længerevarende indsats for borgere med begrænsninger i arbejdsevnen og med risiko for at ende på førtidspension. Der vil typisk være indsatser fra forskellige afdelinger i kommunen inden for beskæftigelses-, sundheds-, uddannelses- og socialområdet.</p>	<p>Rehabiliteringsenheden udfører sundhedsfaglige holdindsatser bestilt af udviklingshuset på jobcentret.</p> <p>Formålet med den sundhedsfaglige indsats er via forskellige træningstilbud, at bidrage til at borgerne på sigt kan få en tilknytning til arbejdsmarkedet.</p>	ca. 110
<b>Vederlagsfri Fysioterapi</b>	<p>Vederlagsfri fysioterapi tilbydes på lægehenvielse og er målrettet både personer med svært fysisk handicap, samt personer med progressive sygdomme tidligere i sygdomsforløbet, hvor de endnu ikke har udviklet et svært fysisk handicap.</p>	<p>Formålet med den fysioterapeutiske indsats er at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner.</p>	Ca. 60

<sup>4</sup> Denne indsats reduceres pr 1/1-2019 til kun at omhandle borgere med erhvervet hjerneskode grundet besparelser på beskæftigelsesområdet.

**Tema: Kerneopgaven**

Rehabiliteringsenheden vil i den kommende aftaleperiode have fokus på fortsat at øge produktionen så vi kan løse kerneopgaverne inden for den givne økonomiske ramme. Vi har en forventning om en gennemsnitlig stigning på 5 % pr år i antallet af forløb.

Rehabiliteringsenheden ønsker samtidig at bibeholde den høje borgertilfredshed og høje faglige kvalitet.

Mål	Succeskriterier	Handlinger	Opfølgning/evaluering
<p>Ny lov om Frit valg til genoptræning er vedtaget 1.7.2018.</p> <p>Det betyder at alle borgere med en genoptræningsplan skal tilbydes en tid til opstart inden for 7 kalenderdage.</p>	<p>100 % af borgere med en genoptræningsplan får tilbudt en træningstid inden for 7 kalenderdage.</p>	<p>Der implementeres ny praksis for booking og registrering af ventetid.</p> <p>Koordinationsteamet, terapeuter, træningslederne i områderne (Omsorg) og ledelsen af Rehabiliteringsenheden arbejder tæt sammen om implementering.</p> <p>Der etableres ambulatoriefunktion i ferieperioder og ved spidsbelastning.</p>	<p>Ledelsen følger løbende data på området. Data følges på diagnoseniveau og personaleressourcer afstemmes så fristen overholdes.</p> <p>Ledelsen følger løbende op. Data analyseres, implementeringsplanen tilrettes, så der sikres fælles ansvarlighed for at overholde de 7 dage.</p> <p>Teamet og ledelsen følger løbende op på ambulatoriefunktionen i forhold til effektivitet og kvalitet i funktionen.</p>
<p>Bevare højt fagligt niveau samtidig med et øget produktionskrav.</p>	<p>Fastholde og tiltrække kompetente medarbejdere.</p> <p>Bevare Rehabiliteringsenhedens omdømme.</p>	<p>Ledelse, TR og AMiR samarbejder målrettet om arbejdsmiljø.</p> <p>Afholde omsorgssamtaler, MUS</p> <p>Ledelse og medarbejdere samarbejder om at afstemme opgavemængde og ressourcer så høj faglig kvalitet bevares.</p> <p>Deltage og bidrage til forskningsprojekter, samt regionale og nationale initiativer.</p>	<p>Kompetenceudvikling via sidemandsoplæring og relevante faglige kurser.</p> <p>Udviklingen følges i APV og ved Teamudviklingsamtaler.</p> <p>Medarbejdernes arbejdspress følges løbende hver måned via Flowmeter undersøgelse.</p>
<p>Høj borgertilfredshed i tilfredshedsundersøgelse.</p>	<p>Besvarelsesprocent 75% Heraf skal 95 % af dem være positive.</p> <p>Besvarelsene skal bidrage til arbejdet med ulighed i Sundhed.</p>	<p>Ny tilfredsundersøgelse udarbejdes og implementeres primo 2019.</p> <p>Fokus på besvarelsesprocent 1 x pr. måned på personalemøde.</p>	<p>Årlige rapporter analyseres og data bliver tilgængelige for teams, så borgerinddragelsen øges og er med til at kvalificere vores indsatser.</p> <p>Der trækkes kvartalsvis analyser på antal borgerbesvarelser.</p>

## Tema: Monitorering

Vi sætter i den nye aftaleperiode fokus på monitorering af rehabiliteringsforløb. Med monitoreringen ønsker vi at følge og justere vore rehabiliteringsforløb for borgere med kronisk sygdom, således indsatserne i højere grad giver værdi for borgerne. Samtidigt ønsker vi at arbejde med dataanvendelse i klinisk praksis som et redskab til at udvikle og kvalitetssikre vores indsatser. Jvf. ledelseskommisionens anbefalinger vil vi fremadrettet have et større fokus på effektdokumenteret og datainformeret ledelse.

