

Skema 2: Beskrivelse af projektet

(max 5 sider, skrifttype Arial, skriftstørrelse 10)

1. Projektets titel
Øget livskvalitet for de ældre i Kalundborg Kommune gennem borgerinddragelse og selvstændig livsførelse
2. Hovedansøger
Kalundborg Kommune
3. Hvilket/hvilke tema(er) fra værdighedspolitikkerne tager projektet afsæt i? <i>Sæt minimum ét kryds</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Livskvalitet <input checked="" type="checkbox"/> Selvbestemmelse <input checked="" type="checkbox"/> Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen <input type="checkbox"/> Mad og ernæring <input checked="" type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> En værdig død <input type="checkbox"/> Bekæmpelse af ensomhed
4. Resumé af projektet (max 15 linjer)
<p>Formålet med dette projekt er at forbedre livskvaliteten for de ældre i Kalundborg Kommune, fordi vi oplever, at vi ikke altid leverer den omsorg og det nærvær, som vi ønsker, og som borgerne fortjener. Der er for mange ældre, som mister overblikket og som ikke kan se sammenhængen i deres pleje- og sygdomsforløb. Det gør dem passive og uselvstændige og forringer deres generelle livsglæde og overskud.</p> <p>Vi har identificeret en række arbejdsområder og -processer, som vi kan ændre for at opnå det rette fundament for en god ældrepleje. Det gælder især det tværfagligt samarbejde, og det kommer til at betyde en kulturændring samt en ny måde at indgå i samarbejdet med <i>såvel borgeren som de pårørende</i>.</p> <p>Justering af visitations- og dokumentationspraksis ser vi endvidere som en forudsætning for at lykkes med projektet, og det er et særskilt mål at reducere mængden af forkert og overflødig dokumentation.</p> <p>Metodisk angribes projektet via samskabende processer og ændringer skal ske sammen med de involverede parter i hverdagen og ude i praksis. Menneskesynet er holistisk, og <i>alle</i> faggrupper som er i kontakt med borgeren, bliver en større eller mindre del af projektet.</p>
5. Beskriv baggrunden for projektet, herunder det udviklingsområde/den problemstilling projektet tager afsæt i samt hvilken viden / hvilke erfaringer projektet bygger på
<p>Kalundborg Kommunes hjemmepleje har gennem flere år arbejdet med udvikling af en rehabiliterende tilgang på sundheds- og ældreområdet.</p> <p>På trods af en intensiveret indsats er det kun i begrænset omfang lykkedes os at forbedre og ensarte metoder og struktur på tværs af indsatserne. Vi ønsker bedre resultater af indsatserne fremadrettet.</p> <p>På tværs af alle fagligheder har vi den oplevelse, at der er et stort potentiale i den måde, vi møder borgeren på. Særligt kan vi se, at de forløb, der lykkes bedst, er der, hvor borgeren og pårørende er inddraget tidligt, og hvor vi ser borgerens ressourcer og guider på livskvalitet. Det er der, hvor fagligheden træder til side for helhedssynet på borgeren, livskvalitet og selvbestemmelse.</p> <p>Kalundborg Kommune ønsker at forebygge tab af selvstændighed hos de ældre borgere gennem tidligere guidning i rehabiliterende indsatser, der løfter deres erkendelse af egne ressourcer og giver glæden ved at kunne klare sig selv. Vi kan også se, at der er behov for at styrke kommunikationen med borgerne om de rehabiliterende tilbud kommunen og civilsamfundet tilbyder.</p> <p>De to spor:</p>

Vi ønsker at arbejde i to spor, der gensidigt løfter hinanden. For begge spor ønsker vi at forbedre og styrke den metodiske og strukturerede inddragelse af borgerne og pårørende/netværk.

Spør 1: Inddragelse af borgere og pårørende via kommunikation, kontinuitet og nære relationer

Når borgere og pårørende inddrages og vi kan sætte os i deres sted bliver løsningerne bedre og skaber mere livskvalitet og selvbestemmelse. Samtidig ønsker vi at frigive det potentiale, vi kan se der er i at guide borgerne på perspektivet og evnen til at klare flere ting selv og opretholde deres selvstændige livsførelse så længe som muligt. Når relationen bliver nær og vedkommende, opstår nye muligheder, og vi skal være bedre til at kommunikere og skabe tilgængelighed til de kommunale og civilsamfundsbase-rede rehabiliterende tilbud, både fysiske og sociale. Rehabilitering tager afsæt i Hvidbogens rehabiliteringsdefinition og metoder.

