

## **Bekymringsbrev ang. forslag til omplacering af Rehabiliteringsteamet.**

Jeg er bekymret for at den rehabiliterende indsats vil forsvinde eller blive meget lille i forhold til den indsats der ydes nu, hvis forslaget til omplacering af Rehabiliteringsteamet går igennem. Derfor vil gerne fortælle lidt om mit arbejde i den Tværgående Rehabiliterings Indsats og den kompleksitet der er i det, da jeg føler at forslaget ikke er taget på et oplyst grundlag.

Rehabiliteringsteamet er et tværgående team som blev oprettet i 2017, der geografisk dækker hele Norddjurs Kommune. Teamet har base på Kalorievej 4 i Grenaa (ved Hjælpemiddeldepotet. Dette er ret nyttigt, så vi selv kan tage hjælpemidler med ud til afprøvning med det samme).

Teamet varetager: Rehabiliteringsforløb, afklaringsforløb og Pitstop indsats i samarbejde med socialområdet.

Visitationen visiterer borgere til teamet under §83a til et målrettet accelereret rehabiliteringsforløb på max 12 uger. Målgruppen er: Borgere som ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp eller fået sygepleje. Borgere som får hjælp, men som oplever et funktionstab, som gør, at de har brug for mere hjælp. Dvs. at rehabiliteringsteamet modtager borgere med mange forskellige diagnoser og behov.

Teamet består af i alt 16 medarbejdere, fordelt på 9 social- og sundhedsassistenter, 3 sygeplejersker, 2 fysioterapeuter og 2 ergoterapeuter. Derudover er der tilknyttet en diætist til teamet. Rehabiliteringsteamet arbejder i dagvagt og i weekender hele året rundt, herunder helligdage. Teamet har også social- og sundhedsassistentelever og sygeplejestuderende.

I hverdagen er arbejdet geografisk opdelt, sådan at en gruppe af medarbejdere varetager borgere i Allingåbro og omegn, mens en anden gruppe varetager Grenaa og omegn. Antallet af borgere i teamet varierer i og med at teamet modtager borgere fra sygehuset, døgnafdeling, aflastningssteder og hjemmeplejen. I den forbindelse laves der ofte overleveringsmøder enten via nettet eller fysisk. Dette gøres ofte, når der fx udskrives borgere fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Borgerkompleksiteten er stigende, så der er fokus på borgerkompleksitet set i lyset af teamets kerneopgave og kompetencer. Her har det været givtigt med drøftelser med neuropsykolog i Sundhed og Træning. I forlængelse heraf har teamet draget stor nytte af nye tilgængelige medier, herunder webinarer som grundlag for arbejdspladslæring. Endvidere har teamet arbejdet med udvikling af relationel kapacitet, den motiverende samtale og kommunikative redskaber, så som Samtalehjulet. Teamet har desuden rigtig gode erfaringer med at invitere interne ressourcepersoner (fx fra Rusmiddelcenter mv.) eller deltage i temadage (fx Center for funktionelle lidelser) for at afklare funktioner og udvide kompetencer. Samt er teamet med i et landsdækkende LKT projekt i forhold til lårbensbrud.

Rehabiliteringsteamets arbejde tager afsæt i rehabiliteringstankegangen og Sundhedsstyrelsens håndbog vedr. Rehabilitering.

Der er et kontaktteam på 2-4 personer om hver borger, som får visiteret et rehabiliteringsforløb, alt efter borgerkompleksiteten. Et kontaktteam består typisk af 2 sundhedsfaglige og en terapeut. Kontaktteamet fungerer som forløbsansvarlige – dvs. de er ansvarlige for forløbet hos de borgere de er kontaktteams ved. Der er fokus på komplekse problemstillinger og at vurdere borgerens behov og observere borgeren med henblik på at planlægge, udføre, evaluere og dokumentere en målrettet rehabilitering. Ligeledes er også fokus på identifikation af borgerens sygeplejefaglige problemstillinger og behov for sygepleje, planlægge sygepleje til den enkelte borger og handle i relation til denne planlægning, samt evaluere den udførte sygepleje og medvirke til sundhedsfremme og forebyggelse hos den enkelte borger. Teamet skal også kunne planlægge et forløb med inddragelse af forskellige faggrupper, vejlede og undervise borgere, pårørende og kollegaer.

Først i forløbet er der et udredningsmøde, hvor 2 fra kontaktteamet deltager, sammen med borgeren og eventuelle pårørende. Dialogen tager udgangspunkt i Samtalehjulet, som er med til at afdække problemstillingerne. Der udarbejdes sammen en plan, del mål og mål for det videre forløb. Dette evalueres løbende under forløbet. Teamet kan selv visitere den tid der er behov for og som rettes til kontinuerligt. Igennem forløbet er der god faglig sparring med resten af teamet, samt med pårørende og samarbejdspartnere.

