

Udviklingskontrakt for 2019 for Aktivitet og Træning

I udviklingskontrakten fremgår det, hvilke udviklingsmål vi skal arbejde med i årets løb. Udviklingsmålene viser både, hvordan vi bidrager til realiseringen af Skanderborg Byråds politikker og forandringer, hvordan vi arbejder sammen med andre dele af det kommunale fællesskab, og hvordan vi realiserer vores egne lokale ambitioner.

Udviklingskontrakten er blevet til med udgangspunkt i sidste års kontrakt, med udgangspunkt i de særlige fokusområder og på basis af de nye opgaver for kontraktområdet. Udviklingsmålene er formuleret på baggrund af lokale dialoger – herunder LMU, dialog med afdelingens fagområder og fælles dialoger med andre relevante aktører og interessenter.

Målene er formuleret og prioriteret med udgangspunkt i Skanderborg Byrådets vision – ”Mennesker møder mennesker”, øvrige politiske beslutninger og DUS. Der er under de enkelte mål angivet, hvilke politikker, politiske beslutninger og udviklingsspor de enkelte mål knytter sig til. Endvidere vil Byrådets vision og DUS blive dagsordenssat i tværgående og lokale sammenhænge med henblik på, at ”Mennesker møder mennesker” bliver det gennemgående tema igennem indsatserne og handlinger på vores område. Visionen skal opleves af vores borgere, pårørende, ansatte og samarbejdspartner i vores daglig virke.

Via dagsordenssætning i de forskellige lokale og fælles mødefora på ældre og handicapområdet vil der løbende blive fulgt op på kontrakter og aftale – ligesom der i forskellige ledelsesfora vil være en løbende videndeling, erfaringsudveksling og koordinering på tværs med henblik på fælles læring, udvikling af de faglige indsatser og effektiviseringer.

Kontrakten er opstillet sådan at det første måltema – Kvalitetsforbedringer i det nære sundhedsvæsen - omhandler det fælles mål for hele Ældreområdet, mens de efterfølgende indsatser er specifikke tværgående eller lokale målområder for Aktivitet & Træning.

Det overordnede tema: ”Mennesker møder mennesker”



Byrådets overordnede vision ”Mennesker møder mennesker” (de 3M), der sammenfatter de ønskede værdier og kulturen, skal gøres levende, så vores borgere, pårørende, ansatte og samarbejdspartner oplever det i vores daglig virke.

Vi vil i ledelsen italesætte ”de 3M” på dialogmøder, på dagsordner, i beslutningsprocesser mm., så visionen kommer til at danne en stærk og meningsgivende ramme for afdelingens virke.

Alle med berøring til Aktivitet og Træning skal opleve at blive mødt som menneske og af mennesker og at systemerne blot opleves som en ramme frem for rigide systemer.

Det er vores forventning, ved at fokusere målrettet på ”de 3M” i alt hvad vi arbejder med, at det får en positiv indvirkning der kan aflæses i brugerundersøgelser, tilsyn, trivsels- og tilfredshedsmålinger, mm.

For at understøtte implementeringen af visionen, arbejdes der i ledelsen - i forbindelse med uddannelsesforløbet i ”Bæredygtig arbejdskultur” og implementering af ”den motiverende samtale” - med udviklingen af et grafisk model – det såkaldte ”**Stakit-model**” – for at italesætte værdien i ”Mennesker møder mennesker”. Modellen skal være retningsgivende for vores fremtidige beslutninger og handlinger.

***”Vi sætter en ære i, at vi møder hinanden som mennesker,
at der er plads til alle,
og at vi forpligter os selv og hinanden på at gøre vores bedste”***

Kvalitetsforbedring i det nære sundhedsvæsen

Borgerne skal opleve, at det er trygt og sikkert (patientsikkerhed) at modtage sundhedsindsatser i Skanderborg Kommune. Derfor vil vi arbejde med følgende:

- reducere antallet af indlæggelser både de akutte genindlæggelser og indlæggelser med de forebyggelige diagnoser
- skabe resultater sammen med borgeren
- udvikle og afprøve en fælles kvalitetsmodel via en et årig prøvehandling på sårbehandlingsområdet.