Spør 2: Tværfagligt samarbejde, koordinering og dokumentation

Der skabes en transparent metodefast og struktureret samarbejdsform på tværs af faglighederne. Samarbejdet mellem visitationen, sygeplejen, plejen og terapeuterne er altafgørende for at opnå et sammenhængende borgerforløb med fokus på livskvalitet og selvbestemmelse. De tværfaglige teams skal fremover koordinere indsatser og skabe en fælles forståelse af mål og plan sammen med borgeren og pårørende. Borgerne får én forløbsansvarlig, der sammen med visitator er ansvarlig for både start, opfølgning og effekt af indsatserne. Her er NEXUS som dokumentationssystem afgørende for overblik og fælles tidlig indsats.

Processen, vi ønsker at skabe, skal være transparent. Alle aktører, medarbejdere (visitator, sygeplejerske, assistenter, plejer og terapeuter), borgere, pårørende og ledere skal kunne se sig i processen. Og vi skal have særligt fokus på, hvordan den enkelte kan bidrage til det sammenhængende koordinerede forløb for borgeren og dennes individuelle mål og plan for rehabiliteringsindsatsen. Projektet og processerne skal udvikle det fulde rehabiliteringsforløb, med alle faser, alle aktører, nye strukturer og samarbejdsformer. Kulturen skal med andre ord forandres og i endnu højere grad stå på et mindset og en virkelighed i ord og adfærd, der viser rehabilitering som værdi og grundfundament.

Det betyder også, at der bliver set på flere parametre, som kan være medvirkende i den rehabiliterende indsats. Heriblandt medtænkes teknologiske løsninger og logistiske forhold ift. planlægning af besøg, organiseringsstrukturer, dokumentationspraksis, samarbejdsforhold mv. Med disse parametre vil Kalundborg Kommune skabe et nyt tværfagligt samarbejde og nye innovative tilgange til den rehabiliterende indsats. Med den nye innovative logistiske planlægning kan vi eksempelvis få skabt mere kontinuitet, omsorg, nærvær og samtidig styrket den rehabiliterende indsats hos de ældre borgere.

Projektet har således et helhedsorienteret perspektiv, og den rehabiliterende indsats skal ses som funktion af flere parametre og mhp. mere omsorg og nærvær for de ældre borgere. Et særligt fokus for projektet vil være at tilpasse processen således, at effekten af indsatserne vil genspejles hos borgerne på alle niveauer af funktionsevne og selvstændighed. Det betyder, at medarbejderne skal trænes i nye metoder og redskaber til at møde borgerne i øjenhøjde og bygge indsatser omkring den enkelte borger i et tværfagligt team omkring borgeren. Den viden og det samarbejde den enkelte frontmedarbejder får gennem daglig kontakt med borgeren, er ligeledes central for, at borgere kan opleve et organisatorisk set-up, der giver mening og som understøtter muligheden for en fortsat selvstændig livsførelse.

Som optakt til denne ansøgning har alle ledere været samlet til en workshop om selvstændiggørelse af den ældre borger. Her fik vi belyst nogle af de problematikker, som vi ønsker at arbejde med i de nye tværfaglige teams i dette projekt.

Vi ønsker et projekt, der kan tage disse problematikker til et nyt niveau og som inddrager borgere/pårørende samt innovative løsninger, der kan fremme de ældre borgeres selvstændighed, selvbestemmelse og livskvalitet gennem nære og kendte relationer.

Workshopperne (jf. bilag 4) har givet input til formulering af denne ansøgning og til de tre forskellige målgrupper, vi ønsker at udvikle og afprøve forskellige indsatser til i de to spor. Temaerne er: 1) mødet med borgeren, 2) tværfagligt samarbejde i organisationen og 3) Kompetenceudvikling. Vi har lært, at samme løsninger ikke passer til alle, og at de bedste løsninger kommer, når vi inddrager borgere og pårørende og tager afsæt i borgerens livssituation og tilpasser vores løsninger til borgeren og ikke omvendt.

