IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Afrapportering

Kortlægning af den rehabiliterende, aktiverende og kompenserende tilgang.

Center for Social og Sundhed

Gribskov
Kommune

Marts 2015

Implement Consulting Group
Strandvejen 56
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
www.implement.dk

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål 1

2. Rapportens opbygning 1

3. Kortlægningsforløbet – proces og resultater 1

3.1 Processens indsatser og aktiviteter 1

3.2 Kortlægningsforløbets resultater 3

1. Baggrund og formål

Gribskov Kommune har udarbejdet nye servicebeskrivelser på hjemmepleje- og rehabiliteringsområdet. Samtidig har kommunen arbejdet med nye organisatoriske løsninger.

I begge sammenhænge er der taget udgangspunkt i den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang. Denne tilgang er målsat som en væsentlig strategisk linje for Gribskov Kommunes sundhedsindsatser.

Implement Consulting Group har for Gribskov Kommune gennemført en kortlægning af, hvordan der fra myndigheds- og leverandørsiden arbejdes med den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang.

Formålet med kortlægningen har været at få et billede af:

- Hvor langt man er kommet med implementering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang – herunder realisering af krav til og forudsætninger for arbejdstilrettelæggelse og dokumentation i service-beskrivelserne.
- At identificere eventuelle supplerende indsatser, der kan være hensigtsmæssige for at sikre fuld implementering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang.

2. Rapportens opbygning

Implement har valgt at afrapportere kortlægningsforløbets proces og resultater i to dele:

- En kort beskrivelse af den gennemførte proces og de væsentlige resultater samt de supplerende tiltag, der vurderes som hensigtsmæssige for at sikre fuld implementering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang (afsnit 3 nedenfor).
- En mere omfattende bilagssamling, der dokumenterer de gennemførte aktiviteter og indsatser samt resultater fra kortlægningsforløbet (afsnit 4 nedenfor).

3. Kortlægningsforløbet – proces og resultater

I dette afsnit beskrives først kortlægningsforløbets fremgangsmåder. Derefter opsummeres de væsentlige resultater på tværs af de anvendte fremgangsmåder.

3.1 Processens indsatser og aktiviteter

Der er anvendt fire sammenhængende fremgangsmåder i kortlægningen.

For det første er der arbejdet med indspil fra ledere i Center for Social og Sundhed samt ledere og medarbejdere fra visitation og leverandører. Der er modtaget 18 besvarelser.

Inden for forskellige temaer er der opnået vurderinger af *styrkerne* i den aktuelle situation samt *svaghederne* i den aktuelle situation og de heraf afledte *udviklingsbehov*.

Temaerne har vedrørt:

- Den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang som koncept.
- Servicebeskrivelserne, som de foreligger lige nu.
- Styring og koordination samt dokumentation af indsatserne i borgerforløbene – herunder koordination mellem myndighed og leverandører.
- Opfølgning i forhold til fastlagte mål vedrørende borgerens funktionsniveau og egenomsorgsevner.

For det andet er der gennemført en journal- og handleplangennemgang med fokus på, *hvordan udvalgte indsatser og aktiviteter er dokumenteret* i 45 udvalgte borgerforløb fra 2014.

Gennemgangen af dokumentation har omfattet følgende temaer:

- Er Fælles Sprog II anvendt systematisk og ensartet til klassificering?
- Måles og dokumenteres udviklingen i funktionsevne og egenomsorgsevne løbende?
- Er der beskrevet klart fastlagte aktiverende mål og delmål for indsatser og aktiviteter?
- Inddrages borgere og pårørende i fastlæggelse af mål og delmål?
- Hvad er tiden mellem udskrivning fra hospital til visitation af relevant indsats og til igangsætning af relevant indsats?
- Hvordan er koordination sikret i borgerforløb, hvor der indgår flere leverandører og/eller flere fagligheder?
- Er der fokus på at motivere borgere til egne indsatser?
- Hvordan arbejdes der konkret med triage?
- Er der systematisk fokus på forebyggelse i borgerforløbenes indsatser og aktiviteter?

Resultaterne fra journal- og handlingsplangennemgangen afspejler i hvilket omfang, indsatser og aktiviteter er dokumenteret – ikke nødvendigvis i hvilket omfang, de finder sted i praksis.

For det tredje er der gennemført borgerbesøg med samtaler med i alt 28 borgere, der har modtaget forskellige former for støtte fra Gribskov Kommune i 2014.

Der har været fokus på borgernes oplevelse af indsatsernes karakter og kvalitet, målsætningerne for og koordinationen af indsatserne samt informationen fra og kommunikationen med visitatorer og leverandører.

For det fjerde er der gennemført tre workshops med ledere og medarbejdere fra såvel myndigheds- som leverandørsiden. Workshops er gennemført som sidste del af kortlægningsforløbet.

Formålet med workshopdelen har været at validere og supplere resultaterne fra de tre øvrige (og forudgående) fremgangsmåder.

Workshopdelen har samtidig bidraget med identifikation af mulige supplerende tiltag, der kan være hensigtsmæssige i bestræbelserne på at sikre fuld implementering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang.

Samlet set har de fire forskellige og gensidigt supplerende fremgangsmåder givet et billede af, hvor langt Gribskov Kommune er nået med implementering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang – herunder med forankringen i praksis af servicebeskrivelserne.

Kortlægningen har dermed også givet et billede af, hvad det er for supplerende initiativer, der kan sikre yderligere gennemslag for tilgangen – og fuld forankring af servicebeskrivelsernes krav og forudsætninger.

3.2 Kortlægningsforløbets resultater

Implement finder det væsentligt med nogle indledende bemærkninger om konteksten for Gribskov Kommunes satsning på den aktiverende, rehabilitering og kompenserende tilgang (afsnit 3.2.1).

Derefter gennemgås de egentlige kortlægningsresultater (afsnit 3.2.2).