Politisk ramme: Sundhedspolitikken i Skanderborg, de nye Sundhedsaftaler Region Midt 2019- 2022 og forandringer fra Budget 2019 – 2022.

Direktionens Udviklingsspor: DUS 2019 - Mennesker møder mennesker

Målet er et fælles mål på hele ældreområdet.

Hvad vil vi opnå/se?	Hvad vil vi gøre?	Hvordan vil vi gøre det?	Hvem er involveret?	Hvordan følger vi op?
<p>At borgerne oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gode muligheder for at kunne tage aktiv del i egen sundhed i eget hjem eller nærmiljø. • Sammenhæng i den professionelle indsats. • At indgå i en tidlig og forebyggende indsats, så udvikling af sygdom og indlæggelse minimeres. • Øget livskvalitet <p>At medarbejderne oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At bruge systematiske metoder og arbejdsgange til nå præcise mål og indikatorer. • At have de rette kompetencer til opgaverne. • At indgå i tidlige, forebyggende og udvalgte indsatser hos borgerne, for at forebygge udvikling af sygdom og indlæggelser. • At løbende forbedringer og læring er en del af opgaveløsningen. <p>At organisationen (ældreområdet) oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At en målrettet indsats kan reducere indlæggelser og genindlæggelser • At udvikle og beslutte en fælles kvalitetsmodel 	<p>Sårbehandling – evidensbaseret praksis Prøvehandling i 1 år, hvor der arbejdes fokuseret med sårbehandling med følgende effektmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducere helingstiden på venøse/ blandingssår med 2 uger pr. sår • 80% af venøse/blandingssår er behandlet med hensigtsmæssig kompression 	<p>Sårbehandling – evidensbaseret praksis Fokuserer på en sårtype og udvalgt sårbehandling, for at kunne arbejde præcist og i dybden og for at sikre balance mellem krav til resultater, ressourcer og tidsramme.</p> <p>Afprøve værdien af ”faglige frontløbere” via:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 sår-sygeplejersker med specialviden på tværs • 4 sår-nøglepersoner (sygeplejersker) i plejedistrikterne <p>Prioritere ernærings- og træningsindsatser som vigtige i sårbehandling</p> <p>Udarbejde og godkende kommissorium for nyt netværk af teamledere vedr. tværgående sundhedsfaglig indsatser</p>	<p>Sårbehandling – evidensbaseret praksis Sygeplejersker i de 4 plejedistrikter inklusiv sår-nøglepersoner og sygeplejeplanlæggere</p> <p>2 sår-sygeplejersker på specialistniveau</p> <p>Teamledere for sygeplejen, aktivitet og træning samt Vores Køkken understøtter med forandringsledelse</p> <p>Teamleder for sygeplejen Hørning leder de to sår-sygeplejersker</p> <p>Diætist fra Vores Køkken Terapeuter fra Aktivitet og Træning</p> <p>Udviklingskonsulent</p>	<p>Sårbehandling – evidensbaseret praksis Netværk af teamledere vedrørende tværgående sundhedsfaglig indsatser, følger indsatserne (driverdiagrammet) hver 2. mdr. og involveres ved u hensigtsmæssige udsving.</p> <p>Eskalering til (inddragelse af) chefgruppen, hvis planen ikke holder.</p> <p>Chefgruppen godkender kommissorium for nyt netværk af teamledere vedr. tværgående sundhedsfaglig indsatser</p>
	<p>Sårbehandling – Borgerperspektiv Undersøge hvad der er vigtigt for borgere med behov for sårbehandling, for at de kan være trygge, aktive og bidrage til helbredelse.</p>	<p>Sårbehandling – Borgerperspektiv Spørge lille udvalg af borgere via individuelle interview i eget hjem</p> <p>Bruge borgernes svar i tilrettelæggelsen af indsatserne (udlede ”tegn”)</p>	<p>Sårbehandling – Borgerperspektiv Udviklingskonsulent sundhed og de to sår-sygeplejersker</p> <p>Sygeplejersker i de 4 plejedistrikter inklusiv sår-nøglepersoner</p>	<p>Sårbehandling – Borgerperspektivet Sår-specialisterne observerer ved borgerbesøg om borgerne er trygge, aktive og bidrager til helbredelse. Dette gøres via de opsatte ”tegn”.</p>