Delmål	Succeskriterier	Handlinger	Opfølgning/Evaluering
At vi udvikler og implementerer en monitoreringsmodel.	<p>2018 Prøvehandling på monitoreringsmodel.</p> <p>2019 Justering og implementering af monitoreringsmodel.</p> <p>2020 og 2021 Monitoreringsmodellen implementeret.</p>	<p>Indsamling af data på tablets til SurveyXact og i henvisningsskema § 119.</p> <p>Bearbejdning og anvendelse af data.</p>	<p>I samarbejde med sekretariatet vil vi sikre korrekte og anvendelige data.</p> <p>Udvælge interessante nedslag i data og arbejde med kvalitetsudvikling ud fra disse.</p>
Vi vil udvikle Rehabiliteringsenhedens indsats ved at anvende data fra monitoreringen.	<p>Der skal identificeres og handles på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Områder med behov for at forbedre indsatsen.</li> <li>Succeser som kan udbredes til andre forløb i afdelingen.</li> </ul>	<p>Ledelse og teams udvælger forbedringsområder.</p> <p>Tilbuddene justeres med baggrund i dataanalyse, for at sikre at tilbuddene giver mest mulig værdi for borgerne.</p>	<p>Årligt udarbejdes en samlet dataanalyse.</p> <p>For at højne borgerinddragelse suppleres analysen med fokusgruppeinterview af borgere indenfor relevante områder.</p>
At anvende monitorering som et strategisk værktøj.	<p>90 % i besvarelsesprocent såvel i SurveyXact som i Nexus.</p> <p>At identificere parametre for effekt og gennemførelse af kronikerforløb. F.eks. borgerfrafald og frafaldsårsager.</p>	<p>Produktion af datasæt som bl.a. anvendes til videndeling i det tværkommunale samarbejde.</p> <p>Samarbejde om og bidrage til de nationale initiativer omkring monitorering af kronikerforløb.</p>	<p>Løbende opfølgning på svarprocenten på personalemøderne.</p> <p>Årlig dataanalyse udfærdiges og følges ledelsesmæssigt.</p> <p>På baggrund i de erfaringer vi gør os med monitorering laves datatræk og samlet rapport ved aftaleperiodens udløb.</p>

## Tema: Sundhedskompetence med fokus på ulighed i sundhed

I den kommende aftaleperiode har vi fokus på Sundhedskompetence i Rehabiliteringsenheden. Sundhedskompetence defineres som evnen til at læse, forstå og anvende viden om sundhed, samt evnen til at gå i dialog med sundhedsprofessionelle om sundhed/sygdom. Denne evne er hos sårbare borgere med kronisk sygdom særligt nedsat sammenlignet med normalbefolkningen. Den nedsatte sundhedskompetence mindsker disse borgeres mulighed for at få et godt og effektivt rehabiliteringsforløb. Vi ønsker i højere grad at kommunikere på en inddragende og forståelig måde, hvilket beskrives som et særligt fokusområde i Sundhedspolitikken. Vi ønsker også at skabe differentierede forløb, hvilket understøtter Randers kommunes vision: "Vi vil muligheder for alle – Alle skal med" og Sundhedspolitikens målsætning om at "Flere skal mestre eget liv".

Delmål	Succeskriterier	Handlinger	Opfølgning/Evaluering
Vi sætter fokus på at identificere borgernes grad af sundhedskompetence.	Implementere et brugbart screeningsredskab som afdækker borgernes sundhedskompetence i forløb med kronisk sygdom.	Afprøve og justere screeningsredskabet (CHAT).  Relevante screenings spørgsmål for sundhedskompetence medtages i samtaleguide til borgere med kronisk sygdom.	Screeningsredskabet evalueres første halvår af 2019 i samarbejde med Institut for Folkesundhed, Århus Universitet. Der evalueres på baggrund af fokus gruppeinterviews.  Opfølgning på implementering af ny samtaleguide i de enkelte teams.
Vi arbejder med differentierede indsatser efter borgers behov og sundhedskompetencer for at skabe lige udbytte af rehabiliteringsindsats.	Borgere med lav grad af sundhedskompetence støttes særligt i forløbet.  2022: 10 % højere gennemførselsprocent på forløb for borgere med kronisk sygdom i forhold til baseline 2019.  Vi måler og følger borgernes sundhedskompetenceniveau på udvalgte domæner på tværs af indsatser – over tid.	Anvende proaktive telefon opkald og SMS-beskeder forud for planlagte aftaler.  Afdække og minimere barrierer for gennemførelse af forløbet ved opstart og undervejs i forløbet.  Med udgangspunkt i målingerne etableres indsatser, der understøtter relevante behov relateret til sundhedskompetence. Eksempelvis; - Etablering af kontaktpersonsordning - Etablere et fælles overblik over lokale indsatser ift. at differentiere tilbud, således det bliver nemmere at henvise/guide til relevante indsatser.	Mini brugerundersøgelse, hvor vi afdækker hvorvidt borgere er blevet støttet og har fået de indsatser, der gav mening i deres sygdomsforløb.  Årlige udviklingsmøder med medarbejderne og ledere, hvor de enkelte kronikerteams videndeler og justerer indsatser.