Målgrupper for projektet:

- Borgere vi kender og som allerede modtager mange kompenserende ydelser
- Borgere vi kender, og som vi kan se, vi med fordel kan tilbyde andre rehabiliterende ydelser, så de kan klare sig selv længst muligt
- Borgere vi ikke kender, men som vi ønsker at skubbe debuten for ift. kompenserende ydelser – Tidlig indsats

6. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens formål om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen med afsæt i mindst ét af de syv værdighedstemaer.

Livskvalitet og selvbestemmelse går oftest hånd i hånd. Med et særligt fokus på den rehabiliterende indsats ønsker vi at sikre, at de ældre borgere får en så høj grad af selvstændig livsførelse, at de opnår en højere livskvalitet i hverdagen.

Borgerne skal mærke, at de bliver hørt og guidet til at mestre en høj grad af selvstændig livsførelse, hvor de klarer sig selv, så meget de kan.

For at kunne møde borgeren på denne nye måde kræver det en kulturforandring, en træning af ledere og medarbejdere samt en ny organisering i **tværfaglige teams** sammen med visitationen og terapeuterne. Hver borger får en forløbsansvarlig, der skal koordinere og dokumentere efter en ny forenklet metode, centreret om borgerens muligheder og motivation.

Omsorg og nærvær i ældreplejen handler for os om, at veluddannet personale samarbejder med borgeren om, hvordan borgerens syn på og ønsker til hverdagslivet, giver retning for fagpersonalets tilgang til opgaveløsningen. Fagpersonalets opgave bliver, udover at sikre borgeren modtager de kompensatoriske ydelser, at etablere en borgercentreret dialog om borgerens personlige behov i forhold til det hverdagsliv, de ønsker at leve.

7. Beskriv hvordan projektet understøtter puljens mål om at se på veje til at reducere unødvendige dokumentationskrav og optimere eksisterende dokumentationsprocesser til gavn for den enkelte ældre.

Vi ønsker en tilgang med et særskilt og eksplicit fokus på at reducere unødvendig og irrelevant dokumentation. Samtidig vil vi optimere de eksisterende dokumentationsprocesser, så medarbejderne bruger mindre tid. Fra workshopperne kan vi se, at medarbejdere og ledere mangler fælles retningslinjer mellem faglighederne. Dokumentation er p.t. et værn mod kritik og, hvor de sprogligt svageste medarbejdere ikke får hjælp til at skabe værdi med deres viden og observationer.

Fælles viden om mål- og forløbsplanerne:

Vi ønsker at *reducere* og *optimere*, og derfor er det centralt, at vi forstår mål- og forløbsplanerne. Det handler om, at alle aktører får en tilstrækkelig viden om planer og systemer, samt at vi udvikler et fælles sprog, nogle fælles ord og fokuspunkter i dokumentationen.

En klar fælles retning og opfølgning i borgerforløbene med lederen som facilitator:

I takt med, at vi opnår en fælles viden om mål- og forløbsplanerne skal vi have kendskab til ledelsesstrukturen og etablere tværfaglige teams, der samarbejder om en fælles forståelse af borgerens behov og skaber fælles dokumentationskriterier for forløbet.

Ledelsen skal sætte en klar retning, som gør, at den forløbsansvarlige kender sin rolle som dokumentationsansvarlig. Det betyder, at vi skal udvikle nye samarbejdsformer, ny dokumentationspraksis samt ny ledelsespraksis, hvor lederen er endnu tættere på praksis og faciliterer den fælles faglige retning og sikrer opfølgning og afslutning af forløb.

Vi ønsker således at stræbe mod en organisering, hvor den forløbsansvarlige får nogle klare rammebetingelser, der tilskynder innovative forslag og muligheder for reducere/optimering af dokumentationspraksis. Vi ser bl.a. på muligheder gennem procesoptimering af basale ydelser

(hjælpemidler, sygeplejeydelser mv.) og tværfagligt samarbejde med jurister mhp. arbejdspraksis ift. dokumentation af GDPR (persondatalovgivningen).