Hvad vil vi opnå/se?	Hvad vil vi gøre?	Hvordan vil vi gøre det?	Hvem er involveret?	Hvordan følger vi op?
	<p>Sårbehandling – Kvalitetsforbedring Udvikle ældreområdet kompetence til kvalitetsforbedring /-udvikling ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • øve i ny form for fælles indsats på tværs af kontrakt-områderne på ældreområdet. • inspireres af ”Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015 -2018” <p>Arbejde undersøgende med udvalgte mål, indsatsområder og indikatorer opsat i et såkaldt ”Driverdiagram” (Driverdiagram = oversigt over mål og indsatser)</p> <p>Arbejde systematisk med forbedringsmodellen, som en central metode til kvalitetsudvikling</p>	<p>Sårbehandling – Kvalitetsforbedring Udarbejde kommissorium, som godkendes og danner fælles ramme for indsatsen i chefgruppen</p> <p>Bruge driverdiagrammet både som strategisk og praktisk styringsredskab til målrettede tværfaglige indsatser. Driverprogrammet danner grundlag for løbende opfølgning og løbende forbedringer af praksis.</p> <p>Sår-sygeplejersker bruger forbedringshjulet – (PDCA) til at styre arbejdet med løbende forbedringer i de konkrete sårbehandlinger</p> <p>Datatræk via Cura og plejenet bruges til at vurdere indsatserne og til løbende prioriteringer</p>	<p>Sårbehandling – Kvalitetsforbedring Kontraktchef Hørning fungerer som ejer af prøvehandlingen i samarbejde med udviklingskonsulent</p> <p>Chefgruppen ældre og netværk af teamledere for sygeplejen understøttet af udviklingskonsulent</p> <p>Udviklingskonsulent, teamleder og de to sår-sygeplejersker</p> <p>Økonomi- og datakonsulent og systembrugere Cura Dansk selskab for sår og Plejenet</p>	<p>Sårbehandling – Kvalitetsforbedring Netværk af teamledere vedrørende tværgående sundhedsfaglig indsatser, følger indsatserne (driverdiagram) hver 2. mdr. og involveres ved u hensigtsmæssige udsving.</p> <p>Chefgruppen får status en gang i kvartalet fra kontraktchefen i Hørning, der understøttes af udviklingskonsulenten. Status danner grundlag for strategiske drøftelser.</p> <p>De nationale mål (vedrørende indlæggelser og genindlæggelser) følges i samme kadence som SSG (kommunale Sundhedsstyregruppe) behandler dem.</p>
	<p>Lokalt</p> <p>Vi vil sikre at de nødvendige kompetencer blandt terapeuterne og på de midlertidige korttidspladser på Kildegården er tilstede.</p>	<p>Lokalt</p> <p>Via intern videndeling og evt. kurser (afhængige af resultaterne fra den interne kompetence afklaring)</p> <p>Sår-sygeplejerske/sygeplejerske tilknyttet Korttid underviser personalet på teammøder i observation og behandling af sår, samt i anvendelse af handleanvisninger i Cura (inkl. relevant dokumentation)</p>	<p>Lokalt</p> <p>Teamlederne: Understøttende forandringsledelse</p> <p>Sygeplejersker, terapeuterne, SSA</p>	<p>Lokalt</p> <p>Opfølgning via teamledermøder</p>
	<p>Projekt kompeteløft på demensområdet Projekt med satspuljemidler Igangsat for at være på forkant i forhold til udfordringen med mange flere borgere med demens og de særlige behov herunder særligt yngre borgere med demens og borgere med alkoholdemens. I arbejdet er der fokus på, hvad der er vigtigt for borgerne.</p>	<p>Demens - Uddannelse og forberede implementering <u>1. Kvartal 2019</u> A: Færdigudvikle læringsredskabet - Det lærende hus sammen med AM gruppen.</p> <p>B: Uddannelse i forankringsledelse og forpligtende lederskab via tre halve temadage med Ankerhus. I den forbindelse udarbejder teamledere og chefer plan for implementering.</p> <p>C: Uddannelse i forandringsledelse via uddannelsesmodul på VIA.</p> <p>D: Demensteam, sygeplejersker og visitatorer. Temadage Ankerhus om roller, ansvar og vidensområder.</p> <p>E: Færdiggørelse af uddannelsen via E-learning.</p>	<p>Demens - Uddannelse og forberede implementering</p> <p>A: Projektleder, AM gruppen og Ankerhus.</p> <p>B: Teamledere og chefer.</p> <p>C: De specialuddannede sygeplejersker og terapeuter.</p> <p>D: Demensteam, sygeplejersker og visitatorer.</p> <p>E: Alle ledere og medarbejdere.</p>	<p>Demens - Uddannelse og forberede implementering</p> <p>A - D: Projektleder følger aktiviteterne og afgiver status ultimo marts.</p> <p>E: Projektleder følger aktiviteterne tæt og reagerer ved afvigelser via dialog med teamledere.</p>