Endelig beskrives de væsentlige anbefalinger, når det gælder mulige supplerende initiativer, der kan fremme gennemslaget af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang – herunder servicebeskrivelsernes anvendelse i den daglige drift (afsnit 3.2.3).

3.2.1 Rammer og tendenser

Gribskov Kommunes indsatser skal ses i sammenhæng med en række udviklingstendenser samt nationalt fastlagte rammer.

Disse års udvikling af sundhedsvæsenet og udbygningen af det nære sundhedsvæsen sker som konsekvens af i hvert fald to klare bevægelser:

For det første påvirkes de kommunale opgaver af en væsentlig demografisk forskydning samt af ændringer i sygdomsmønstre med øget omfang af kronisk sygdom og behov for ofte længerevarende og vedligeholdende indsatser.

Andelen af ældre borgere samt forekomst af kronisk og længerevarende sygdom vil fortsat stige i de kommende år. Det betyder, at udgifterne til pleje- og omsorgsopgaver i øget omfang presser den kommunale økonomi.

For det andet påvirkes kommunerne i høj grad af udviklingen i den sekundære sundhedssektor.

Den reducerede sengekapacitet og de stadigt kortere indlæggelsesforløb giver alt andet lige kommunerne øgede opgaver med bl.a. rehabilitering samt pleje og omsorg.

Kommunerne hjemtager og håndterer allerede i dag borgere, der udskrives meget tidligere end før fra sygehus, og som er stadigt mere indsats-, pleje- og omsorgskrævende.

De kommende supersygehuse – med helt nye niveauer for (lav) sengekapacitet – kommer til at skubbe yderligere til denne tendens.

Udviklingen betyder, at en stadigt stigende andel af sundhedsopgaverne må løses uden for sygehusene – og at primærsektoren i højere grad end i dag må forebygge, substituere og aflaste traditionelle sygehusindsatser.

Hverdagsrehabilitering og træning før kompenserende pleje og omsorg synes generelt at blive set som en del af svaret på de omhandlede udfordringer.

Samtidig synes satsninger på akutte indsatser og døgnrehabiliteringsenheder generelt at blive set som en anden del af svaret på udfordringerne.

Gribskov Kommunes strategiske satsning på en mere aktiverende og rehabiliterende linje kan ses som en afspejling af dele af de ovenfor anførte bevægelser samt de nationale anbefalinger om, at borgernes potentialer skal udnyttes gennem træning og aktivering, før der ydes indsatser i form af traditionel støtte, pleje og omsorg.

Der er i disse år og på mange niveauer – i henseende til såvel de aktiverende og rehabiliterende dele samt den kompenserende del – behov for betydelige ændringer og udbygninger af den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Der er her tale om væsentlige og tidskrævende omstillings- og implementeringsindsatser.

Resultaterne af den gennemførte kortlægning af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang i Gribskov Kommune skal ses i dette lys. Der er intet unaturligt i, at der aktuelt er problemer og mangler, og at der er behov for yderligere initiativer og tiltag.

3.2.2 Kortlægningsresultaterne

Spørgeskemabesvarelserne med indspil fra ledere og medarbejdere, journalgennemgangen og borgerbesøgene samt de gennemførte workshops har givet et samlet billede af, hvordan Gribskov Kommunes sundhedsindsatser styres, koordineres og udføres, hvordan indsatserne dokumenteres, og hvordan indsatserne opleves.

Kortlægningen afspejler en række styrker og positive resultater i forbindelse med bestræbelserne på at gennemføre den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang og de tilknyttede servicebeskrivelser.

Allerede i den aktuelle situation er der en form for ”rollemodeller” for mange af servicebeskrivelsernes forudsætninger og krav.

Journalgennemgangen viser således, at netop disse to tilbud i høj grad følger servicebeskrivelsernes dokumentationsmæssige forudsætninger – og at der her udarbejdes dækkende handleplaner med delmål samt gennemføres statusevalueringer med opfølgning af borgernes funktions- og egenomsorgsniveau.

Samtidig tyder de fire anvendte fremgangsmåder på, at såvel Toftebo som Genoptræningscenter Gribskov leverer tilfredsstillende indsatser og skaber gode resultater for borgerne.

Ligeledes synes den fremskudte visitation i hospitalsregi at fungere fint. Der er samtidig stor tilfredshed med sammenhængen mellem de hospitalsbaserede følge-hjem-teams og hjemmeplejen.

Også konceptet med akutpladser og akut udgående teams anføres som principielt rigtige nydannelser.

I det hele taget anføres det i spørgeskemabesvarelserne samt i workshopdelen, at de akutte borgerforløb i væsentlig udstrækning er præget af hurtig fremdrift og tæt dialog mellem visitation og leverandører – ikke mindst i fasen fra fx hospitalsudskrivning via visitation til reel påbegyndelse af indsatser og aktiviteter.

Også Avaleo og princippet om fælles tilgang til og anvendelse af Avaleo som en infrastruktur vurderes som positivt. Denne linje sikrer i høj grad et grundlag for forbedrede samt ensartede former for kommunikation og koordination mellem myndigheds- og leverandørsiden og mellem leverandørerne.

Jf. afsnit 3.2.1 kræver det tid og mange særlige initiativer at få implementeret en ny strategisk tilgang.

De anførte styrker og positive resultater indikerer, at Gribskov Kommune står med et godt fundament.

Herudover er Gribskov Kommunes igangsætning af et systematisk kompetenceudviklingsforløb helt rigtigt og nødvendigt.

Dette forløb vil i sig selv medvirke til at forbedre virkemåden for den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang – samt overholdelsen af servicebeskrivelsernes præmisser vedrørende arbejdstilrettelæggelse og dokumentation.

Nedenfor gennemgås de problemer og udviklingsbehov, der er identificeret i kortlægningsforløbet – og som fremadrettet må håndteres gennem yderligere initiativer og tiltag for at sikre fuld implementering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang samt servicebeskrivelsernes krav og forudsætninger.