Omsorgssystem:

Vores omsorgssystem Nexus har været vores fælles dokumentationssystem i ca. 18 mdr. I den tid har der været fokus på at udføre en implementering af systemet med fokus på patientsikker dokumentation. Vi står nu overfor en dybere faglig implementering. Det er et ønske om, at implementering bliver udført med fokus på borgerens inddragelse i eget forløb og koordinering af de faglige indsatser frem mod fælles mål. Der vil være fokus på at simplificere dokumentation med udgangspunkt i ensretning af metoder og procedurer på tværs af fagområderne lige som Fællessprog 3 vil være det bærende element.

8. Beskriv projektets metoder og processer, og hvordan de understøtter formålet om at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen gennem *innovative* veje og skabe positiv forandring i praksis. Herunder overvejelser om inddragelse af borgere, involverede medarbejdergrupper og andre relevante parter.

Projektet bygger på metoder og processer med høj grad af dialog, samskabelse og inddragelse. Viden skal systematisk og metodefast nedlejres i daglig praksis hos frontmedarbejderen og understøttes af systematikken i dokumentationspraksis, logistikken i arbejdets planlægning og muligheden for tværfaglig sparring og udvikling.

Det er centralt for projektet, at vi ikke tager ledere, medarbejdere og borgere ud af deres hverdag. Vi ønsker en proces, hvor vi træner og udvikler ny praksis sammen med ledere og medarbejdere i deres dagligdag.

Vi ønsker at skabe en positiv forandring i praksis gennem innovative veje. Vi er af den holdning, at dette ikke skabes oppe i elfenbenstårnet, men er noget som skal bringes til verden i samskabelse og inddragelse af medarbejdere og borgere. Når vi virkelig ønsker at give borgerne en service, der fremmer livskvalitet, selvbestemmelse, selvstændighed mv., er det vigtigt, at de har en grad medbestemmelse i forløbet. Derfor er processen for projektet bygget op omkring inddragelse i hverdagen, hvor de innovative idéer og forslag til ny praksis sker i et aktivt samspil mellem borgere, medarbejdere og ledere.

Såvel den metodiske tilgang som måden at implementere på bliver ny for os, men vi mener, der skal tænkes anderledes for at få succes med de store ændringer – herunder en kulturændring – vi ønsker. De forløbsansvarliges rolle og opgave bliver afgørende og vi ønsker at træne dem i praksis med inspiration fra metoder og perspektiver i Hvidbog for rehabilitering, bilag 2.

Vi har gennem de seneste år opbygget en projektorganisation, hvor vi allokerer ressourcer fra driften til at udvikle nye metoder og herefter implementerer i egen praksis. Tilgangen fungerer godt, men vi oplever, at vi mangler et løft i form af nye metoder og inspiration til ledelsestræning i egen praksis. Der er med andre ord behov for hjælp til at se og udvikle egne blinde pletter og få inspiration, nytænkning og sparring i implementering i de centrale fokusområder.

Vi ønsker et projekt, som fordrer nye innovative veje, men det skal tage udgangspunkt i det kendte. Vi skal komme i mål med implementering af vores tiltag. Det vigtigt, at vi tager udgangspunkt i de rutiner og metoder, der er kendte, så vi siden kan justere og skabe nye praksisser. Det er netop lettere for implementeringen og for medarbejderen at tage det nye ind i det kendte, end en helt ny model for alt.

9. Beskriv projektets potentiale ift. at skabe ny praksis og løsninger, der kan overføres til andre kommuner, herunder hvordan evt. samarbejde med andre aktører understøtter dette.

Som en mellemstor kommune, der ikke ligger i Storkøbenhavnsområdet, er det afgørende, at vi arbejder innovativt, og sikrer at kompetencer bliver i organisationen, når vi udvikler og implementerer nye metoder og arbejdsprocesser i ældreplejen.

Det betyder, at vi gør os umage for at beskrive produkterne af vores forandringer og tilpasse organisationen sådan, at den er i stand til at fastholde forandringerne.

Vi kan se os selv som pilotkommune, som andre kan høste erfaringer fra. Vi har før indgået samarbejde med Sklerose hospitalerne, Vejen og Morsø Kommuner i projektet ”Styrket samarbejde mellem Sklerosehospitalerne og kommunerne”. Fokus i projektet var netop at generere modeller til generel udbredelse i øvrige kommuner. Rapporten er efterfølgende anvendt som

inspirationsmateriale for arbejdet med Nationale anbefalinger for tværsektoriel rehabilitering af mennesker med Sklerose.