Hvad vil vi opnå/se?	Hvad vil vi gøre?	Hvordan vil vi gøre det?	Hvem er involveret?	Hvordan følger vi op?
	<p>Projekt kompeteløft på demensområdet Implementering af ny viden, nye metoder og nye kompetencer på demensområdet</p>	<p>Demens – implementering 2. og 3. Kvartal: A: Gennemføre implementeringsaktiviteter på baggrund af plan.</p>	<p>Demens – implementering A: Teamledere og afdelingsleder er ansvarlige for gennemførelse.</p>	<p>Demens – implementering Projektleder følger aktiviteterne via møder en gang om måneden i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plejedistriktledermøde • Sygeplejerskemøde • Visitationsmøde • Demensteam møde <p>Projektleder afgiver status i chefgruppen i slutningen af august 2019.</p>
	<p>Projekt kompeteløft på demensområdet Evaluering af projektet</p>	<p>Demens – evaluering A: Evaluering af kompetenceløftet for medarbejdere og leder via en før og efter måling. B: Evaluering af indsatsen via Marte Meo forløb på udvalgte borgerforløb. C: Evaluere indsatsens effekt for udvalgte borgere via screeningsredskab OBS demens.</p>	<p>Demens – evaluering A: Alle deltagere, Epinion. B: Demenskonsulent (Marte Meo terapeut) C: De nyuddannede demenssygeplejersker/terapeuter og demenskonsulent.</p>	<p>Demens – evaluering Projektleder</p> <ul style="list-style-type: none"> • udarbejder afsluttende rapport til Sundheds- og Ældreministeriet • afrapporterer til chefgruppen senest ultimo oktober.
	<p>Lokalt Vi sikrer implementering af ovenstående tiltag i Aktivitet & Træning der hvor vi er involveret. Vi vil fortsat sikre kompetence løft hos medarbejderne så borgerne med demenssygdom oplever sammenhæng i hverdagen.</p>	<p>Lokalt Vi deltager i og støtter aktivt op om de relevante uddannelses-, implementerings- og evalueringsfaser. Vi sikre fortsat fokus på borgerne ved at tilbyde et vifte af aktiviteter og social samvær (fortsættelse af demensindsatsen påbegyndt i 2018)</p>	<p>Lokalt Teamleder og alle medarbejdere i A&T Aktiv med demens, Demensdaghjem, demensklubben...</p>	<p>Lokalt Løbende status på ledermøde og LMU samt dialog med projektleder, dog minimum kvartalsvis.</p>