Den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang – herunder servicebeskrivelserne

Kortlægningen peger i retning af, at der fortsat er vanskeligheder med at forstå de praksisnære konsekvenser af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang.

Dette gælder måske især på leverandørsiden, men der vurderes også at være udviklingsbehov på myndighedssiden.

Journalgennemgangen samt indspil fra ledere og medarbejdere på såvel myndigheds- som leverandørsiden afspejler, at servicebeskrivelsernes forudsætninger vedrørende arbejdstilrettelæggelse og arbejdsgange, koordination og samarbejde samt information og kommunikation endnu ikke er slået fuldt ud igennem.

Aktuelt synes kendskabet til samt anvendelsen af servicebeskrivelserne og indsigten i formålet med dem således ikke at være til stede i fornødent omfang.

Servicebeskrivelsernes krav vedrørende dokumentation synes heller ikke at være opfyldt i tilstrækkeligt omfang.

Implement hæfter sig især ved:

- at triage som redskab kun er *dokumenteret* anvendt i begrænset omfang, og at formålet med triage for en del medarbejdere ikke synes at fremstå klart.
- at *dokumentationen* af overordnede fastlagte formål og detaljeringen af formål til delmål ofte fremstår som mangelfuld og usystematisk.
- at *dokumentationen* af den løbende opfølgning i forhold til borgerens funktionsniveau og egenomsorgsniveau i mange tilfælde ikke er til stede eller ikke er tilstrækkelig.

Som tidligere anført er disse vurderinger vedrørende *dokumentation* ikke nødvendigvis det samme, som at der ikke i den driftsmæssige hverdag arbejdes med triage med formål og delmål samt med opfølgning af funktions- og egenomsorgsniveau.

Med basis i indspil fra ledere og medarbejdere samt ud fra de gennemførte workshops vurderer Implement dog, at der i væsentlig udstrækning er tale om problemer, der er reelle og ikke blot vedrører dokumentationsmæssige mangler.

Borgerbesøgene giver ikke i sig selv indikationer i retning af, at borgerne har oplevet ændringer i Gribskov Kommunes tilgang på sundhedsområdet.

Når borgerne beretter om oplevede ændringer, handler det om, at kommunen i højere grad end før anvender private leverandører på sundhedsområdet, og at man som borger kan vælge leverandør.

Samtidig indikerer borgerbesøgene, at borgerne, for en del personers vedkommende, selv fokuserer på aktivering og selv er motiverede for hurtig afvikling af ydelser og indsatser, når de ikke længere opleves som

nødvendige. Der er herunder også eksempler på borgere, der undlader at anvende de sidste dele af fx et genoptræningsforløb.

Motivationsdelen vurderes dog alligevel af mange ledere og medarbejdere til at være en helt afgørende del af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang.

Flere anfører behov for, at især leverandørerne i højere grad end nu har konkrete redskaber til at sikre borgermotivation og -aktivering.

I disse sammenhænge udtrykkes der også et behov for mere information om den nye tilgang med aktivering og motivation, så borgerne forstår og er forberedte på, at der gradvist sker ændringer i karakteren af de forskellige indsatser og aktiviteter.

De anførte synspunkter omkring aktivering og motivation – fra henholdsvis borgerbesøgene og ledere samt medarbejdere – kan med fordel ses i sammenhæng.

Især ud fra indspil fra ledere og medarbejdere samt workshopdelen synes der at være en oplevelse af, at det aktiverende element i tilgangen fylder mere end det rehabiliterende element – og en del ledere og medarbejdere giver udtryk for den opfattelse, at rehabiliteringsindsatserne er blevet nedprioriteret.

Myndighed og leverandører – styring og koordination

Kortlægningsforløbet afspejler et forhold, som Gribskov Kommune ikke er alene om: at samspil og koordination mellem visitations- og leverandørdelen kan være vanskeligt.

For Gribskov Kommune har denne problemstilling måske en særlig karakter som følge af de forholdsvis mange leverandører.

Der er en del generelle indspil, der går på, at information og kommunikation mellem myndigheds- og leverandørsiden ikke foregår på et tilstrækkeligt professionelt niveau, og at der i borgerforløbene kan være manglende koordinering mellem aktiviteter og indsatser.

Også tonen i kommunikationen mellem myndigheds- og leverandørsiden nævnes af flere som problematisk.

Samtidig anerkender leverandørsiden det som et aktuelt problem og udviklingsbehov, at koordinationen på tværs af leverandørindsatserne endnu ikke er på et tilstrækkeligt niveau.

Der er en del indspil på, at der i for høj grad arbejdes ”hver for sig” – ikke blot i myndigheds- og leverandørdelene, men også på tværs af døgn-rehabilitering og genoptræning samt hjemmepleje.

Det anføres i flere sammenhænge, at især genoptræningsdelen (Genoptræningscenter Gribskov) fremstår som for isoleret og ikke-integreret i den samlede kæde af indsatser og aktiviteter i borgerforløb.

Det anføres endvidere, at der i for mange tilfælde opleves at være problemer med tilgangen til visitationen, og at der indimellem kan være problemer med arbejdsgangene i forbindelse med re-visitation.

Der er i disse sammenhænge fokus på behovene for tilgang til visitationen udenfor almindelig daglig arbejdstid samt i weekender og på helligdage.

Endelig anføres det fra ikke alene leverandørsiden, men også myndighedssiden, at visitatorer i højere grad end nu bør deltage i borgerbesøg – *sammen med* leverandørsiden og især i forbindelse med opfølgning og statusevaluering i borgerforløb.

Overordnet set synes de samlede borgerforløb i noget omfang at fremstå uden helt klare opfattelser af, at der er tale om sammenhængende indsatser og aktiviteter og en form for samlet indsats- og aktivitetskæde, der finder sted hen over et tidsmæssigt spænd.

Samtidig med de udtrykte oplevelser af mangler og udviklingsbehov, når det gælder samspil og koordination mellem visitationen og leverandørerne, er der grund til at notere, at der generelt er et højt dagligt niveau af udveksling af informationer og meddelelser mellem visitation og leverandører.