Vi har et stærkt og engageret team af ledere, der har gode erfaringer med at udvikle og implementere nye metoder og arbejdsprocesser i organisationen. Det gør, at vi kan hjælpe andre kommuner med at se faldgruberne og samtidig stille viden til rådighed, der er afgørende for, at de vælger den rigtige vej for dem.

Vi stiller os gerne til rådighed med rådgivning og sparring, så de metoder og løsninger, vi udvikler og får succes med, kan skræddersyes til andre kommuner i samme situation som os.

10. Beskriv overvejelser om afsatte ressourcer i projektet til løbende at indsamle og anvende viden, erfaringer og resultater til løbende evaluering og tilpasning af projektet samt understøttelse af de af Sundhedsstyrelsen planlagte aktiviteter for videndeling mellem kommuner.

I dette projekt forestiller vi os at etablere en projektorganisationen med en projektleder og fem konsulentprofiler, der skal understøtte lederne og deres enheder med træning ude i praksis samt varetage løbende indsamling af og anvendelse af viden, erfaringer og resultater samt evaluering og effektmåling, både indadtil og udadtil. Vi vil evaluere på tre niveauer:

- Løbende evaluere på aktiviteterne i praksis og justere efter behov. Vi arbejder i iterative processer med vidensopsamling og vidensdeling på månedlige teammøder og ledersamlinger gennem forløbet. Vi har afsat ekstra tid til holdmøderne, så der bliver tid til refleksion og træning i nye metoder og nye arbejdsgange.
- Evaluering af arbejdsprocesser og effekten ved brug af hypoteser og fokusområder
- Borgerevaluering ved brug af metoden "iq5d", som vi har erfaringer med fra tidligere projekter

Områdelederne deltager i videndeling i sammenhænge med KL og SST. Herudover vil lederne fra Plejecentrene deltage i de tre ledersamlinger, så vi sikrer en fælles videndeling og en overførbarehed i hele ældreplejen.

11. Beskriv projektets:

- organisering,
- ledelsesmæssige forankring og opbakning,
- tilknyttede kompetencer og erfaring,
- tids- og milepælsplan.

Beskriv herunder overvejelser om / argumentation for gennemførligheden af projektet i relation til disse.

Organisering af projektet: Projektet er organiseret med en Styregruppe med direktøren for ældre- og sundhedsområdet som projektejer og hvor de 4 områdeledere deltager. Styregruppen består desuden af en intern projektleder og en projektleder fra ekstern konsulentvirksomhed.

Der nedsættes en tværgående arbejdsgruppe/projektgruppen, der sikrer fremdriften i projektet og kan justere projektet hvis nødvendigt.

Forløbene i de enkelte teams koordineres i et tæt samarbejde mellem den enkelte distriktsleder og lederne i hver enhed i udeområdet og de eksterne konsulenter tilknyttet disse teams.

Kompetencer og erfaring

Interne kompetencer: Projektleder, 20 Rehabiliteringstrænere, 20 Dokumentationstrænere/specialister og 1 IT NEXUS specialister.

Eksterne kompetencer: I projektet påtænkes et samarbejde med konsulenter der har erfaring fra lignende succesfulde samarbejder i andre kommuner, om udvikling af og implementering i praksis. Konsulentteamet skal have senior erfaring med kulturforandringer i praksis samt uddanne og træne i coaching af ledere, medarbejdere og forløbsansvarlige med fokus på adfærdsændringer, specialstviden og stor erfaring indenfor ældreområdet. Endvidere ønskes ekstern konsulentbistand ved brug af IT Nexus specialister.

Tidsplan:

Dec 2020: Inddragelse og ejerskab hos borgere, pårørende, ledere og medarbejdere

Jan 2021: Udarbejde forløb for hver enhed sammen med lederne

Jan 2021: Kick-in for henholdsvis ledere, nøglepersoner og medarbejdere

Jan.-dec 2021: Træning i de enkelte enheder med konkrete borgerforløb samt og med tre læringsworkshops for henholdsvis ledere, nøglemedarbejdere og medarbejdere fordelt jævnt over de 12 måneder.

Dec 2021: Evaluering samt fokusområder for 2022 for hver enhed.