Hvad vil vi opnå/se?	Hvad vil vi gøre?	Hvordan vil vi gøre det?	Hvem er involveret?	Hvordan følger vi op?
	<p>Forløbsprogram KOL</p> <p>Udmønte nyt forløbsprogram for KOL i samarbejde med sundhedsfremme, med fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tidligere og sammenhængende (tværfaglig og tværsektoriel) indsats for borgere med KOL. 	<p>Forløbsprogram KOL</p> <p>A: Styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde blandet ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablere KOL- nøglepersoner og netværk til videndeling og faglig udvikling (tværfagligt) herunder beskrive roller og ansvar for nøglepersoner Prioritere akutteam, ernærings- og træningsindsatser som vigtige i indsats til borgere med KOL (tværfagligt) Indgå i følgehjem funktion fra RRH (Regions hospitalet Horsens) (tværsektorielt) Deltage aktivt i Fælles Skolebænk (tværsektorielt) <p>B: Vurdere behov for kompetenceudvikling for alle relevante medarbejdergrupper der samarbejder med borgere med KOL (en del af programmet for telemedicinsk hjemmemonitorering).</p> <p><i>Udarbejde og godkende kommissorium for nyt netværk af teamledere vedr. tværgående sundhedsfaglig indsats (Se under sår).</i></p>	<p>Forløbsprogram KOL</p> <p>A: Terapeuter fra Aktivitet og Træning Sygeplejersker i de 4 plejedistrikter Diætist fra Vores Køkken Herunder udvalgte nøglepersoner Akutteamet</p> <p>A: KOL – sygeplejersken (specialist)</p> <p>A: Teamledere for sygeplejen, aktivitet og træning samt Vores Køkken understøtter med forandringsledelse.</p> <p>B: Lederteam i hvert kontraktområde på ældreområdet understøttet af udviklingskonsulent.</p> <p><i>Udviklingskonsulent</i></p>	<p>Forløbsprogram KOL</p> <p>A: Netværk af teamledere vedr. tværgående sundhedsfaglig indsats, følger indsatserne (driverdiagrammet) hver 2. mdr. og involveres ved u hensigtsmæssige udsving.</p> <p>A: Eskalering til (inddragelse af) chefgruppen, hvis planen ikke holder.</p> <p>A: De nationale mål (vedrørende indlæggelser og genindlæggelser) følges i samme kadence som i SSG (kommunale Sundheds-styregruppe) behandler dem.</p> <p>B: Fælles drøftelse i chefgruppen medio 2019 om Kompetencegab og behov for kompetenceudvikling/ initiativ via udviklingskonsulent.</p>
	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering KOL</p> <p>Følge og aktivt indgå i ”National Program for Telemedicinsk Hjemmemonitorering” for borgere med KOL.</p> <p>Planen er at telemedicinsk hjemmemonitorering sættes trinvis i drift fra maj 2020.</p>	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering KOL</p> <p>A: Indgå aktivt i planlægning af hele implementeringsopgaven af telemedicinsk hjemme-monitorering/KOL i landsdelsprogrammet i Region Midt</p>	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering KOL</p> <p>A: Leder for Sundhedsfremme Tove Voss og udviklingskonsulent Rie Bengtsen – deltager i implementeringsnetværk i Horsens Klyngen og i Region Midt</p>	<p>Telemedicinsk hjemmemonitorering KOL</p> <p>A: Løbende status til chefgruppen / initiativ via udviklingskonsulent.</p>
	<p>Lokalt</p> <p>Vi sikrer implementering af ovenstående tiltag i Aktivitet & Træning der hvor vi er involveret.</p>	<p>Lokalt</p> <p>Vi deltager i og støtter aktivt op om de relevante implementeringsfaser.</p>	<p>Lokalt</p> <p>Terapeuterne, ASS</p>	<p>Lokalt</p> <p>Løbende status på ledermøde samt dialog med udviklingskonsulent.</p>

Det nære sundhedsvæsen: Rehabilitering på specialiseret niveau

Etablering af et internt tilbud vedrørende genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau i tilknytning til de midlertidige døgndækkede pladser på Kildegården.