Formål og delmål samt handleplaner

Det fremhæves fra leverandørerne som et problem, at visitationen i for mange tilfælde ikke formulerer overordnede formål og/eller konkretiserer formål. Dette vanskeliggør leverandørsidens efterfølgende udformning af delmål.

I sammenhængen synes også det forudsatte og systematiske arbejde med handleplaner at være en del under det niveau, service-beskrivelserne forudsætter.

Journalgennemganen indikerer i sig selv det omhandlede problem. Indspil fra ledere og medarbejdere samt workshopforløbet peger i samme retning.

Disse indspil afspejler en oplevelse af, at arbejdet med handleplaner er kompliceret og unødvendigt omfattende – og at der er meget dobbeltarbejde i forbindelse med handleplanerne.

Der er i disse observationer en klar sammenhæng til det ovenfor anførte omkring styring og koordination: At samspillet mellem visitation og leverandører i for mange tilfælde ikke er optimalt – og at der fortsat er mangler, når det gælder koordination og kommunikation på tværs af leverandørerne.

Dokumentation

Kortlægningsforløbet viser, at kravene om ensartet anvendelse af Avaleo – på tværs af visitations- og leverandørsiden og på tværs af de forskellige leverandører – i vid udstrækning anerkendes.

Avaleo anerkendes også som et anvendeligt fundament for opnåelse af ikke alene mere ensartet dokumentation, men også mere systematisk samarbejde og koordination på tværs af myndighed og leverandører samt på tværs af leverandører.

Avaleo udnyttes dog ikke optimalt, og der er fortsat tale om en meget uensartet anvendelse af systemet. Dermed bliver det også unødvendigt vanskeligt at navigere og finde de informationer, der er brug for, i den konkrete situation.

Flere påpeger forskellige mangler i Avaleos funktionsmåde – et forhold, der har paralleller i stort set alle andre kommuner og for ethvert givent system.

I noget omfang anerkendes også dokumentationskravene med basis i bl.a. servicebeskrivelserne – jf. dog ovenfor vedrørende vurderingerne af handleplanarbejdet.

Servicebeskrivelserne opleves dog som for komplekse og meget vanskelige at forstå.

Især fra leverandørsiden efterspørges der mindre omfangsrige dokumentationskrav samt en form for ”læs let”-udgave af service-beskrivelserne, der gør det mere enkelt for medarbejderne at forstå og handle samt dokumentere.

Journalgennemgangen viser i sig selv, at der en del vej at tilbagelægge, før der er tale om en ensartet dokumentation på tværs af leverandører samt på tværs af myndigheds- og leverandørsiden.

Inddragelse af borgere og pårørende

Journalgennemgangen indikerer, at der kun i mindre grad er dokumentation vedrørende borger- og pårørendeinddragelse.

Borgerbesøgene giver dog et billede af, at der reelt er en stor grad af borger- og pårørendeinvolvering, men at det måske i noget omfang er på grund af initiativ fra borgerne og de pårørende selv.

Workshopdelen giver supplerende indspil. Der peges her på, at det især er de ressourcestærke og artikulerede borgere og pårørende, der reelt inddrages i forbindelse med fx fastlæggelse af formål og delmål samt visitation til indsatser.

Det anføres endvidere, at dette i sig selv kan give behov for en mere stram systematik omkring borger- og pårørendeinddragelse og dokumentationen af den.

De konkrete indsatser – og borgerforløbene

I det store billede synes der hos borgerne at være tilfredshed med de medarbejdere, der kommer i hjemmene, og med de udførte indsatser.

Flere borgere udtrykker dog behov for en større fleksibilitet i forhold til de ydelser, man kan blive visiteret til – og også en efterspørgsel efter andre former for indsatser og aktiviteter, end dem ”der står på menukortet.”

Der kan ikke ud fra borgerbesøgene konstateres væsentlige forskelle i oplevelsen og vurderingen af de forskellige leverandører. Det er den enkelte medarbejder, der er vigtig, og her er der for det meste en stor grad af tilfredshed.

Nogle borgere blander leverandørerne sammen og ser også leverandørsidens medarbejdere som ”kommunen”.

Det anføres dog af flere – dem, der har en klar opfattelse af en specifik leverandør – at leverandørernes renommé er lidt forskelligt.

Konkrete leverandører roses for at tilbyde andre medarbejdere, hvis borgeren ikke er tilfreds med den i udgangspunktet tilbudte – og for altid at bruge ”føl-ordning” ved udskiftning af medarbejdere eller ved længerevarende vikariater.

Der er generelt set forståelse for, at de ”faste” medarbejdere i ferieperioder og i weekender afløses af andre – og i rimeligt omfang en oplevelse af, at man har ”faste” medarbejdere til de enkelte indsatser.

Ud fra borgerbesøgene kan det virke som om, borgerne har en klar opfattelse af og mere fokus på det samlede forløb og den samlede kæde af indsatser og aktiviteter i forløbet.

Leverandørerne, og til dels visitationen, synes i høj grad at fokusere på de enkelte indsatser – og i mindre grad på, hvordan disse indsatser passer ind som fortsættelse i forlængelse af andre indsatser og/eller som grundlag for efterfølgende indsatser.

Forløbstyper

I workshopdelen er der arbejdet en del med de ovenfor anførte vinkler vedrørende sammenhængende kæder af indsatser og aktiviteter i borgerforløb.

Forløb har altid en individuel karakter. For hver borger er der tale om noget unikt, og der er ikke to borgerforløb, der omfatter eksakte, ensartede indsats- og aktivitetsprofiler og tidsperioder.

Samtidig er der en række ensartede træk i forskellige *typer* af borgerforløb. Inden for hver type af borgerforløb kan karakter af og tidsrækkefølge i den samlede kæde af indsatser og aktiviteter ofte være nogenlunde ens. Kortlægningen afspejler dette fænomen.