Dokumentation i den elektroniske borgerjournal er en nødvendighed, da man der dokumenter daglig fremgang, sygeplejefaglige optegnelser, problematikker og kommunikere med samarbejdspartnere. Når dette er regelmæssigt opdateret, vil alle i teamet kunne tage over for hinanden, selv om der bestræbes på, at det vil være kontakt teamet der kommer fortrinsvis i hjemmet. Dokumentation gør også, at samarbejdspartnere kan overtage i aften og natte timer.

Der er gennem tid oparbejdet forskellige faglige kompetencer i teamet. Dette gør at teamet sammen bidrager til en mangfoldig faglighed inden for rehabilitering og de forskellige årsager til nødvendigheden af rehabilitering.

Borgere i alle aldre, der fx kommer fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter, grundet en hjerneskade, har især brug for energiforvaltning og kontinuert, når de skal hjem igen til en meget forandret verden. Dette har teamet en del viden og erfaring med, her er der også et godt samarbejde med hjerneskadekoordinator i Norddjurs Kommune.

Grundet fleksibiliteten i forhold til at teamet selv kan visitere tiden, bliver borgere med fx hoftebrud hurtigere selvhjulpne igen. Da der sættes ressourcer på til personligpleje, ernæring, sundhedsfaglige indsatser, mobilitet. Det vil sige at borger selv får tid til at fx smøre sin franskrødsmad selv. Hver en "lille" ting der kan gøres selv, er der tid til at dette kan gøres, så der lige så stille bliver bygget mere og på og der kun kompenseres for det, borgeren ikke kan lige nu.

Teamet er så gennemført faglig, grundet sparring og samarbejde mellem de forskellige faggrupper i teamet. Der er et utroligt godt sammenhold og fælles forståelse for det rehabiliterende arbejde.

Jeg er bekymret for at borger i Norddjurs kommune ikke vil få et tilsvarende tilbud, hvis alt dette skal høre ind under Helhedsplejen.

Hvor længe vil det tage at bygge den viden op, som dette fungerende team allerede har?

Hvor længe vil der gå uden at borgerne får tilbudt den rehabilitering de har behov for?

Hvorfor er der ikke tænkt på at inddrage Den Tværgående Rehabiliteringsindsats, inden man tager sådan en beslutning? Teamet kunne have været gode sparringspartnere ind i at få rehabilitering ind i Helhedsplejen på en fornuftig og faglig måde.

Vi fik at vide d. 27/4-26 at Teamet vil blive nedlagt d. 1/7-26 og vi vil blive overflyttet til teams i Helhedsplejen, hvor vi skulle være med til at implementere rehabilitering. Det kom som et chok, eller det gjorde det ikke på det tidspunkt, da nyheden var ude inden, hvad der også er meget forkert. Vi får trukket en beslutning ned over os, som vi på ingen måde har været en del af, med en meget kort omstillings frist. Adspurg om fristen svarer den øverste ledelse, at medarbejderne vil gå og have ondt i maven over sommeren i forhold til omplaceringen. Jeg vil nu netop påpege, at jeg har ondt i maven over hastigheden i dette.

Dette gør noget på det personlige plan. Jeg ved ikke hvordan min hverdag ser ud d. 1/7-26. Jeg ved ikke hvor jeg skal møde ind henne, hvordan min arbejdstider er, hvad min nye stilling indebærer, om der er lønændringer, hvad er der af muligheder hvis jeg siger nej, om jeg skal have ansvaret for at et team på 16 mennesker, skal arbejde på den måde vi gør nu, skal jeg fungere som sommerferieafløser hen over sommeren? Der er mange tanker som der ikke er svar på, da det virker til at forslaget ikke er gennemtænkt. Hvordan kan man komme med et forslag, hvor man ikke aner hvordan det skal fungere i en hverdag?

Vi kan tænkes ind i at håndtere pakke 0 og kan være konsulenter til de komplekse forløb. Dette kan gøres ud fra vores nuværende team og lokation.

Grunden til at vores team fungerer så godt som det gør, er at vi er fælles om alle borgere, på tværs af kontaktteams og faglig baggrund. Samt at vi er et lille team, der kender hinanden og ved hvor vores faglige kompetencer er.

Vi har altid en god faglig dialog og en stor fælles forståelse. Vi lærer meget af hinanden og er opsøgende på at indhente viden og få den delt med teamet.

De venligste hilsner

Heidi Søndergaard

Social- og sundhedsassistent