For nuværende løser Skanderborg Kommune opgaven med specialiseret rehabilitering ved enten at sende borgere til forløb hos eksterne leverandører og/eller ved at sammensætte interne forløb. Hidtil har de interne forløb på specialiseret niveau været utilstrækkelige i.f.t. lovgivningen vedr. det specialiserede område for rehabilitering.

Målet ved etablering af 3 specialepladser er at tilbyde borgerne et rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau der lever fuld ud op til lovgivningen på området, såvel i.f.t. kompetence-, udstyrs- og indsatsniveau.

Politisk ramme: Sundhedspolitikken, Sundhedslov §140, Byråds beslutning

Hvad vil vi opnå/se?	Hvad vil vi gøre?	Hvordan vil vi gøre det?	Hvem er involveret?	Hvordan følger vi op?
<p>At borgerne oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en rehabilitering på specialiseret niveau der matcher behovet for rehabilitering og som tilgodeser borgerens skadesudfald, kognitive problemstillinger og rehabiliteringspotentiale. - at kunne få rehabilitering på specialiseret niveau som et internt tilbud i egen kommune – tættere ved eget hjem - fremfor uden for kommunens grænser. - et højere kompetence-, service-, indsats- og udstyrsniveau. - en større sammenhæng i de kommunale indsatser der kan forbedre borgerens funktionsevne, samt bedre mulighed for parallel etablering af evt. beskæftigelses- eller uddannelsesrettede indsatser. <p>At medarbejderne oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at have de rette kompetencer for at kunne tilbyde rehabilitering på basis af evidens. - <p>Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sikre at Skanderborg Kommune fremadrettet kan leve op til de lovmæssige forpligtelser på området - Reducere antallet og/eller længden af fremtidig eksterne rehabiliteringsforløb. 	<p>Lokalt</p> <p>Der oprettes 3 rehabiliteringspladser på specialiseret niveau til gavn for målgruppen.</p> <p>De øvrige døgndækkede pladser løftes fra basalt niveau til avanceret niveau. Dette vil ikke kun gavne målgruppen, men alle borgere der opholder sig på Korttidsafsnittet i A&T.</p>	<p>Lokalt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sikre en højere normering pr. borger på korttidsafsnittet. - Sikre kompetenceløft af personalet (fx neuropædagogik, afasi, ABC,mm), samt vedligehold af kompetenceniveauet hos personalet. - Anvende muligheder for tilkøb af kompetencer udefra (fx neuropsykolog, supervision mm.). - Udvide terapeutdækning (fra 2x45 min/dgl til 3x45 min/dgl). - Indkøbe ekstra udstyr til genoptræning. <p>Fremtidig (ambition på længere sigt): Følgende kræver særlig opmærksomhed i den kommende analyse af Midlertidige døgndækkede pladser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Særlige krav til indretning og træningsfaciliteter af rehab pladser. <p>Der udarbejdes et konkret handleplan (se Gant) såvel lokalt (A&T) som tværgående (central arbejdsgruppe vedr. specialiseret rehabilitering). Eksempler på indhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementeringsteam - afklaring af roller - arbejdsgangbeskrivelser - netværk - kompetenceudvikling - ... 	<p>Sundhedsstyregruppen Sundhed og Beskæftigelse A&T</p> <p>Team genoptræning Korttidsafsnit Kildegården</p> <p>Sygeplejersker Hjemmeplejen</p>	<p>Systematisk opfølgning i central arbejdsgruppe vedr. specialiseret rehabilitering.</p> <p>Sagsforløb følges op i det tværfaglige "visitationsteam"</p> <p>OBS evaluering om 2 år i SSG</p>

Kvalitet i løsning af kerneopgaven via Sanseintegration i plejeboliger

Det overordnede mål er at understøtte borgeren i at mestre sit liv samt at have fokus på borgerens livskvalitet. Ved hjælp af indsatsen giver vi borgeren flere muligheder for at være aktiv medspiller i et godt liv.