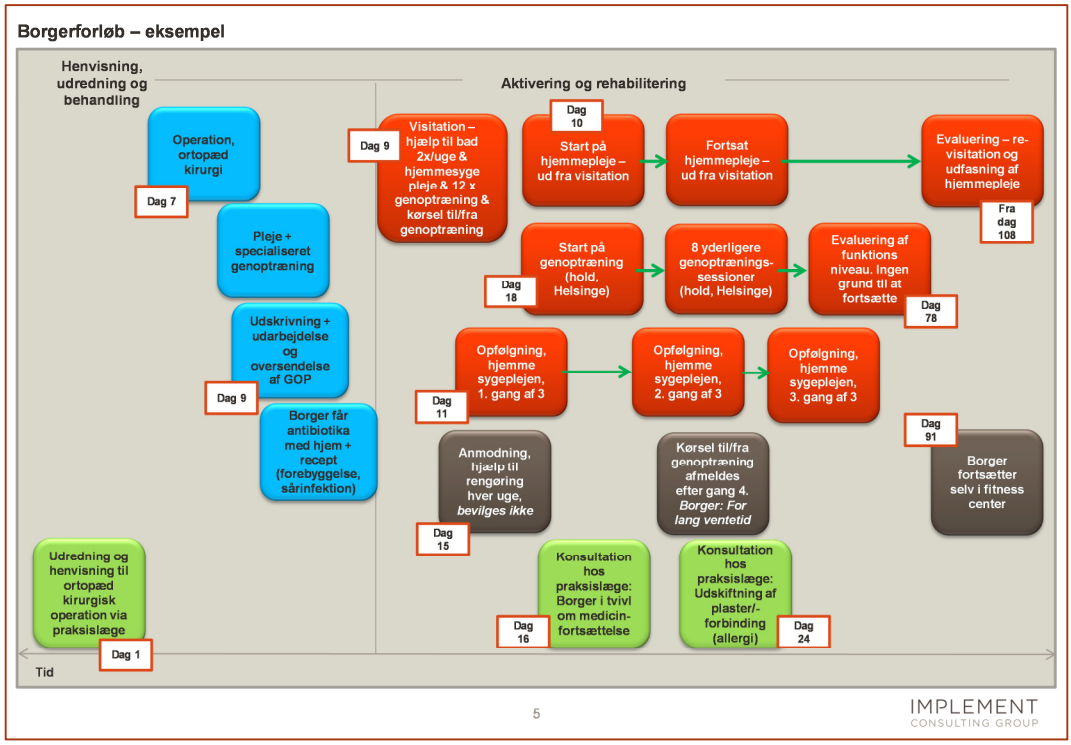
Eksempel på et borgerforløb fremgår nedenfor.

Billedet eksemplificerer en af de udbredte *typer* af borgerforløb: En borger, der indlægges på hospital og opereres, som efterfølgende gennemgår specialiseret rehabilitering og derefter visiteres, via fremskudt visitation, til forskellige former for praktisk hjælp og hjemmepleje samt genoptræning.

Billedet indikerer samtidig det tidsmæssige forløb og den parallelle involvering af såvel kommune som praksislæge efter udskrivning fra hospital.

Det er ikke muligt alene ud fra den gennemførte kortlægning at gå i dybden med de forskellige typer af borgerforløb, der kan identificeres i Gribskov Kommune.

Der kan dog skitseres nogle borgerforløb, der ud fra kortlægningen synes at være forholdsvis typiske.



Nogle typer af borgerforløb, der kan uddrages fra såvel journal-gennemgangen som borgerbesøgene og workshopdelen, kan eksemplificeres i punktform som nedenfor. Jf. tidligere afsnit kan der være en del forskel på, hvordan handleplan og statusevaluering mv. håndteres og dokumenteres i det konkrete borgerforløb.

- Borger henvises af praksislæge til planlagt operation på hospital. Inden operation præsenteres borger for en ”standard” handleplan koblet til den specifikke operation. Efter operation gennemføres fremskudt visitation på hospital, hvor handleplan tilpasses. Borger flytter til eget hjem med praktisk hjælp og hjemmesygepleje. Er der visiteret til genoptræning, udarbejdes der her en specifik handleplan. Opfølgning med statusevaluering sker efterfølgende – mest intensivt i perioden lige efter udskrivning.
- Borger henvises af praksislæge til planlagt operation på hospital. Inden operation præsenteres borger for en ”standard” handleplan koblet til den specifikke operation. Efter operation gennemføres fremskudt visitation på hospital, hvor handleplan tilpasses. Borger udskrives til døgnrehabilitering og genoptræning på Toftebo i et begrænset antal uger. Borger udskrives efter statusevaluering fra døgnrehabilitering til eget hjem. Der visiteres igen til relevant praktisk hjælp og hjemmesygepleje. Er der visiteret til genoptræning, justeres handleplan fra Toftebo. Opfølgning med statusevaluering sker efterfølgende – mest intensivt i perioden lige efter udskrivning fra Toftebo.

- Borger indlægges akut på hospital. Når borger er ved at være færdigbehandlet, gennemføres fremskudt visitation. Borger udskrives til eget hjem. Der udarbejdes derefter en handleplan for den videre indsats – med relevant praktisk hjælp og hjemmesygepleje. Er der visiteret til genoptræning, udarbejdes der her en specifik handleplan. Opfølgning med statusevaluering sker efterfølgende – mest intensivt i perioden lige efter udskrivning.

Ligesom ovenfor i tilknytning til borgerforløb med planlagt operation kan den akutte indlæggelse indebære en type af borgerforløb, hvor borgeren ikke udskrives direkte til eget hjem, men til døgnrehabilitering og genoptræning på Toftebo.

- Der gennemføres visitation i borgers eget hjem – eksempelvis efter et fald eller en konkret reduktion af funktions- eller egenomsorgsniveau. Borger visiteres til døgnrehabilitering og genoptræning på Toftebo. Der udarbejdes her en handleplan for den samlede indsats, ligesom varighed af ophold på Toftebo estimeres. Er der visiteret til genoptræning, udarbejdes der her en specifik handleplan. Der visiteres igen ved opholdets afslutning og forud for udskrivning til eget hjem – med relevant praktisk hjælp og hjemmesygepleje. Er der visiteret til videre gentræning, justeres handleplan fra Toftebo. Opfølgning med statusevaluering sker efterfølgende – mest intensivt i perioden lige efter udskrivning fra Toftebo.

Visitation i borgers eget hjem – som umiddelbart ovenfor – kan også indebære en type af borgerforløb, hvor borgeren ikke visiteres til Toftebo, men hvor omfang eller karakter af praktisk hjælp og hjemmesygepleje justeres.

Praksislæge kan være mere eller mindre involveret i de forskellige typer af forløb – ofte dog uden direkte samspil og koordination med kommunen.

En type af borgerforløb, der ud fra journalgennemgangen synes at optræde i mindre omfang, vedrører opsporing og forebyggelse – med henblik på at undgå eller reducere praktisk hjælp og hjemmesygepleje m.v.

Den aktiverende og rehabiliterende tilgang synes at være mest udpræget i forløb med involvering af Toftebo, hvor der i reglen udarbejdes grundige handleplaner og, i forbindelse med udskrivning, også grundige statusevalueringer. I de typer af forløb, der inkluderer ophold på Toftebo, er den kompenserende del selvfølgelig også tydelig.

Den aktiverende tilgang er endvidere tydelig i genoptræningsdelen, hvor der i reglen arbejdes med specifikke handleplaner og status-evalueringer.

Overgangen fra Toftebo, hvor der er genoptræning, til videre ambulant genoptræning er en af de overgange, hvor der ud fra journal-gennemgang og borgerbesøg kan gå lidt tid.

Borgeren kan her opleve usikkerhed og mangle informationer om, hvornår den efterfølgende ambulante genoptræning går i gang.

I det hele taget bekræfter den procesorienterede gennemgang, at de ambulante genoptræningsindsatser kan fremstå og opleves mindre integrerede i de forskellige typer af borgerforløb.

Det aktiverende element synes især at tabe højde, når man kommer ud af de mere institutionelle dele (fx Toftebo og Genoptræningscenter Gribskov) og over i de dele af borgerforløbene, hvor der er indsatser i borgerens eget hjem. Dette gælder også, og måske i endnu højere grad, i de typer af borgerforløb, der ikke eller kun i begrænset omfang omfatter disse institutionelle dele.

Status og evaluering af borgerens funktions- og egenomsorgsniveau fremstår mere uensartet, så snart de mere intensive dele af et borgerforløb er overstået.

Der er i kortlægningen konstateret tilfælde, hvor forskellige former for hjælp synes at fortsætte, også efter at borgerens funktions- og egenomsorgsniveau virker og af borgeren selv angives som ”tilbage på niveau”.

Der er samtidig konstateret ganske mange tilfælde, hvor der tilbydes konkrete former for hjælp, som borgeren selv afviser som nødvendige.

3.2.3 Anbefalinger

Kortlægningsforløbet giver et klart billede af, at den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang samt servicebeskrivelsernes krav endnu ikke er implementeret fuldt ud.

Forløbet afspejler, at implementeringen ikke alene kræver tid, men også yderligere tiltag.

De strategisk orienterede beskrivelser af den linje, der satses på, er endnu ikke internaliseret i enhederne eller blandt medarbejdere i den praktiske drift.

Kortlægningen viser endvidere, at en del ledere og medarbejdere er i tvivl om, hvad der helt præcist forventes i den almindelige dagligdag – når den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang skal følges.

Servicebeskrivelsernes krav og præmisser om arbejdsgange, indsatstyper og dokumentation anerkendes som et fundament for tilgangen. Mange ledere og medarbejdere oplever imidlertid servicebeskrivelserne som ganske komplicerede.

3.2.3.1 Begrebsafklaring

Det *anbefales* at arbejde med udbredelsen af en fælles og forstået terminologi for ”aktiverende”, ”rehabiliterende” og ”kompenserende”.

Kortlægningen viser, at der ikke er tilstrækkelig indsigt i, hvad disse begreber helt konkret står for – og hvad de betyder for den linje, der skal lægges i den praktiske hverdag.

Det anførte har sammenhæng med indspil fra ledere og medarbejdere, der angiver det som en oplevelse, at rehabilitering og forebyggelse spiller en mindre rolle end tidligere i de faktiske indsatser og aktiviteter.

Der er herudover også behov for at få en mere klar forståelse for forskelle og sammenhænge mellem den aktiverende tilgang og den kompenserende tilgang – og forståelsen for, at begge dele vil være relevante i et fremadrettet perspektiv, jf. også afsnit 3.2.1 ovenfor.

3.2.3.2 ”Læs let”-udgave af servicebeskrivelserne

Det *anbefales* at udarbejde en ”læs let”-udgave af service-beskrivelserne.

En sådan udgave kan samtidig anvendes som tjekliste i tilknytning til dokumentation og i forbindelse med løbende behov for vedligeholdelse ved fx personaleomsætning.

Ledere og medarbejdere har selv i kortlægningsforløbet givet udtryk for behovet for en sådan ”læs let”-udgave.

Det anbefales derfor også at involvere ledere og medarbejdere fra såvel myndigheds- som leverandørsiden i arbejdet med udformning af en ”læs let”-udgave og tjekliste til dokumentation. Dette vil i sig selv være en form for kompetenceudviklingsforløb – og et virkemiddel i bestræbelserne på at få den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang samt servicebeskrivelsernes forudsætninger ind i den daglige drift.

3.2.3.3 Fokus på mål og status

Det *anbefales* at prioritere den totale og ensartede implementering, når det gælder:

- fastlæggelse af overordnede mål og nedbrydning på delmål.
- den systematiske beskrivelse af udgangspunktets funktions- og egenomsorgsniveau.
- de efterfølgende og regelmæssige statusevalueringer af udviklingen i funktions- og egenomsorgsniveau.