Mange borgere på plejecentrene har nedsat sansemæssige og sansemotoriske evner der gør at de har svært ved at:

- opleve, mærke og forstå sansemæssige indtryk.
- opsøge sansestimuli og få opfyldt behov for sanseoplevelser.

Sanseintegration er en ét-årigt finansieret indsats i tæt parløb med demensindsatsen i plejeboliger

Politisk ramme: Værdighedsmidler – Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen.

Direktionens Udviklingsspor: DUS 2019 – Mennesker møder mennesker.

Målet er et lokalt mål i kontraktområdet

Hvad vil vi opnå/se?	Hvad vil vi gøre?	Hvordan vil vi gøre det?	Hvem er involveret?	Hvordan følger vi op?
<p>At borgerne oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at få faglig og kompetent støtte til at opleve og opsøge sansestimuli og få opfyldt behovet for sanseoplevelser. - at få skabt en tryghed og livskvalitet som de har brug for. - at føle sig mindre ensomt og isoleret. - at være aktiv medspiller i et godt liv. <p>At medarbejderne oplever:</p> <ul style="list-style-type: none"> - færre udadreagerende borgere i plejesituationer og dermed et godt samarbejde med borgerne. - færre dørsøgende og ambulerende borgere. - erfaringerne viser at der må forventes et fald i medicinering samt nedsat behov for magtanvendelse over for borgerne. - at føle sig kompetente og bidrage med høj faglighed i borgernes hverdag. 	<p>Lokalt</p> <p>I vore plejeboliger har mange beboere nedsat sansemæssige og sansemotoriske evner. Det betyder at de kan have svært ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opleve, mærke og forstå sansemæssige indtryk fra føle, høre, se, bevæge, smage, og lugtesansen. • opsøge sansestimuli og få opfyldt behov for sanseoplevelser og dermed skabe den tryghed og livskvalitet som de har brug for. <p>Vi vil screene borgerne i målgruppen og tilbyder en faglig indsats ved behov for sansestimulering.</p> <p>Sikre at medarbejderne har den rette viden/kompetencer til at løse opgaven.</p>	<p>Lokalt</p> <p>Der ansattes 3 ergoterapeuter med særlig kompetencer i sansestimulering der skal sikre indsatsen, vidensdeling og implementeringen.</p> <p>Vi vil afholde løbende kompetenceudvikling for plejepersonalet både i.f.t. faglige indsatser, dokumentation og samarbejde med borgerne.</p> <p>Teamlederne udarbejder et implementeringsplan samt evalueringsredskaber i.s.m. distrikterne og sanseterapeuter.</p> <p>Der etableres et netværk sammen med demenskonsulent, demensteam og demensressourcepersoner.</p> <p>Der sikres indkøb af relevante sanseredskaber</p>	<p>Lokalt</p> <p>Lederteam, terapeuter</p> <p>Indsatsen sker i et tæt samarbejde med beboerne, plejepersonaler, sygeplejersker, terapeuter, medarbejder fra køkken, pårørende samt andre relevante samarbejdspartnere.</p> <p>Personale og pårørende får hermed mulighed for et positivt samarbejde med beboeren</p> <p>Demensteam</p>	<p>Lokalt</p> <p>De tværfaglige statusmøder/Styrket dialog vil være et af omdrejningspunkterne for samarbejdet.</p> <p>Netværk i demensteamet</p>