Anbefalingen er ikke et udtryk for, at de i kortlægningen identificerede mangler ikke skal håndteres i praksis. Men indsatserne med at få den aktiverende og rehabiliterende tilgang samt servicebeskrivelserne implementeret behøver ikke at foregå i samme tempo og med lige meget fokus.

Der kan med fordel satses på en sekventiel proces, hvor der sættes fokus på bestemte dele i et etapeopdelt forløb.

3.2.3.4 Dokumentationsomfang

Det *anbefales* at overveje, om det aktuelt forudsatte dokumentations-omfang er nødvendigt – og hvorfor der er så markante opfattelser af ”dobbeltarbejde i forbindelse med handleplaner” samt usikkerheder vedrørende formålet med triage.

Det kan her være en mulighed at give en kreds af medarbejdere fra myndigheds- og leverandørsiden – eksempelvis rekrutteret blandt de medarbejdere, der har deltaget i workshopdelen i kortlægningsforløbet – mulighed for sammen at arbejde med eventuelle justeringer eller forenklinger af handleplanindsatserne.

Det kan overvejes at inkludere triage i et sådant arbejde – også med henblik på at få medarbejderne til at se sammenhængen mellem triage og handleplan.

Den foreslåede fremgangsmåde kan give acceptable forenklinger af fx handleplankravene. Den kan samtidig udgøre et specifikt projekt, hvor behovet for bedre samspil og koordination mellem visitation og leverandører samt på tværs af leverandører adresseres.

3.2.3.5 Kompetenceudvikling

Det *anbefales*, at den planlagte og igangsatte kompetenceudvikling tilrettelægges modulært, således at løbende kompetenceudvikling – med kontinuerlig videreudvikling af moduler – tænkes ind som en integreret del af den almindelige drift.

Det *anbefales* endvidere at medtage den ensartede anvendelse af Avaleo som et særligt modul.

Endelig *anbefales* det, at kompetenceudvikling tænkes bredt og også omfatter fx workshops og ”gå hjem-møder”, hvor ledere og medarbejdere samles om bestemte temaer på tværs af myndigheds- og leverandørsiden samt på tværs af leverandørerne.

Center for Social og Sundhed har givet høj prioritering til udvikling af kompetencer for medarbejderne i såvel myndighedsdelen som leverandørdelen.

Prioriteringen afspejler, at kompetenceudvikling kan være et væsentligt virkemiddel i bestræbelserne på at sikre fuldt gennemslag for den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang samt for de nye servicebeskrivelser.

Kompetenceudviklingen kan dermed også i sig selv være med til at skabe forbedringer i forhold til de udviklingsbehov, der er identificeret gennem fremgangsmåderne i det gennemførte kortlægningsforløb.

3.2.3.6 Forløbsorientering

Det *anbefales* i øget omfang at anvende en forløbsorienteret tilgang, hvor borgerforløbet er det grundlæggende fundament.

Dette gælder i kompetenceudviklingen, men også generelt for supplerende initiativer og tiltag – herunder i relation til bestræbelser på at forbedre koordination og samspil mellem myndigheds- og leverandørsiden samt mellem leverandørerne.

Jf. afsnit 3.2.2 og afsnittet om forløbstyper kan en procesorienteret tilgang også anvendes som grundlag for udvikling af egentlige arketyper af borgerforløb.

De forskellige administrative og dokumentationsmæssige dele samt karakteren og omfanget af indsats- og aktivitetsformer kan her fremstå i mere standardiserede former inden for rammerne af hver enkel arketype.

Kortlægningen viser, at der er varierende kendskab til tidsrækkefølge og afhængigheder i borgerforløbenes samlede kæder af indsatser og aktiviteter.

Det er en klar erfaring, at der kan opnås væsentlige forbedringer i samspil og koordination mellem visitation og leverandører (samt på tværs af leverandører), når der tages udgangspunkt i en forløbsorienteret tankegang.

Dette gælder også i sammenhæng med bestræbelser på at sikre de former for arbejdstilrettelæggelse og den ensartede dokumentation, der følger af servicebeskrivelserne.

Den forløbsorienterede fremgangsmåde giver en bedre forståelse for, hvorfor det er vigtigt med et udgangspunkt med handleplan og klart formulerede formål. Fremgangsmåden giver endvidere en bedre forståelse for vigtigheden af regelmæssig opfølgning af funktions- og egenomsorgsniveau og re-visitation eller udfasning af indsatser.

Systematisk arbejde med fremgangsmåden danner ofte også grundlag for forbedringer af det tværfaglige samarbejde, der i rehabiliterings-sammenhænge er en vigtig forudsætning for at opnå effekt.

Endelig giver et systematisk fokus på borgerforløbet bedre muligheder for at identificere eventuelle mangler og forbedringspotentialer – og at opnå fokus på de ventetider mellem forskellige indsatser, der indimellem kan være ganske afgørende.

3.2.4 Opmærksomhedspunkter

Kortlægningsforløbet giver anledning til at fremhæve nogle opmærksomhedspunkter, der kan være relevante for Gribskov Kommune i videreudviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Udover de observationer, der er gjort i forbindelse med kortlægningen, udgør indspil fra ledere og medarbejdere samt workshopdelen her et vigtigt grundlag.

Implement har valgt ikke at komme med anbefalinger, men at begrunde, hvorfor disse opmærksomhedspunkter kan være relevante.

Dette skyldes, at rammerne for kortlægningsopgaven ikke har gjort det muligt at gå tilstrækkeligt i dybden med disse punkter. Og at Implement ikke har undersøgt de muligheder og begrænsninger, der kan ligge i aftalerne med leverandørerne.

Sammenhæng i handleplan og statusevaluering

Forløbstankegangen er anbefalet som systematisk grundlag for det videre udviklingsarbejde i Gribskov Kommune.

I borgerforløb, der involverer Toftebo og Genoptræningscenter Gribskov, udarbejdes der tilsyneladende en status for borgerens funktions- og egenomsorgsniveau ved afslutningen af opholdet på Toftebo – og en lidt tilsvarende startevaluering ved efterfølgende påbegyndelse af forløb på Genoptræningscenter Gribskov.

Integration af handleplanarbejde (én handleplan) og statusevaluering på tværs af Toftebo og Genoptræningscenter Gribskov kan i denne type af borgerforløb være en mulig forbedring.

Der er flere indspil i retning af, at Genoptræningscenter Gribskov – trods megen anerkendelse af centrets indsatser – kan fremstå og fungere lidt på siden af indsatser og aktiviteter i øvrigt i de forskellige typer af borgerforløb.

Den omhandlede integration kan være et virkemiddel i bestræbelser på at håndtere dette problem.

Ambulant genoptræning i Toftebo-regi

Der er (ud fra borgerbesøgene) en efterspørgsel efter ambulant genoptræning i Toftebo-regi – også efter at borgeren ikke længere har døgnplads. Argumenterne er oftest, at det giver kontinuitet, og at man nu kender den fysioterapeut, der har stået for træningen.

Der kan måske være et forbedringspotentiale, hvis der i højere grad satses på en sammentænkning af genoptræningskapaciteten på Toftebo og i Genoptræningscenter Gribskov.

Toftebo og døgnrehabilitering

Uanset anerkendelsen af indsatserne på Toftebo er der også en del forbehold. Flere anfører, at de fysiske rammer ikke er tidsvarende for pleje og omsorg, og at den akutte del – måske især på sigt – ikke er tilgodeset på tilstrækkeligt niveau.

Toftebo i den nuværende udformning og med den nuværende kapacitet fremstår ikke som en fremtidssikret konstruktion ud fra de indspil, der er givet i kortlægningsforløbet.

Der henvises her også til afsnit 3.2.1 ovenfor – og det anførte vedrørende fremadrettede behov for kompenserende kapacitet samt for kapacitet, der kan forebygge og substituere nuværende sygehus-indsatser.

Akutte indsatser

Det udgående akutte team anføres som en principiel god ting, men der nævnes eksempler på, at erfaringsniveauerne for medarbejdere i akutteamet ikke altid svarer til det, situationen kræver.

Jf. afsnit 3.2.1 kan der forventes yderligere vækst i forventninger og krav, når det gælder håndteringen af akutte indsatser, herunder tilgangen til lægelige ressourcer.

Dette gælder i forbindelse med overførsel fra hospitaler med fortsat reducerede liggetider og med yderligere reduktioner i sengekapacitet.

Men det gælder måske især i forbindelse med øgede krav til aflastning af sygehussystemet, således at en voksende andel af borgere med akutte problemer kan håndteres af kommunen uden indlæggelse på sygehus.

Fokus på aktivering og motivation af borgeren til egne indsatser er en vigtig del af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang. Men det kompenserende islæt holder ikke op – og vil også vokse for det kommunale sundhedssystem i de kommende år.

Visitation og leverandører samt borgere

Der har i flere sammenhænge været udtrykt kritik af arbejdsgangene vedrørende re-visitation og opfølgning af borgerens funktions- og egenomsorgsniveau.

Fra leverandørerne efterspørges der flere borgerbesøg fra visitatorer (i fællesskab med leverandørsiden) – ligesom der efterspørges øget tilgang til myndighedssiden, herunder også udenfor almindelig daglig arbejdstid.

De anførte indspil er ikke atypiske for det, Implement normalt møder i projekter i de kommunale sundhedssystemer. Men de afspejler også – ligesom i andre kommuner – at den traditionelle BUM-model er under pres.

Der er tendenser i retning af at gøre grænserne mellem myndighed og leverandører mindre kategoriske – og at åbne op for forsøg med mere fleksible former for re-visitation og med borgerens selv-visitation inden for forud fastlagte rammer.

I den videre proces med internalisering af den aktiverende, rehabiliterende og kompenserende tilgang samt servicebeskrivelsernes krav kan der være grund til at overveje samspillet og opgavefordelingen mellem visitation og leverandører.

Der vil her altid være en balance mellem hensynet til fleksibilitet og muligheder for hurtige tilpasninger på den ene side og hensynet til økonomi på den anden.

Forebyggelse og proaktiv styring

Umiddelbart har der været en oplevelse af, at der fokuseres ganske meget på, at indsatserne for en borger kommer hurtigt i gang.

Derimod har der i kortlægningsforløbet været en mindre klar oplevelse af de forebyggende og proaktive dele – selvom der i genoptrænings-sammenhængen arbejdes med fx faldforebyggelse.

Fokus på, at behov for hjælp ikke opstår igen, eller fokus på, at fx behov for øget hjælp kan forebygges, opleves som mindre fremtrædende.

Der kan være grund til at se på de segmenter af borgere i Gribskov Kommune, der har mange kontakter til sundhedssystemet og det sociale system, og som ud fra erfaringer i andre kommuner ofte er relativt omkostningskrævende.

Der kan ofte sikres omkostningseffektiviseringer og øget oplevet livskvalitet i forhold til disse borgersegmenter.

Det er samtidig ikke muligt at inkludere sådanne segmenter i mere standardiserede former for borgerforløb.

Motivation

Det er ovenfor anført, at de fleste borgere selv er motiverede for relativ hurtig udfasning af indsatser – og at de fleste borgere selv ønsker at komme så hurtigt som muligt tilbage i eget aktivt liv.

Borgerinddragelse og motivation hos den enkelte er berørt i kortlægningsforløbet – og der er også kommet forslag om, at metoder som fx ”Den motiverende samtale” bringes ind i arbejdet med for alvor at få internaliseret den aktiverende og rehabiliterende tilgang.

Der kan imidlertid være meget, der løses på denne front alene gennem tid – de nye generationer holder sig ikke tilbage, når det gælder involvering og krav.